

Inhaltsverzeichnis

ABBILDUNGS- UND TABELLENVERZEICHNIS.....	3
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS.....	4
ZUSAMMENFASSUNG	5
1. EINLEITUNG.....	6
1.1 ZIELSTELLUNG UND VORGEHEN.....	8
2. THEORETISCHER RAHMEN.....	10
2.1 RECHTLICHE EINSTUFUNG DEUTSCHER ARZNEIMITTEL UND DEREN AUSWIRKUNG AUF VERTRIEBSWEGE.....	10
2.2 MARKTBEDINGUNGEN DES DEUTSCHEN OTC-ARZNEIMITTELMARKTES	12
2.3 OTC-PREISGESTALTUNG	14
2.4 DER ARZNEIMITTELMARKT IN DEN NIEDERLANDEN.....	15
2.5 VERGLEICH DES DEUTSCHEN UND NIEDERLÄNDISCHEN ARZNEIMITTELMARKTES	17
3. MATERIAL UND METHODIK.....	19
3.1 STUDIENDESIGN	19
3.2 STICHPROBENAUSWAHL UND BEFRAGUNGSSITUATION	19
3.3 ERHEBUNGSINSTRUMENT	22
3.4 FRAGEDIMENSIONEN UND KONSTRUKT-OPERATIONALISIERUNG.....	22
3.5 DATENBEARBEITUNG.....	26
3.6 DATENANALYSE.....	28
4. ERGEBNISSE.....	30
4.1 STICHPROBENBESCHREIBUNG.....	30
4.2 HÄUFIGKEITEN DES OTC-ARZNEIMITTELEINKAUFES	30
4.3 BEZUGSORTE, ENDVERBRAUCHERPRÄFERENZEN UND INDIKATIONSBEREICHE	32
4.4 BERATUNGSZEIT UND ARZNEIMITTELVERTRIEBSWEGE IN ANDEREN LÄNDERN	33
4.5 VOR- UND NACHTEILE	35
5. DISKUSSION	36
5.1 METHODENDISKUSSION	36
5.2 ERGEBNISDISKUSSION.....	38
6. FAZIT.....	44
7. AUSBLICK	46
LITERATURVERZEICHNIS	47
EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG	51
8. ANHANG	52
GESPRÄCHSLEITFADEN	52
GESETZLICHE GRUNDLAGEN	55

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Einteilung des Arzneimittelmarktes in Deutschland [Quelle: Müller, M. C. (2009), Kompaktwissen Gesundheitswesen, Lektion 5, S. 13.].....	11
Abbildung 2: Stichprobenumfang im Verhältnis zur Stichprobenauswahl [Quelle: Eigene Darstellung]	21
Abbildung 3: Häufigkeit des OTC-Arzneimittleinkaufs nach Altersgruppen [Quelle: Eigene Darstellung]	31
Abbildung 4: Verteilung der Endverbraucherpräferenzen [Quelle: Eigene Darstellung]	32
Abbildung 5: Indikationsbereiche der gekauften OTC-Arzneimittel nach Bezugsorten [Quelle: Eigene Darstellung]	33
Abbildung 6: Länder, in denen Arzneimittel unabhängig von der Apotheke verkauft werden [Quelle: Eigene Darstellung]	34
Abbildung 7: Deskriptiv erhobene Endverbrauchervorteile [Quelle: Eigene Darstellung]	35
Abbildung 8: Deskriptiv erhobene Endverbrauchernachteile [Quelle: Eigene Darstellung]	35
Abbildung 9: Endverbraucherpräferenzen nach Bezugsorten [Quelle: Eigene Darstellung].....	41
 Tabelle 1: Einteilung des deutschen und niederländischen Arzneimittelmarktes [Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Faeh, A. (2008), S.19.]	17
Tabelle 2: Konstrukt-Operationalisierung des Gesprächsleitfadens [Quelle: Eigene Darstellung] .	25
Tabelle 3: Kategorisierungstabelle [Quelle: Eigene Darstellung]	27
Tabelle 4: Tabellarische Zusammenstellung der methodischen Grunddaten [Quelle: Eigene Darstellung]	29

Abkürzungsverzeichnis

AMG	Arzneimittelgesetz
AMPreisV	Arzneimittelpreisverordnung
ApoG	Apothekengesetz
ApBetrO	Apothekenbetriebsordnung
BAH	Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller e.V.
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BPI	Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie
CBG	College ter Beoordeiling van Geneesmiddelen
DAV	Deutscher Apothekerverband
EU	Europäische Union
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GMG	GKV-Modernisierungsgesetz
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
MEB	Medicines Evaluation Board
OTC	“Over the counter“-Arzneimittel
OTX	verordnete Selbstzahler-Arzneimittel
PKV	Private Krankenversicherung
RX	verschreibungspflichtige Arzneimittel
SGB V	Sozialgesetzbuch V

Zusammenfassung

Hintergrund: Laut §1 des ApoG haben Apotheken in Deutschland das Monopol zur Abgabe von Arzneimitteln. Zu diesen Arzneimitteln gehören auch OTC-Arzneimittel, die seit dem 1. Januar 2004, von einigen Ausnahmen abgesehen, aus der Erstattungspflicht der GKV genommen worden sind. Darüber hinaus spielen OTC-Arzneimittel im Rahmen der Selbstmedikation eine immer größere Rolle und beim Blick ins europäische Ausland (z.B. den Niederlanden) zeigt sich ein liberaler Umgang beim OTC-Arzneimittelvertrieb. Überdies gibt es in Deutschland einen Trend zur Veränderung des OTC-Arzneimittelvertriebs, der durch erste gesetzliche Lockerungen seinen Anstoß findet. Zur besseren Beurteilung der Veränderungen soll ein Eindruck über den Kenntnisstand sowie die Relevanz des Themas „apothekenpflichtige OTC-Arzneimittel“ für Hamburger Endverbraucherinnen und Endverbraucher ermittelt und deren konkrete Einstellungen zu verschiedenen Aspekten des OTC-Arzneimittelvertriebs wiedergegeben werden.

Methode: Es wird eine explorative Querschnittserhebung in Form einer deskriptiven Endverbraucherbefragung durchgeführt. Die Datenerhebung erfolgte mittels 60 „Face-to-Face“-Interviews. Als Erhebungsinstrument wurde ein eigens erstellter Gesprächsleitfaden mit offenen und geschlossenen Fragen verwendet. Die Endverbraucherbefragung umfasst 50 Personen, die alle vorab festgelegten Expertenkriterien erfüllten und vom 19.11. bis 21.11.2012 im Rahmen einer randomisierten Raumauswahl abgesprochen wurden. Die statistische Auswertung erfolgte mit Microsoft Excel 2007.

Ergebnisse: Die Befragungsbeteiligung betrug insgesamt 82%. Bei der Betrachtung der Einflussgrößen in Bezug auf die Häufigkeit der OTC-Arzneimittelleinkäufe hat lediglich das Alter einen Einfluss. Hinsichtlich des OTC-Arzneimittelvertriebs spielt neben dem Preis die Beratung eine sehr wichtige Rolle. Zudem zeigt die Studie, dass 85% der Befragten OTC-Arzneimittel hauptsächlich in der Apotheke kaufen und somit andere Vertriebswege nur eine geringe Bedeutung haben. Vertriebswege außerhalb der Apotheke wurden oft nur bei bestimmten, als weniger gefährlich eingestuften Indikationsbereichen, wahrgenommen. Im Allgemeinen herrschen Misstrauen und große Sorge um den Verlust der Qualitäts- und Patienteninformationen durch neue Vertriebswege. Es kann jedoch angemerkt werden, dass die Befragten neben dem eventuell günstigeren Preis infrastrukturelle Vorteile in anderen Vertriebswegen sehen.

Schlussfolgerung: Die Relevanz des Themas begründet sich darin, dass 83% der Befragten innerhalb der letzten drei Monate OTC-Arzneimittel gekauft und infolgedessen einen guten Kenntnisstand in Bezug auf OTC-Arzneimittel bewiesen haben. Somit kann gemutmaßt werden, dass die Befragten OTC-Arzneimittel über andere Vertriebswege beziehen werden, wenn sie Sicherheit im Umgang mit diesen haben. Das Ausmaß lässt sich an dieser Stelle jedoch nicht abschätzen. Die Veränderungen des OTC-Arzneimittelvertriebs können trotzdem als gerechtfertigt beurteilt werden, da Relevanz und der Wunsch nach größerer Souveränität für die Endverbraucherinnen und Endverbraucher bestehen.

1. Einleitung

Die Arzneimittelversorgung unterliegt in Deutschland einer umfassenden staatlichen Regulierung. Laut AMG 1§ ist der Zweck dieser staatlichen Aufsicht “im Interesse einer ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung von Mensch und Tier für die Sicherheit im Verkehr mit Arzneimitteln, (...) zu sorgen“¹. Darüber hinaus besagt das ApoG §1 Abs.1, “den Apotheken obliegt die im öffentlichen Interesse gebotene Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung der Bevölkerung“. Somit haben Apotheken in Deutschland das Monopol zur Abgabe von Arzneimitteln². Es gibt im Allgemeinen drei wesentliche Gründe um die Monopolstellung der Apotheke zu rechtfertigen: Erstens der Schutz der Bevölkerung vor dem Heilmittelmissbrauch, zweitens die besondere Fachkunde der Apothekerin und des Apothekers sowie drittens die wirtschaftliche Erhaltung der Apotheken³. Dieses wird durch §43 “Apothekenpflicht, Inverkehrbringen durch Tierärzte“, §44 “Ausnahme von der Apothekenpflicht“ des AMG und §17 Abs. 3 “Erwerb und Abgabe von Arzneimitteln und Medizinprodukten“ der ApBetrO untermauert. Zudem wird in allen drei Paragraphen die Abgabe von Arzneimitteln, abgesehen von wenigen Ausnahmen, den öffentlichen Apotheken vorbehalten⁴, da der Großteil dieser Arzneimittel der Apothekenpflicht und somit dem Selbstbedienungsverbot unterliegt⁵. Dieses Verbot bedeutet, dass Arzneimittel, die der Apothekenpflicht unterliegen, nicht für die Endverbraucherinnen und Endverbraucher frei zugänglich sein dürfen. Zu den vorwiegend in der Apotheke abzugebenden Arzneimitteln gehören unter anderem OTC-Arzneimittel. OTC steht für "Over the counter"⁶ und bezeichnet Arzneimittel, die nicht der Verschreibungspflicht unterliegen; dies schließt jedoch die ärztliche Verordnung nicht aus. Eine Unterscheidung der Begriffe „Verordnung“ und „Verschreibung“ ist an dieser Stelle vonnöten, da die Verordnung einen Anspruch auf Erstattung durch die Krankenkasse begründet und die Verschreibung lediglich den Bezug von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln ermöglicht⁷.

Generell sind OTC-Arzneimittel seit der Verabschiedung des GMG am 1. Januar 2004 von der Erstattung durch die Krankenkasse ausgeschlossen, was zu einer Einstellung der Besprechung bei Ärztinnen und Ärzten sowie teilweise zum Ausbau des pharmazeutischen Außendienstes in den Apotheken führte⁸. Im Zuge dieser gesetzlichen Veränderungen erhielt der G-BA die Möglichkeit in der “OTC-Übersicht“ festzulegen, welche OTC-Arzneimittel bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten und mit Begründung von Ärztinnen und Ärzten

¹ Vgl. Simon, M. (2005), S.172.

² Vgl. AMG §2 Arzneimittelbegriff Abs.1.

³ Vgl. Prinz, A.; Vogel, A. (2002), S.29.

⁴ Gilt nur für Arzneimittel außerhalb des stationären Bereichs

⁵ Vgl. Becker, A. (2006), S.323.

⁶ Deutsche Übersetzung: über den Ladentisch.

⁷ Vgl. Hajen, L. et al. (2000), S.183.

⁸ Vgl. Uedelhofen, K. W. (2009), S.16.

ausnahmsweise zu Lasten der Krankenkasse verordnet werden können⁹. Generell haben Ärztinnen und Ärzte zusätzlich die Möglichkeit OTC-Arzneimittel auf einem grünen Rezept zu verordnen. Bei dieser Verordnung handelt es sich jedoch um eine unverbindliche Arzttempfehlung. Die Kosten für das Arzneimittel müssen von Endverbraucherinnen und Endverbrauchern selbst getragen werden (vgl. 2.1 Rechtliche Einstufung deutscher Arzneimittel und deren Auswirkung auf Vertriebswege).

Überdies zeigen Daten des BfArM einen deutlichen Verhältnisunterschied bei der rechtlichen Einstufung von Arzneimitteln, welcher Auswirkungen auf die Bezugsmöglichkeiten der Endverbraucherinnen und Endverbraucher hat. Im Jahr 2009 befinden sich im Verhältnis zu den 18411 apothekenpflichtigen Arzneimitteln lediglich 3355 freiverkäufliche Arzneimittel auf dem deutschen Arzneimittelmarkt¹⁰.

Zusammenfassend kann von einem Apothekenmonopol zur Abgabe von OTC-Arzneimitteln gesprochen werden, da andere Vertriebswege wie Internet- und Versandhandel, Drogerie- und Supermärkte sowie Reformhäuser bisher nur eine geringe Bedeutung haben¹¹. Ungeachtet dessen ist der deutsche Apothekenmarkt derzeit von starken Umbrüchen geprägt. Dies haben insbesondere die gesetzlichen Veränderungen der letzten Jahre bewirkt¹². Im Bezug auf OTC-Arzneimittel lässt sich dieses an den nachfolgenden Beispielen verdeutlichen. Wie bereits erwähnt ist in ApBetrO §17 Abs.3 festgelegt, dass apothekenpflichtige Arzneimittel nicht im Wege der Selbstbedienung in den Verkehr gebracht werden dürfen. Der §44 "Ausnahmen von der Apothekenpflicht" des AMG stellt eine Lockerung dieser Gesetzgebung dar. In dem genannten Paragraphen ist die Abgabe definierter Arzneimittel auch außerhalb der Apotheke geregelt. Des Weiteren gab es im Jahre 2004 eine Novellierung des ApoG um §11a und §11b, welche den Betrieb von Versandapotheken ermöglicht und reguliert. Somit haben die bereits heute existierenden Internet- und Versandapotheken sowie Pick-up-Stellen¹³ eine gesetzliche Grundlage für ihre Vertriebswege. Diese Veränderungen gefährden zum einen das Apothekenmonopol besonders im Markt für OTC-Arzneimittel, und bieten zum anderen neue Möglichkeiten eines Wettbewerbmarktes.

Darüber hinaus wird etwa jede zweite Arzneimittelpackung von Endverbraucherinnen und Endverbrauchern im Rahmen der sogenannten Selbstmedikation¹⁴ in der Apotheke erworben¹⁵. Hier spielen OTC-Arzneimittel eine immer größere Rolle. Dies bestätigen aktuelle Zahlen des BAH auf Basis der Daten des Informationsdienstleisters IMS Health. Laut BAH betrug der Anteil der

⁹ Vgl. N.N., G-BA (2012), S.1.

¹⁰ Vgl. Simon, M. (2010), S.240.

¹¹ Vgl. Müller, M. C. (2009), S.35.

¹² Vgl. Wilke et al. (2009), S.237.

¹³ Vgl. Grossmann, U. (2009), S.1: Pick-up-Stellen stellen eine Form des Arzneimittelversandhandels dar. Der Kunde bestellt die Arzneimittel beim jeweiligen Anbieter und holt diese nach Vorlage eines Abholscheins und seines Personalausweises an der Pick-up-Stelle ab.

¹⁴ Vgl. N.N., Duden online (2012), S.1: Selbstmedikation ist die Anwendung von Medikamenten nach eigenem Ermessen, ohne Verordnung einer Ärztin oder eines Arztes.

¹⁵ Vgl. N.N., ABDA (2012), S.1.

Selbstmedikationsarzneimittel¹⁶ im Jahr 2011 an den insgesamt in der Apotheke oder an anderer Stelle abgegebenen Arzneimitteln 50%. Gegenüber dem Vorjahr ist das ein Zuwachs von 4%. Das Gesamtabgabevolumen schwankte in den Jahren 2008 bis 2011 zwischen 665 und 679 Millionen Arzneimittelpackungen pro Jahr¹⁷. Zudem zeigt der Vergleich mit den Niederlanden anhand einer im Jahre 2008 durchgeführten Evaluation des Instituts für Europarecht der Universität Freiburg einen liberalen Umgang mit dem OTC-Arzneimittelvertrieb (vgl. 2.5 Vergleich des deutschen und niederländischen Arzneimittelmarktes).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die verdeutlichten Punkte bezüglich des deutschen OTC-Arzneimittelmarktes einen Trend zur Veränderung des OTC-Arzneimittelvertriebs erahnen lassen. Somit ist nach den hier dargestellten Beeinflussungen des OTC-Arzneimittelmarktes zu hinterfragen, ob die Apothekenpflicht im vollen Umfang erhalten bleiben wird.

Zur besseren Beurteilung der Veränderungen des deutschen OTC-Arzneimittelvertriebs ist die Einstellung der Endverbraucherinnen und Endverbraucher bezüglich der Ausweitung der Aufhebung der Apothekenpflicht von OTC-Arzneimitteln von Relevanz. Dies gilt es in dieser Bachelorarbeit herauszufinden.

1.1 Zielstellung und Vorgehen

Ziel der Bachelorarbeit ist es mithilfe einer Endverbraucherumfrage in einer deskriptiven Studie die Einstellung der Hamburger Endverbraucherinnen und Endverbraucher zur Ausweitung der Aufhebung der Apothekenpflicht in Bezug auf OTC-Arzneimittel zu erheben. Dies soll geschehen, um die derzeitigen Veränderungen des OTC-Arzneimittelvertriebs in Deutschland besser beurteilen zu können. Die Studie umfassen hauptsächlich OTC-Arzneimittel, die nicht verschreibungspflichtig, aber apothekenpflichtig sind. Diese verschreibungsfreien OTC-Arzneimittel dürfen ohne Arzt Empfehlung¹⁸ in der Apotheke abgegeben werden und sind nicht durch die GKV erstattungsfähig. Die besagten OTC-Arzneimittel befinden sich überwiegend in der Sichtwahl¹⁹ des Verkaufsraums der Apotheke. Unter Berücksichtigung der in der Einleitung umrissenen Veränderungen des deutschen OTC-Arzneimittelmarktes stellt sich folgende Forschungsfrage: Wie wird eine Ausweitung der Aufhebung der Apothekenpflicht für definierte OTC-Arzneimittel von Hamburger Endverbraucherinnen und Endverbraucher gesehen?

Zum inhaltlichen Verständnis der zielgerichteten Untersuchung der Forschungsfrage wird zu Beginn auf die Grundlagen und die Besonderheiten des deutschen OTC-Arzneimittelmarktes eingegangen. Dies geschieht, um eine möglichst objektive Ist-Situation des deutschen OTC-Arzneimittelmarktes darzustellen. Im Anschluss wird der Niederländische Arzneimittelmarkt vor-

¹⁶ OTC-Arzneimittelabgabe ohne Arztbesuch.

¹⁷ Vgl. N.N., B.A.H. (2011), S.1.

¹⁸ Im Rahmen der Selbstmedikation.

¹⁹ In der Sichtwahl kann der Endverbraucher einige nicht verschreibungspflichtige, aber apothekenpflichtige OTC-Arzneimittel "sehen", sie können jedoch nicht selbst entnommen werden. Meist ist Sichtwahl im Blick des Kunden hinter dem Handverkaufstisch.

gestellt, sowie die Unterschiede zum deutschen OTC-Arzneimittelmarkt verdeutlicht. Als Vergleichsgrundlage dient eine im Jahre 2008 durchgeführte Evaluation des Instituts für Europarecht der Universität Freiburg mit dem Titel "Zulassung und Vertrieb von rezeptpflichtigen (RX) und nicht rezeptpflichtigen (OTC, OTX²⁰) Arzneimitteln". Im Anschluss erfolgt eine explorative Datenerhebung im Querschnittsdesign in Form einer Endverbraucherbefragung zur Beurteilung der vorab genannten Forschungsfrage. Hierbei wird eine deskriptive Studie mithilfe von leitfadensbasierten "Face-to-Face"-Interviews durchgeführt. Das wesentliche Ziel der Endverbraucherbefragung ist einen ersten Eindruck über den Kenntnisstand, sowie die Relevanz des Themas „apothekenpflichtige OTC-Arzneimittel“ für Hamburger Endverbraucherinnen und Endverbraucher zu ermitteln. Darüber hinaus sollen die Endverbraucherinnen und Endverbraucher ihre konkreten Einstellungen zu verschiedenen Aspekten des OTC-Arzneimittelvertriebs wiedergeben. Die detaillierten Untersuchungsziele sind:

- Abbildung der Häufigkeit des OTC-Arzneimittelleinkaufs innerhalb der letzten drei Monate
- Ermittlung der relevanten Bezugsorte von OTC-Arzneimitteln der Endverbraucherinnen und Endverbraucher
- Darstellung der Endverbraucherpräferenzen beim OTC-Arzneimittelkauf innerhalb der genannten Bezugsorte
- Ermittlung der Indikationsbereiche innerhalb der genannten Bezugsorte
- Ermittlung der durchschnittlich beanspruchten Beratungszeit
- Darstellung der Endverbraucherkenntnisse über Arzneimittelvertriebswege in anderen Ländern
- Abbildung der Vor- und Nachteile bei Endverbraucherinnen und Endverbraucher bei der Ausweitung der Aufhebung der Apothekenpflicht

Abschließend werden die gewonnenen Ergebnisse im Kontext des deutschen OTC-Arzneimittelmarktes kritisch diskutiert und die Bachelorarbeit mit einem Fazit abgeschlossen.

²⁰ Vgl. Rucker, D. (2004), S.1: Bezeichnet Arzneimittel im Rahmen einer ärztlich verordneten Selbstzahlerleistung.

2. Theoretischer Rahmen

2.1 Rechtliche Einstufung deutscher Arzneimittel und deren Auswirkung auf Vertriebswege

§43 und §44 des AMG regeln das “in den Verkehr bringen“ von Arzneimitteln auf dem deutschen Arzneimittelmarkt. Hierbei wird zwischen Arzneimitteln, die ausschließlich durch die Apotheke abgegeben werden dürfen (apothekenpflichtigen Arzneimitteln) und den freiverkäuflichen Arzneimitteln (nicht apothekenpflichtigen Arzneimitteln) unterschieden. Laut §44 “Ausnahmen von der Apothekenpflicht“ Abs.1 handelt es sich bei nicht apothekenpflichtigen Arzneimitteln um “Arzneimittel, die von dem pharmazeutischen Unternehmer ausschließlich zu anderen Zwecken als zur Beseitigung oder Linderung von Krankheiten, Leiden, Körperschäden oder krankhaften Beschwerden zu dienen bestimmt sind, (...)“. Die Ausnahmen gelten für Tierarzneimittel, Heilwässer, Säfte, Stärkungsmittel, Franz-Branntwein, äußerlich anwendbare Mund- und Rachentherapeutika, bestimmte Pflanzenteile und Pflanzensäfte sowie für Arzneimittel, die aufgrund einer Verordnung des Bundesministerium für Gesundheit von der Apothekenpflicht freigestellt wurden²¹. Für nicht apothekenpflichtige Arzneimittel gilt jedoch die Einschränkung, dass die “Freiverkäuflichkeit“ entfällt, wenn ein solches Arzneimittel verschreibungspflichtig oder ausdrücklich vom Verkehr außerhalb der Apotheke ausgeschlossen ist²². Generell darf die Abgabe von OTC-Arzneimitteln an Dritte, gleich den verschreibungspflichtigen Arzneimitteln, erst nach Feststellung der Wirksamkeit, der pharmazeutischen Qualität und der Unbedenklichkeit erfolgen²³. Die Unterschiede zwischen verschreibungspflichtigen und apothekenpflichtigen Arzneimitteln werden in §10 “Kennzeichnung“ Abs.1 Ziff. 10 des AMG gesetzlich festgelegt. Je nach Vertriebsweg lassen sich aus diesem Paragraphen drei weitere Kategorien von Arzneimitteln ableiten (vgl. Abbildung 1): Erstens, verschreibungspflichtige Arzneimittel, die nur auf ärztliche, zahnärztliche oder tierärztliche Verschreibung und nur in der Apotheke abgegeben werden dürfen und somit als “verschreibungspflichtig“ und “apothekenpflichtig“ (vgl. §10 und §43 AMG) zu kennzeichnen sind. Die zweite Kategorie umfasst Arzneimittel, die nicht verschreibungspflichtig sind, aber nur in Apotheken erhältlich sind. Diese verschreibungsfreien Arzneimittel müssen ebenfalls mit der Bezeichnung “apothekenpflichtig“ deklariert werden und dürfen auch ohne Mitwirkung von Ärztinnen und Ärzten nur in der Apotheke abgegeben werden. Die dritte Kategorie beinhaltet ebenfalls nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, die außerhalb der Apotheke erhältlich sind (sog. freiverkäufliche Arzneimittel). Es han-

²¹ Vgl. Hajen, L. et al. (2011), S.219.

²² Vgl. Schiedermaier, R.; Pohl, H. (2004), S.219.

²³ Vgl. Lauterbach, K. et al. (2009), S.189.

delt sich hierbei um OTC-Arzneimittel, die nach § 44 Abs.1 des AMG zu den “Ausnahmen von der Apothekenpflicht“ zählen²⁴ (vgl. Abbildung 1).

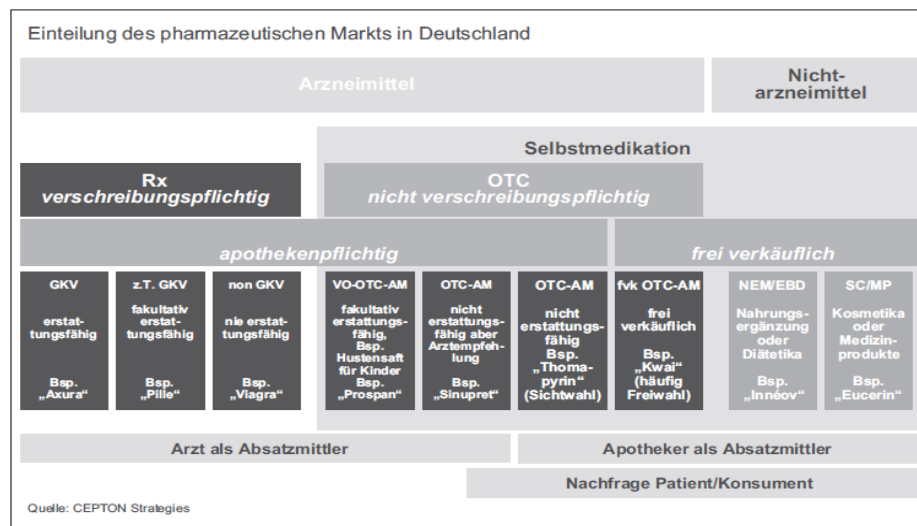


Abbildung 1: Einteilung des Arzneimittelmarktes in Deutschland [Quelle: Müller, M. C. (2009), *Kompaktwissen Gesundheitswesen, Lektion 5, S. 13.*]

Darüber hinaus wird deutlich, dass die nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel in vier OTC-Untergruppen unterschieden werden (vgl. Abbildung 1). Davon unterliegen drei OTC-Untergruppen der Apothekenpflicht und eine OTC-Untergruppe ist freiverkäuflich. Die erste OTC-Untergruppe (VO-OTC-AM) beinhaltet unter anderem OTC-Arzneimittel, die von der gesetzlichen Krankenkasse erstattet werden können (vgl. §34 Abs. (1) Punkt 1 bis 2 des SGB V). Eine Erstattung ist möglich, wenn es sich bei den Endverbraucherinnen und Endverbrauchern um Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr oder Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit Entwicklungsstörungen handelt²⁵. In Ausnahmefällen ist die Erstattung von OTC-Arzneimitteln auch für Erwachsene möglich. Es handelt sich dabei um ausgewählte OTC-Wirkstoffe, die bei der Behandlung schwerer Erkrankungen als Therapiestandard gelten und vom G-BA in der “OTC-Übersicht“ aufgelistet sind. In der zweiten OTC-Untergruppe (OTC-AM) werden nicht erstattungsfähige, aber auf Arztempfehlung abgegebene OTC-Arzneimittel zusammengefasst. Die ärztliche Empfehlung kann in Form eines grünen Rezeptes ausgestellt werden. Selbiges wurde im Jahr 2004 vom DAV, dem BAH, dem BPI und der KBV eingeführt²⁶. Das grüne Rezept entspricht dem Aufbau einer Privatverordnung. Die Endverbraucherinnen und Endverbraucher müssen die Kosten in voller Höhe selbst übernehmen, da eine Abrechnung mit privaten Krankenkassen nicht möglich ist. Die dritte OTC-Untergruppe (OTC-AM) beinhaltet nicht erstattungsfähige OTC-Arzneimittel, die nur in Apotheken und unabhängig von einer ärztlichen Empfehlung abgegeben werden. Diese OTC-

²⁴ Vgl. Faeh, A. (2008), S.10.

²⁵ Vgl. SGB V§34 Ausgeschlossene Arznei-, Heil- und Hilfsmittel.

²⁶ Vgl. N.N., ABDA (2012), S.1.

Arzneimittel befinden sich überwiegend in der Sichtwahl der Apotheke. Die letzte und vierte OTC-Untergruppe (fvk OTC-AM) setzt sich aus freiverkäuflichen und nicht apothekenpflichtigen OTC-Arzneimitteln zusammen. Diese OTC-Arzneimittel dürfen in der Apothekenfreiwahl²⁷, im Drogeriemarkt, im Reformhaus und im Supermarkt angeboten werden und stellen einen ersten Schritt in Richtung der Ausweitung der Aufhebung der Apothekenpflicht dar.

2.2 Marktbedingungen des deutschen OTC-Arzneimittelmarktes

Der OTC-Arzneimittelmarkt in Deutschland unterliegt einer umfassenden staatlichen Regulierung und Überwachung²⁸. Dazu gehört das Arzneimittelzulassungsverfahren, welches den Marktzugang für OTC-Arzneimittel reguliert. Zurzeit sind für Deutschland drei Zulassungsverfahren von Relevanz, die unterschiedliche Gültigkeiten besitzen. Es wird zwischen dem nationalen Zulassungsverfahren der europäischen Mitgliedsstaaten, dem zentralisierten und dem dezentralen Zulassungsverfahren auf europäischer Ebene unterschieden²⁹. Die nationale Zulassung, Überwachung und Registrierung von OTC-Arzneimitteln erfolgt durch das BfArM, einer selbstständigen Bundesoberbehörde, die dem Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit zugeordnet ist³⁰. Aus Gründen der Harmonisierung des Binnenmarktes sowie schnellerer Vertriebsmöglichkeiten, welche den Endverbraucherinnen und Endverbrauchern zugutekommen, ist das zentralisierte Zulassungsverfahren durch die Europäische Kommission vorzuziehen. Allerdings weist das dezentrale Zulassungsverfahren Kostenvorteile auf, die für kleinere Pharmaunternehmen relevant sind³¹. Das Verfahren ermöglicht eine Arzneimittelzulassung in einzelnen ausgewählten europäischen Mitgliedsstaaten, wenn Qualität, Sicherheit oder Wirksamkeit gewährleistet sind. Bei der dezentralen Arzneimittelzulassung greift das Verfahren der gegenseitigen Anerkennung. Dabei wird zuerst in einem Mitgliedsstaat der Wahl eine nationale Zulassung beantragt und erteilt, bevor in weiteren Mitgliedsstaaten identische Anträge eingereicht werden können³².

Weitere besondere Marktbedingungen sind die Informationsasymmetrie und Qualitätsunsicherheiten. Beide entstehen im OTC-Arzneimittelmarkt durch die geringe Markttransparenz, resultierend aus der Unvollkommenheit sowie der ungleichen Verteilung der verfügbaren Informationen. Als Konsequenz entstehen leistungsbezogene Unsicherheiten, die auf Informationsdefizite hinsichtlich der in Anspruch genommenen Gesundheitsgüter sowie den damit verbundenen Gesundheitsdienstleistungen zurückzuführen sind³³. Das aus der Informationsasymmetrie resultierende "Prinzipal-Agenten-Problem" lässt sich wie folgt beschreiben. Das "Prinzipal-Agenten-Problem" entsteht aufgrund der meist geringen Kenntnisse über Arzneimittel und deren Wirkungen auf Seiten der

²⁷ In der Apothekenfreiwahl ist das Warenangebot incl. Arzneimittel für den Endverbraucher "frei" zugänglich. Deshalb werden diese Waren oftmals als Freiwahlartikel bezeichnet.

²⁸ Vgl. Simon, M. (2010), S.235.

²⁹ Vgl. Zimmermann, T. (2008), S.252.

³⁰ Vgl. Lauterbach, K. et al. (2009), S.189.

³¹ Vgl. Zimmermann, T. (2008), S.252-253.

³² Vgl. Lauterbach, K. et al. (2009), S.189-190.

³³ Vgl. Zimmermann, T. (2008), S.170.

Endverbraucherinnen und Endverbraucher (Prinzipal) im Vergleich zu Apothekerinnen und Apothekern, Ärztinnen und Ärzten (Agenten). Infolge der entstandenen Informationsungleichheit kann es zu einem opportunistischen Verhalten auf Seiten der Agenten kommen. Demnach nutzen sie ihre Stellung, um Endverbraucherinnen und Endverbraucher gezielt zu informieren, sodass die Nachfrage nach apothekenpflichtigen OTC-Arzneimitteln erhöht wird. In diesem Falle geschieht dies nicht, weil es den Endverbraucherinnen und Endverbrauchern nützt, sondern weil durch die Nachfrage die Elastizität, das eigene Einkommen, erhöht wird³⁴. Somit kommt es zu einer angebotsinduzierten Nachfrage, da die Agenten den Umfang sowie die Struktur der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen beeinflussen und bei der Festlegung der Nachfrage eigene Einkommensinteressen verfolgen³⁵. Hinzu kommt die Qualitätsunsicherheit, welche sich auf die Leistungseffektivität und folglich auf die Effizienz der Gesundheitsleistungen bezieht (Preis-Leistungs-Verhältnis)³⁶. Im Kontext des OTC-Arzneimittelmarktes findet sich die Qualitätsunsicherheit hauptsächlich auf Seiten der Endverbraucherinnen und Endverbraucher im Rahmen des „Prinzipal-Agenten-Problem“ wieder. Zusätzlich besteht auf dem OTC-Arzneimittelmarkt die Besonderheit, dass es sich nicht wie im Markt für verschreibungspflichtige Arzneimittel um eine abgeleitete Nachfrage, sondern um eine autonome Nachfrage handelt, zumal die Endverbraucherinnen und Endverbraucher den OTC-Arzneimittelmarkt hauptsächlich durch die Selbstmedikation ansteuern. Dies führt zu einer elastischen Nachfrage³⁷. Zudem hat die Entscheidung der Endverbraucherinnen und Endverbraucher, ein OTC-Arzneimittel zu konsumieren oder dies zu unterlassen, einen Einfluss auf das Wohlbefinden Dritter (sog. Externalitäten) z.B. durch Krankheitsübertragung oder Arbeitsausfall. Ebenfalls gehört die Marktmacht der Apotheken durch deren derzeitige Monopolstellung beim Vertrieb von Arzneimitteln zu den besonderen Bedingungen des OTC-Arzneimittelmarktes (vgl. 2.1 Rechtliche Einstufung deutscher Arzneimittel und deren Auswirkungen auf Vertriebswege“). Apotheken nehmen die zentrale Rolle im Arzneimittelvertrieb ein. Sie erfüllen damit einen öffentlichen Versorgungsauftrag, der in Form der Apothekenpflicht einerseits Privilegien verschafft, aber andererseits mit Pflichten wie der Vorratshaltung und schnellen Verfügbarkeit eines Arzneimittels verbunden ist³⁸. In Deutschland gibt es zwar Drogeriemärkte, die nicht apothekenpflichtige OTC-Arzneimittel in ihr Sortiment aufgenommen haben, allerdings zeigen aktuelle IMS Health Daten, dass diese Entwicklung für die Apotheken keine ernsthafte Bedrohung darstellt. Im Gegenteil: Der Gesundheitsmarkt außerhalb der Apotheke verliert im Jahr 2011 sowohl nach Umsatz wie nach Absatz durchgängig in allen Vertriebswegen, infolgedessen ebenfalls in den Drogeriemärkten³⁹.

³⁴ Vgl. Hajen, L. et al. (2000), S.61.

³⁵ Vgl. Amelung V. E. et al. (2012), S.1.

³⁶ Vgl. Zimmermann, T. (2008), S.170.

³⁷ Vgl. Prinz, A.; Vogel, A. (2002), S.30.

³⁸ Vgl. Hajen, L. et al. (2011), S.218.

³⁹ Vgl. Maag, G. (2012), S.14.

2.3 OTC-Preisgestaltung

Für OTC-Arzneimittel wurde im Zuge des am 1. Januar 2004 in Kraft getretenen GMG die Preisbindung aufgehoben. Dies bedeutet, dass apothekenpflichtige und freiverkäufliche OTC-Arzneimittel nicht mehr an die AMPPreisV gebunden sind. Von dieser gesetzlichen Neuregelung versprach sich die Politik einen größeren Wettbewerb mit erheblichem Preissenkungspotenzial⁴⁰. Seit dem GMG dürfen Arzneimittelhersteller nur noch eine Preisempfehlung geben – die Preisentscheidung liegt letztlich bei den Apothekerinnen bzw. den Apothekern. Demnach dürfen OTC-Arzneimittel in Apotheken als auch in Drogeriemärkten usw. zu unterschiedlichen Preisen angeboten werden. Somit hat die Preisfreigabe für apothekenpflichtige und freiverkäufliche OTC-Arzneimittel Spielräume geschaffen, die bisher jedoch nicht zu großen Preisbewegungen geführt haben⁴¹. Für OTC-Arzneimittel bildet sich somit im Allgemeinen ein Marktpreis. Die OTC-Arzneimittelerstattung betreffende wichtigste Veränderung stellt ebenso das GMG da. Der im Zuge des Gesetzes beschlossene Ausschluss, nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel aus dem Leistungskatalog der GKV hat einen Erstattungsausschluss zur Folge und lässt sich somit als eine 100%ige Selbstbeteiligung für die Endverbraucherinnen und Endverbraucher interpretieren⁴². Der gesetzliche Erstattungsausschluss ist im SGB V in §31 “Arznei- und Verbandmittel“ sowie in §34 “Ausgeschlossene Arznei-, Heil- und Hilfsmittel“ rechtlich verankert. Eine zusätzliche Ausnahme zum Erstattungsausschluss bildet die vom G-BA erstellte “OTC-Übersicht“. Sie führt Wirkstoffgruppen, die bei schwerwiegenden Erkrankungen als Therapiestandard gelten und innerhalb vorgegebener Indikationen der Leistungspflicht der GKV unterliegen. Ein OTC-Arzneimittel ist damit nicht generell erstattungsfähig, wenn es in eine der Wirkstoffgruppen passt. Es ist nur in denjenigen Indikationen erstattungsfähig, für die es laut Arzneimittelzulassung gelistet ist⁴³. Ein Beispiel dafür ist z.B. der Wirkstoff Acetylsalicylsäure, der auch für die Nachsorge von Herzinfarkt und Schlaganfall, als Thrombozyten-Aggregationshemmer zugelassen ist und nach arteriellen Eingriffen zur Behandlung schwerer Schmerzen in Kombination mit Opioiden gegeben wird⁴⁴. Der generelle Erstattungsausschluss von OTC-Arzneimitteln wird damit begründet, dass bereits bisher in den Apotheken nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel überwiegend ohne ärztliche Verschreibung abgegeben wurden. Zudem liegt der durchschnittliche Preis unter 11 Euro je Packung, sodass die Herausnahme dieser Arzneimittel aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung für die Versicherten sozial vertretbar ist⁴⁵. Für den Gesetzgeber handelt es sich bei OTC-Arzneimitteln um Arzneimittel, die im Bereich der geringfügigeren Gesundheitsstörungen liegen (sog. Bagatellarzneimittel⁴⁶), und somit der Eigenverantwortung der Versicherten unterliegen. Das

⁴⁰ Vgl. Zimmermann, T. (2008), S.259.

⁴¹ Vgl. Hajen, L. et al. (2011), S.222.

⁴² Vgl. Hajen, L. et al. (2011), S.236.

⁴³ Vgl. N.N., Deutsches Ärzteblatt (2004), S.1.

⁴⁴ Vgl. Maag, G. (2012), S.12.

⁴⁵ Vgl. N.N., G-BA (2012), S.1.

⁴⁶ Vgl. Simon, M. (2010), S.237.

hier zugrundeliegende Prinzip der Eigenverantwortung (vgl. §1 des SGB V) verlangt von den Versicherten Anstrengungen zur Erhaltung ihrer Gesundheit und im Krankheitsfall die Vermeidung von unnötigen Belastungen gegenüber der Versichertengemeinschaft⁴⁷. Unter diesen Aspekten bildet die Eigenverantwortung der Versicherten einen Akt der Solidarität gegenüber der Versichertengemeinschaft. Zudem impliziert die Eigenverantwortung, dass die Endverbraucherinnen und Endverbraucher nach Maßgabe ihrer Zahlungsfähigkeit gewisse finanzielle Eigenleistungen z.B. im Rahmen der Selbstmedikation erbringen⁴⁸, da an dieser Stelle das Sachleistungsprinzip nicht mehr greift. Trotz der damit einhergehenden Ausgabenreduzierungen für das Solidarsystem ist die finanzielle Belastung der Versicherten mit Arzneimittelkosten im Hinblick auf das Solidaritätsprinzip der GKV umstritten.

2.4 Der Arzneimittelmarkt in den Niederlanden

Vorab ist zu erwähnen, dass alle europäischen Mitgliedsstaaten selbst bestimmen dürfen auf welchem Niveau der Gesundheitsschutz der Bevölkerung zu gewährleisten ist. Somit wird dem Gesundheits- und Verbraucherschutz Vorrang vor dem Primat der Ökonomie und des freien Binnenmarktes innerhalb der EU eingeräumt⁴⁹.

Bei dem niederländischen Gesundheitssystem handelt es sich generell um ein obligatorisches Gesundheitssystem, an dem alle Einwohner und Beschäftigte teilhaben können. Im Allgemeinen werden Sach- und Geldleistungen durch Beiträge der Beteiligten finanziert⁵⁰. Wie in Deutschland erfolgt die Erstattung der Leistungen im Krankheitsfall in Form von Sachleistungen. Hierzu schließen die Krankenkassen Verträge mit den Leistungserbringern und übernehmen so die Kosten zur Behandlung oder Versorgung auf direktem Weg⁵¹. Für den niederländischen Arzneimittelmarkt lassen sich weiter folgende Aussagen treffen. Das "College ter Beoordeling van Geneesmiddelen" (CBG $\hat{=}$ MEB⁵²) ist zuständig für die Zulassung von Arzneimitteln in den Niederlanden und seit 1997 ebenfalls kompetent, Arzneimittel als rezeptpflichtig (1) oder nicht rezeptpflichtig (2-4) zu kategorisieren. Es bewertet sowohl die Arzneimittel als auch die dazugehörigen Verpackungsbeilagen⁵³. Das MEB entscheidet zusätzlich über den Auslieferungszustand. Das heißt, ob ein Arzneimittel mit oder ohne ärztliche Verschreibung erhältlich ist und ob es neben den Apotheken ebenfalls in Drogerien und Supermärkten vertrieben werden darf. Sobald ein Arzneimittel auf dem Markt ist, wird weiterhin ein MEB Drug-Monitoring⁵⁴ auf Grundlage von Berichten "über unerwünschte Ereignisse" durchgeführt. So sind immer aktuelle Informationen über die Wirksamkeit

⁴⁷ Vgl. SGB V §1 Solidarität und Eigenverantwortung.

⁴⁸ Vgl. Wille, E. et al. (2009), S.21-22.

⁴⁹ Vgl. Rüter, G. et al. (2011), S.604.

⁵⁰ Vgl. Zimmermann, T. (2008), S.52.

⁵¹ Vgl. Simon, M. (2010), S.85.

⁵² Vgl. Rychlik, R. (2010), S.38.: Medicines Evaluation Board

⁵³ Vgl. Faeh, A. (2008), S.15.

⁵⁴ Deutsche Übersetzung: Arzneimittelüberwachung

und mögliche Nebenwirkungen von Medikamenten verfügbar⁵⁵. Somit gibt es in den Niederlanden kein Apothekenmonopol für OTC-Arzneimittel mehr, da der OTC-Arzneimittelvertrieb durch das MEB geschützt ist⁵⁶. Das niederländische Arzneimittelgesetz unterscheidet in Art. 56 zwischen vier Kategorien von Arzneimitteln. Diese sind:

- 1) rezeptpflichtige Arzneimittel (UR-geneesmiddel);
- 2) Arzneimittel, die nur in Apotheken erhältlich sind (Uitsluitend Apotheek geneesmiddel/UA);
- 3) Arzneimittel, die nur in Apotheken und Drogerien erhältlich sind (Uitsluitend Apotheek en Drogist geneesmiddel/UAD);
- 4) Arzneimittel, die im allgemeinen Verkauf (Supermärkte etc.) erhältlich sind (Algemeen Verkrijgbaar geneesmiddel/AV)⁵⁷.

Die erste Kategorie (UR) beinhaltet verschreibungspflichtige und erstattungsfähige Arzneimittel, welche der staatlichen Preiskontrolle durch das "Wet Geneesmiddelen Prijzen"⁵⁸ unterliegen und in einer Positiv-Liste erfasst sind⁵⁹. Die zweite Kategorie (UA) beinhaltet Arzneimittel die aufgrund ihrer komplexen Wirkungsweise nur in Apotheken erhältlich sind. Die Kategorie (UAD) umfasst die klassischen OTC-Arzneimittel (z.B. Ambroxol-Hustensaft, Aspirin Schmerztabletten, Ibuprofen Saft und Tabletten, Paracetamol Saft und Tabletten, Xylometazol-Nasenspray etc.), wie sie auch in deutschen Apotheken erhältlich sind. Diese Arzneimittel wurden vom MEB aufgrund ihrer für Endverbraucherinnen und Endverbraucher "zumutbaren" Nebenwirkungen zum Vertrieb in der Apotheke und im Drogeriemarkt freigegeben⁶⁰. An dieser Stelle muss ergänzt werden, dass in Drogerieketten wie "Kruidvat" die OTC-Arzneimittel in einem für Kunden unzugänglichen Bereich hinter der Kasse angeboten werden. Im Konkurrenzunternehmen "Etos" befinden sich an den Arzneimittelregalen Schilder mit der Bezeichnung "Advies over de juiste geneesmiddelen? Vraag het onze assistent-drogist."⁶¹, was zur Folge hat, dass jeder Drogeriemarkt zu den ausgewiesenen Öffnungszeiten eine Drogistin bzw. einen Drogisten mit nötigem Sachkundenachweis vor Ort stellen muss⁶². In die Kategorie des allgemeinen Verkaufs (AV) werden vom MEB nur Arzneimittel aufgenommen, wenn sie folgende Kriterien erfüllen: deren Substanzen mindestens 5 Jahre in der EU oder den USA ohne negative Auswirkungen verwendet wurden, zudem der Gebrauch der Substanz ein vernachlässigbares Risiko für den Menschen darstellt und keine Hinweise auf anormalen Gebrauch vorliegen und das Arzneimittel nur in kleinen Chargen erhältlich ist und die Ver-

⁵⁵ Vgl. N.N., CBG-MEB (2008), S.1.

⁵⁶ Eigene Recherche vor Ort durch ein Gespräch mit einer Apothekerin.

⁵⁷ Vgl. Faeh, A. (2008), S.15.

⁵⁸ Deutsche Übersetzung: Produktpreisgesetz

⁵⁹ Vgl. Rychlik, R. (2010), S.38.

⁶⁰ Eigene Recherche vor Ort durch ein Gespräch mit einer Apothekerin.

⁶¹ Deutsche Übersetzung: Beratung über die richtige Medizin? Fragen Sie unseren Drogisten Assistenten.

⁶² Eigene Recherche vor Ort durch ein Gespräch mit einer Drogistin.

packungsbeilage vor Risiken warnt, die die Einnahme des Arzneimittels mit sich bringen kann. Zusätzlich empfiehlt jedes Pharmaunternehmen mit der Einreichung des Zulassungsantrages, ob ein Arzneimittel der Rezeptpflicht zu unterstellen ist oder nicht⁶³. Die Arzneimittel der Kategorien drei und vier haben wie deutsche OTC-Arzneimittel keinen festgelegten Maximalpreis⁶⁴. Somit ist ein Preiswettbewerb zwischen den Pharmaunternehmen möglich.

2.5 Vergleich des deutschen und niederländischen Arzneimittelmarktes

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass beide europäische Staaten mindestens zwei Arten von Arzneimittelkategorien kennen. Ein Arzneimittel wird als verschreibungspflichtig oder verschreibungsfrei kategorisiert. Verschreibungspflichtig bedeutet in beiden Ländern gleichzeitig apothekenpflichtig und somit einen alleinigen Vertrieb über die Apotheken. Bei den verschreibungsfreien OTC-Arzneimitteln entsprechen die deutschen apothekenpflichtigen OTC-Arzneimittel der niederländischen Arzneimittelkategorie (UA). Im Bezug auf freiverkäufliche OTC-Arzneimittel unterteilen die Niederlande ihre freiverkäuflichen Arzneimittel in die Kategorie der "In Apotheken und Drogeriemärkten erhältliche Arzneimittel" sowie in die Kategorie der "Im allgemeinen Verkauf erhältlichen Arzneimittel" (vgl. Tabelle 1). Damit schaffen die Niederlande weitergefasste Vertriebsmöglichkeiten sowie eine differenziertere Einteilung der freiverkäuflichen OTC-Arzneimittel nach gesundheitlicher Beeinträchtigung der Endverbraucherinnen und Endverbraucher.

	Verschreibungs- pflichtige Arzneimittel	Verschreibungsfreie OTC-Arzneimittel		
Deutschland	Verschreibungs- pflichtige Arzneimittel	Apotheken- pflichtige OTC-Arzneimittel	Freiverkäufliche bzw. nicht apotheken- pflichtige OTC-Arzneimittel	
Vertriebsort	Apotheke	Apotheke	Apotheke, Drogerie- markt, Supermarkt etc.	
Niederlande	Verschreibungs- pflichtige Arzneimittel („UR“)	Nur in Apotheken erhältliche Arznei- mittel („UA“)	In Apotheken und Drogeriemärkten erhältliche Arzneimittel („UAD“)	Im allgemeinen Verkauf erhält- lich Arzneimittel („AV“)
Vertriebsort	Apotheke	Apotheke	Apotheke und Drogeriemarkt	Supermarkt

Tabelle 1: Einteilung des deutschen und niederländischen Arzneimittelmarktes [Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Faeh, A. (2008), S.19.]

⁶³ Vgl. Faeh, A. (2008), S.15.

⁶⁴ Vgl. Rychlik, R. (2010), S.38.

Die deutschen und niederländischen Arzneimittelpreise sind trotz deregulierender Eingriffe der EU im Hinblick auf einen gemeinsamen Europäischen Markt nach wie vor unterschiedlich. Ursächlich sind nicht nur unterschiedliche Wettbewerbsbedingungen, sondern vor allem die unterschiedlichen Marktregulierungen der EU-Mitgliedsstaaten. Im Allgemeinen sind die Arzneimittelmärkte der EU-Mitgliedsstaaten durch unterschiedliche Zulassungs- und Preisbildungsverfahren, Erstattungsregelungen und Organisationsformen der nationalen Gesundheitssysteme sowie wirtschaftliche Unterschiede gekennzeichnet⁶⁵. So beträgt beispielsweise die Mehrwertsteuer für alle niederländischen Arzneimittel 6%⁶⁶, während sie in Deutschland bei 19% Mehrwertsteuer liegt. Überdies wurden von 2004 an auch in den Niederlanden nahezu alle nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel von der Erstattung durch die Krankenkasse ausgeschlossen. Trotzdem werden wie in Deutschland ungefähr 46% aller Arzneimittel voll, ca. 26% nicht und ca. 28% nur teilweise erstattet. Die meisten nicht erstattungsfähigen Arzneimittel in den Niederlanden sind wie in Deutschland OTC-Arzneimittel⁶⁷.

⁶⁵ Vgl. Schneider, M. et al. (1993), S.1.

⁶⁶ Vgl. Rychlik, R. (2010), S.38.

⁶⁷ Vgl. Rychlik, R. (2010), S.38.

3. Material und Methodik

Beginnend mit der Vorstellung des Studiendesigns wird im Verlauf des Methodenteils näher auf die Stichprobenauswahl und die Befragungssituation eingegangen. Im Anschluss wird das Erhebungsinstrument dargestellt, welches die Beschreibung der Fragedimensionen und Konstrukt-Operationalisierung zur Überprüfung der Zielgerichtetheit⁶⁸ des Gesprächsleitfadens beinhaltet. Zum Abschluss erfolgen die Beschreibung der Datenbearbeitung inklusive der Datenanalyse sowie die Vorstellung der Befragungsergebnisse.

3.1 Studiendesign

Als empirische Studie wird eine explorative Querschnittserhebung in Form einer deskriptiven Endverbraucherbefragung durchgeführt. Die qualitativ und quantitativ erhobenen Daten dienen der Beschreibung des Kenntnisstands zum Thema „apothekenpflichtige OTC-Arzneimittel“ sowie der Erkundung der Relevanz des Themas für die Hamburger Endverbraucherinnen und Endverbraucher⁶⁹. Darüber hinaus sollen die Endverbraucherinnen und Endverbraucher ihre konkreten Einstellungen zu verschiedenen Aspekten des OTC-Arzneimittelvertriebs wiedergeben. Bei der Endverbraucherbefragung handelt es sich um eine teilstrukturierte und problemzentrierte Form der Befragung. Aus diesem Grund ist die Anpassung an die Befragungssituation und Vertiefung bzw. Ergänzung einzelner Aspekte möglich. Es besteht somit die Möglichkeit, die sich aus dem Gespräch ergebenden Themen aufzunehmen und sie von den Antworten ausgehend weiter zu verfolgen⁷⁰.

3.2 Stichprobenauswahl und Befragungssituation

Die Stichprobe wird durch eine „Vorab-Festlegung“⁷¹ wie folgt definiert. Die Stichprobe der Endverbraucherbefragung besteht aus Frauen und Männern im Alter von 20 bis 69 Jahren, da sich in diesen Altersbereichen ein hoher Stichprobenumfang erzielen lässt. Laut Bundes-Gesundheitssurveys liegt der prozentuale Anteil der Arzneimittelanwender in diesem Altersbereich bei ca. 75% bis 88%⁷². Die Altersgruppen wurden wie im Bundes-Gesundheitssurvey in neun Jahresabständen gebildet, sodass fünf Altersgruppen entstehen. Indirekt bildet dieses vorab festgelegte Kriterium des „Alters“ eine Teilnahmebegrenzung und muss somit als Ausfallquote erfasst werden. Des Weiteren werden die Befragten in den drei vorab festgelegten Stadtteilen Eppendorf, Barmbek-Nord oder Wilhelmsburg angesprochen. Die Stadtteilauswahl begründet sich auf Datenbasis des Statistischen Amtes für Hamburg und Schleswig-Holstein. An dieser Stelle wurde versucht

⁶⁸ Vgl. Atteslander, P. (2006), S.103.

⁶⁹ Vgl. Diekmann, A. (2007), S.312.

⁷⁰ Vgl. Atteslander, P. (2006), S.125.

⁷¹ Vgl. Weischer, C. (2007), S.208.

⁷² Vgl. Knopf, H.; Melchert, H.-U. (2003), S.22.

die Maximalunterschiede hinsichtlich der Einkommensstrukturen in Hamburg abzubilden⁷³. Die Stadtteildatenbank des Statistischen Amtes zeigt für Juli 2012 den prozentual höchsten Wert der Arbeitslosen an den Erwerbsfähigen im Stadtteil Billbrook bei 12,1% und den prozentualen niedrigsten Wert in Reitbrook mit 1%⁷⁴. Als Befragungsorte wurden somit Barmbek-Nord mit 6,2% als mittlerer Stadtteil, Eppendorf mit 3,2% als reicherer Stadtteil sowie Wilhelmsburg mit 10,7% als ärmerer Stadtteil ausgewählt⁷⁵. In diesem Zusammenhang müssen die Zahlen in Abhängigkeit der Stadtteilgröße betrachtet werden. Die Durchführung der “Face-to-Face“-Interviews mit gleich vielen Personen in drei verschiedenen Stadtteilen Hamburgs ergibt sich aus der Annahme, dass Stichprobenunterschiede im Mittel herausfallen und so das Kaufverhalten von OTC-Arzneimitteln in Bezug auf Einkommensunterschiede ansatzweise abgebildet wird. Eine weitere Bedingung zur Teilnahme am “Face-to-Face“-Interview ist, dass die Befragten mindestens einmal innerhalb der letzten drei Monate OTC-Arzneimittel gekauft haben. Die Notwendigkeit des Expertenkriteriums des “vergangenen OTC-Arzneimittleinkaufs“ begründet sich in der inhaltlichen Repräsentation⁷⁶, da so gewisse Kenntnisse über OTC-Arzneimittel, wie z.B. deren Preise, Vertriebswege und Produktvielfalt, vorausgesetzt werden können. Werden alle Kriterien der “Vorab-Festlegung“ erfüllt, gelten die Befragten gleichzeitig als Expertinnen und Experten, da sie auf diesem begrenzten Gebiet über ein klares und abrufbares Wissen verfügen⁷⁷. Somit werden die Befragten nicht als Einzelfälle, sondern als Vertreterinnen und Vertreter Hamburgs in die Untersuchung einbezogen⁷⁸. Die Durchführung der Endverbraucherbefragung erfolgte durch meine Person. Die Stichprobenauswahl erfolgt in einem randomisierten einstufigen Auswahlvorgang. Insgesamt wurden 73 Personen in drei vorabgewählten Stadtteilen Hamburgs willkürlich auf der Straße angesprochen. Mithilfe einer randomisierten Raumauswahl wurde versucht, innerhalb eines räumlich abgegrenzten Gebiets eine Zufallsauswahl zu realisieren⁷⁹. Dafür wurden in allen drei Stadtteilen jeweils die Haupteinkaufstraßen gewählt: in Eppendorf die Eppendorfer Landstraße Nummer 76-54, in Barmbek-Nord die Fuhlsbüttler Straße Nummer 110-145 und in Wilhelmsburg der Wilhelm-Strauß-Weg Nummer 2-99. Erfüllten die angesprochenen Personen die vorab festgelegten Kriterien des “Alters“ und des “vergangenen OTC-Arzneimittleinkaufs“ wurde das “Face-to-Face“-Interview durchgeführt. Erfüllten die angesprochenen Personen die Kriterien nicht, so wurden nur die soziodemografischen Daten der Nicht-Expertinnen und -Experten erhoben. Die Erfassung erfolgte wissentlich, dass zur Endverbraucherbefragung kein inhaltlicher Beitrag geleistet wurde. Jedoch können bei der späteren Datenauswertung, die Ausfallquoten differenzierter betrachtet werden. Neben der Ausfallquote durch Nicht-Expertinnen und -Experten entsteht zusätzlich eine Ausfallquote durch Teilnahmever-

⁷³ Vgl. Weischer, C. (2007), S.208.

⁷⁴ Vgl. N.N., Statistik-Nord (2012), S.1.

⁷⁵ Vgl. N.N., Statistik-Nord (2012), S.1.

⁷⁶ Vgl. Mayer, H. (2008), S.39.

⁷⁷ Vgl. Mayer, H. (2008), S.41.

⁷⁸ Vgl. Mayer, H. (2008), S.39.

⁷⁹ Vgl. Weischer, C. (2007), S.196.

weigerung⁸⁰. Letztere wurde getrennt dokumentiert. Zur Verdeutlichung der Stichprobenauswahl sowie zum Vergleich der entstandenen Ausfallquoten ist Abbildung 2 beigelegt.

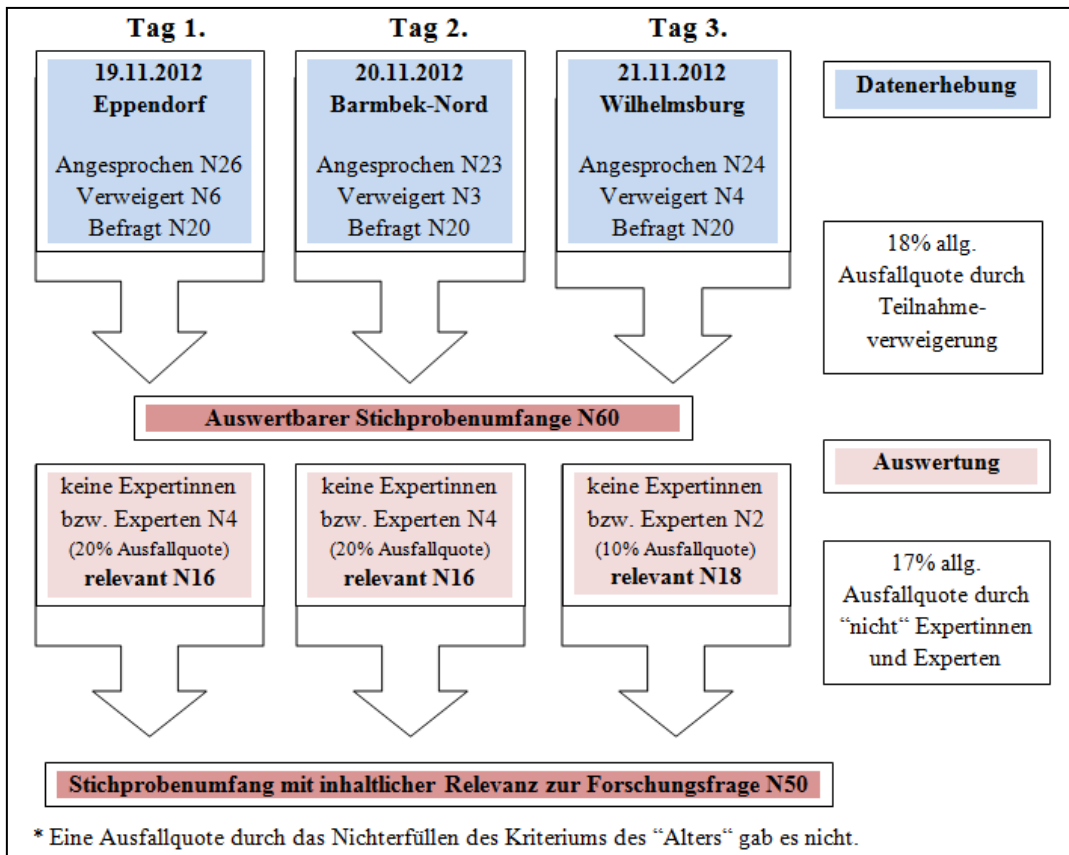


Abbildung 2: Stichprobenumfang im Verhältnis zur Stichprobenauswahl [Quelle: Eigene Darstellung]

Die Endverbraucherbefragung wurde in der Zeit vom 19. - 21. November 2012 durchgeführt. Am Montag wurden in Eppendorf, am Dienstag in Barmbek-Nord und am Mittwoch in Wilhelmsburg jeweils 20 "Face-to-Face"-Interviews geführt (vgl. Abbildung 2). Vorab wurden dafür die 60 Gesprächsleitfäden fortlaufend durchnummeriert und im Anschluss durchgemischt, sodass bei der späteren Dateneingabe kaum Rückschlüsse auf die Befragten möglich sind. An allen Tagen wurde die Befragung um 11 Uhr begonnen und durchschnittlich gegen 14 Uhr beendet. In jeder Befragungssituation wurde versucht eine vertrauenswürdige und anonyme Atmosphäre zu schaffen, indem das "Face-to-Face"-Interview etwas abseits vom Ort der Ansprache geführt wurde. Zur Vermeidung von Verzerrungen wurde inhaltlich nicht vom Text des Gesprächsleitfadens abgewichen und keine persönliche Stellung bezogen⁸¹. Der Zeitrahmen der Endverbraucherbefragung ist aufgrund der gewählten Methode auf zehn Minuten begrenzt. Auf Nachfragen und Verständnisfragen der Befragten wurde kurz geantwortet.

⁸⁰ Vgl. Diekmann, A. (2007), S.418.

⁸¹ Vgl. Mayer, H. (2008), S.100.

3.3 Erhebungsinstrument

Die Wahl des "Face-to-Face"-Interviews begründet sich zum einen in der hohen Wahrscheinlichkeit, den Ist-Zustand zu erheben und zum anderen in der guten Möglichkeit, Zusammenhänge und Abhängigkeiten in Bezug auf den OTC-Arzneimittelvertrieb zu erfassen. Darüber hinaus ist durch die gewählte Befragungsform eine direkte Motivation des Befragten und eine durchgängige Kontrollierbarkeit der Befragungssituation möglich⁸². Zusätzlich weisen "Face-to-Face"-Interviews eine große Nähe zu Alltagsgesprächen auf, wobei die wesentlichen Asymmetrien zwischen Fragenden und Befragten bestehen bleiben. Des Weiteren wird durch Fragen und Nachfragen bei den Befragten ein Eindruck vermieden, dass "gegen die Wand" geredet wird, da Nachfragen als Ausdruck des Interesses fungieren können⁸³. Überdies hat das Nachfragen für beide Seiten die Kontrollfunktion, dass die Aussagen der Befragten richtig verstanden und mitgeschrieben worden sind.

3.4 Fragedimensionen und Konstrukt-Operationalisierung

Dem "Face-to-Face"-Interview liegt ein Gesprächsleitfaden mit eigens formulierten, offenen und geschlossenen Fragen zugrunde (vgl. Tabelle 2). Durch die Mischform der Fragetypen wird versucht dem qualitativen und quantitativen Forschungsansatz gerecht zu werden⁸⁴. Der Gesprächsleitfaden ist nach dem "Trichterprinzip" aufgebaut. Im Kopfteil des Gesprächsleitfadens ist Platz für das Datum und den Stadtteil vorgesehen. Nach dem sich anschließenden Einleitungstext mit der Personenvorstellung, der Erläuterung des Befragungsgrundes und der Befragungsdauer sowie dem Hinweis auf Freiwilligkeit und Anonymität wird neben der Beteiligungsabfrage sowie einer ersten thematischen Einführung mit Frage 1 "Haben Sie in den letzten drei Monaten Arzneimittel gekauft, für die Sie kein Rezept brauchten?" eine Einstiegs- bzw. Filterfrage gestellt. Diese Frage dient somit der Stichprobenselektion nach dem vorab gebildeten Expertenkriterium der vergangenen Apothekeneinkäufe (vgl. 3.2 Stichprobenauswahl und Befragungssituation). Wird diese Frage mit "nein" beantwortet, so wird das "Face-to-Face"-Interview lediglich bis zur Frage 6 fortgesetzt. Direkt im Anschluss an die Einstiegsfrage werden soziodemografische Fragen gestellt. Diese haben zum einen die Funktion der soziodemografischen Datenabfrage, um die Stichprobe zu charakterisieren und zum anderen die Aufgabe der Identifizierung von Einflussfaktoren auf den OTC-Arzneimittleinkauf. Es handelt sich hierbei um ausschließlich geschlossene Fragen, da diese durch ihre Einheitlichkeit die Vergleichbarkeit der Antworten verbessern⁸⁵. Frage 2 "Wie sind Sie krankenversichert?" soll zeigen, ob die Art der Krankenversicherung einen Einfluss auf die Häufigkeit des OTC-Arzneimittleinkaufs der Endverbraucherinnen und Endverbraucher hat. Denn aus den Unterschieden in der Erstattungsfähigkeit resultiert eine abweichende Bedeutung von OTC-

⁸² Vgl. Rossig, W.; Prätsch, J. (2008), S.76.

⁸³ Vgl. Weischer, C. (2007), S.275.

⁸⁴ Vgl. Flick, U. (2009), S.26.

⁸⁵ Vgl. Atteslander, P. (2006), S.139.

Arzneimitteln für die PKV und die GKV⁸⁶. Frage 3 nach dem Geschlecht wird nicht wörtlich gestellt. Stattdessen wird die Antwort durch das Bestimmen des äußerlich erkennbaren sozialen Geschlechts⁸⁷ festgelegt. Die Erfassung dient zur Verdeutlichung von Geschlechterunterschieden im Umgang mit OTC-Arzneimitteln. Frage 4 nach dem Alter ist ebenfalls eine Filterfrage zur Stichprobenselektion (vgl. 3.2 Stichprobenauswahl und Befragungssituation) und sorgt gleichzeitig für eine differenziertere Betrachtung der Befragungsergebnisse. Passt eine der angesprochenen Personen nicht in die vorgegebenen Altersgruppen wird diese Person gesondert erfasst. Frage 5 “Haben Sie Kinder?“ und Frage 6 “Unter 12 Jahre?“ sollen den Einflussfaktor Kinder beleuchten, da Kinder laut SGB V bis zum vollendeten 12. Lebensjahr OTC-Arzneimittel von der GKV erstattet bekommen. Somit besteht die Möglichkeit, dass Endverbraucherinnen und Endverbraucher mit Kindern unter 12 Jahren nur begrenzt OTC-Arzneimittel in Apotheken, Drogeriemärkten usw. kaufen. Ab Frage 7 “Wie oft war das?“ werden den Befragten persönlichere oder schwieriger zu beantwortende Fragen gestellt, da die einzelnen Dimensionen auf den deskriptiven Charakter der Forschungsfragen abgestimmt sind. Diese Frage soll die Häufigkeit des OTC-Arzneimittleinkaufs innerhalb der letzten drei Monate aufzeigen und somit die Relevanz der OTC-Arzneimittleinkäufe für die Endverbraucherinnen und Endverbraucher verdeutlichen. Frage 8 “Wo kaufen Sie Arzneimittel, für die Sie kein Rezept brauchen?“ identifiziert die Bezugsorte von OTC-Arzneimitteln. Dabei soll gleichzeitig die Bedeutung unterschiedlicher Vertriebswege für Endverbraucherinnen und Endverbraucher verdeutlicht werden. Zudem wird nun durchgängig die Antwortoption “Keine Angabe“ eingeführt, um die Befragten vor Überforderung zu schützen. Die Überforderung kann dadurch entstehen, dass bei Wiedererkennens- und Wissensfragen ein “wiedererkennen und sich erinnern“ sowie bei Meinungsfragen “ein sich positionieren“ vom Befragten verlangt wird⁸⁸. Frage 9 “Was ist Ihnen wichtig bei Ihrem Einkauf in ...?“ zeigt zum einen die Erwartungen der Befragten an ihren Bezugsort und gleichzeitig die “weichen“ Entscheidungsfaktoren, die die Wahl von Bezugsorten beeinflussen. An dieser Stelle werden von den Endverbraucherinnen und Endverbrauchern temporäre und subjektive Aussagen getroffen, die sich nur durch offene Fragen kategorisieren lassen. Es handelt sich bei dieser Frage um eine reine Meinungsabfrage. Frage 10 “Was haben Sie in den letzten drei Monaten in ... gekauft?“ soll zeigen, inwieweit die Saisonalität eine Rolle beim OTC-Arzneimittleinkauf spielt. Dazu wurden einzelne vorab festgelegte Indikationsbereiche abgefragt, um das Erinnern für die Endverbraucherinnen und Endverbraucher zu erleichtern. Frage 11 “Wie viel Beratungszeit beanspruchen Sie durchschnittlich pro nicht verschreibungspflichtigem Arzneimittel in der Apotheke?“ versucht die durchschnittliche Beratungszeit, pro nicht gekanntem OTC-Arzneimittel zu ermitteln. Indirekt wird durch diese Frage das Endverbraucher-Berater-Verhältnis beleuchtet. Dies ist jedoch einer Vielzahl von Einflussfaktoren unterworfen. Es spielen z.B. der individuelle Informationsbedarf sowie das eigene Risikoempfinden im Arzneimittelum-

⁸⁶ Vgl. Wild, F. (2010), S.64.

⁸⁷ Vgl. Küppers, C. (2012), S.1.

⁸⁸ Vgl. Mayer, H. (2008), S.92.

gang eine Rolle. Weiterer Faktoren sind, ob Beratungen überwiegend in "Stamm Apotheken" wahrgenommen werden oder welche Erfahrungen mit Apothekenberatungen gemacht wurden. Frage 12 "Kennen Sie aus anderen Ländern die Möglichkeit, Arzneimittel unabhängig von der Apotheke zu erwerben?" und Frage 13 "Welche Länder kennen Sie?" sollen die Kenntnisse der Endverbraucherinnen und Endverbraucher über Arzneimittelvertriebswege in anderen Ländern darstellen. An dieser Stelle fungiert Frage 13 als Kontrollfrage, da die Befragten Frage 12 nur mit "ja" beantworten, wenn Sie die Antwort auf die darauffolgende Frage kennen. Die beiden Fragen haben zusätzlich die Aufgabe, die Betrachtungsweise der Befragten auf die OTC-Arzneimittelvertriebswege zu erweitern. Am Ende des Gesprächsleitfadens wird in Frage 14 "Welche Vorteile sehen Sie für sich, (...)?" und Frage 15 "Welche Nachteile sehen Sie für sich, (...)?" die Meinung der Endverbraucherinnen und Endverbraucher zum Thema "Ausweitung der Aufhebung der Apothekenpflicht für OTC-Arzneimittel" erfragt. Die Meinungsabfragen wurden bewusst am Schluss des Gesprächsleitfadens platziert, da die OTC-Arzneimittelthematik in das Bewusstsein der Befragten vorgedrungen ist und somit zielgerichtete Antworten gegeben werden können. Zur Verdeutlichung der Fragedimensionen und des Fragekonstrukts des Gesprächsleitfadens vergleiche Tabelle 2.

Nr.	Fragedimensionen	Wörtliche Frage	Quelle	Skalierung	Konstrukt
1	Identifizierung der Expertinnen und Experten sowie Identifizierung der Themenrelevanz	Haben Sie in den letzten drei Monaten Arzneimittel gekauft, für die Sie kein Rezept brauchten?	Eigene Fragestellung	1 = ja 2 = nein	Filterfrage und Einstiegsfrage
2	Identifizierung des Bedeutungsgrades	Wie sind Sie krankenversichert?	Eigene Fragestellung	1 = privat 2 = gesetzlich 3 = gar nicht	Soziodemografische Frage
3	Identifizierung des Geschlechts	Geschlecht:	Eigene Fragestellung	1 = weiblich 2 = männlich	Soziodemografische Frage
4	Identifizierung der Expertinnen und Experten Identifizierung des Alters	Wie alt sind Sie?	Bundes-Gesundheits-survey ⁸⁹	1 = 20-29 Jahre 2 = 30-39 Jahre 3 = 40-49 Jahre 4 = 50-59 Jahre 5 = 60-69 Jahre	Filterfrage und soziodemografische Frage
5	Identifizierung von Einflussgröße: Kind	Haben Sie Kinder?	Eigene Fragestellung	1 = ja 2 = nein	Soziodemografische Frage
6	Identifizierung von Einflussgröße: Kind	Unter 12 Jahre?	Eigene Fragestellung	1 = ja 2 = nein	Soziodemografische Frage
7	Identifizierung der Häufigkeiten und Relevanz von OTC-Einkäufen	Wie oft war das?	Eigene Fragestellung	1 = 1-3 mal 2 = 4-6 mal 3 = 7-9 mal 4 = >10 mal 99 = Keine Angabe ⁹⁰	Häufigkeitsfrage
8	Identifizierung der Bezugsorte von OTC-Arzneimitteln	Wo kaufen Sie Arzneimittel, für die Sie kein Rezept brauchen?	WIdo GKV-Versichertenbefragung 2005 ⁹¹	1 = Apotheke 1 = Internet 1 = Drogeriemarkt 1 = Reformhaus 1 = Supermarkt 1 = sonstiges 1 = Keine Angabe	Bezugsortfrage und Wiedererkennungsfra- ge

⁸⁹ Vgl. Knopf, H.; Melchert, H.-U. (2003), S.12.

⁹⁰ Die Antwortoption "Kein Land bekannt" wird dem Befragten nicht mündlich angeboten, sondern dient lediglich der Datenauswertung.

⁹¹ Vgl. Zok, K. (2006), S.6.

9	Endverbraucherpräferenzen in Bezug auf Bezugsort	Was ist Ihnen wichtig bei Ihrem Einkauf in ...?	Eigene Fragestellung	1 = Beratungsqualität 2 = Übersichtlichkeit des Sortiments 3 = Verfügbarkeit der Arzneimittel 4 = Freundlichkeit des Personals 5 = Gute Preise 6 = Qualifiziertes Personal 7 = Kurze Wartezeit 8 = Schnelle Lieferzeit 9 = Verpackungskennzeichnung 10 = Kundenloyalität 99 = Keine Angabe	Erwartungsfrage und Meinungsabfrage
10	Identifizierung der Indikationsbereiche für OTC-Arzneimittel und der Einflussgröße: Saisonalität	Was haben Sie in den letzten drei Monaten in ... gekauft?	Wido GKV-Versichertenbefragung 2005	x = Husten- und Erkältungsmittel x = Schmerzmittel x = Vitamine, Mineralstoffe und Stärkungsmittel x = Magen- und Verdauungsmittel x = Herz-, Kreislauf- und Venenmittel x = Beruhigungs- und Schlafmittel x = Allergiemittel x = andere Arzneimittel	Indikationsbereich Frage und Wiedererkennungsfrage
11	Identifizierung der Beratungsnotwendigkeit	Wie viel Beratungszeit beanspruchen Sie durchschnittlich pro nicht verschreibungspflichtigem Arzneimittel in der Apotheke?	Eigene Fragestellung	1 = weniger als 5 Minuten 2 = 5 bis 10 Minuten 3 = mehr als 10 Minuten 99 = Keine Angabe	Beratungsbedarf Frage und Endverbraucher – Berater-Verhältnis
12	Identifizierung der Endverbraucherkenntnisse über Arzneimittelvertriebswege in anderen Ländern	Kennen Sie aus anderen Ländern die Möglichkeit, Arzneimittel unabhängig von der Apotheke zu erwerben?	Eigene Fragestellung	1 = ja 2 = nein 99 = Keine Angabe	Wissensfrage
13	Identifizierung der Länder	Welche Länder kennen Sie?	Eigene Fragestellung	1 = Niederlande 2 = England 3 = USA 4 = Spanien 5 = Griechenland 6 = Türkei 7 = Polen 99 = Kein Land bekannt ⁹²	Kontrollfrage zur Wissensfrage
14	Identifizierung der Vorteile für die Endverbraucherinnen und die Endverbraucher	Welche Vorteile sehen Sie für sich, wenn einige nicht rezeptpflichtige Arzneimittel von der Apothekenpflicht ausgenommen werden und somit im freien Handel erhältlich sind?	Eigene Fragestellung	1 = Längere Öffnungszeiten 2 = Günstigere Preise 3 = Bündelung der Einkäufe 4 = Eigene Auswahlmöglichkeiten 5 = Bessere Erreichbarkeit 99 = Keine Angabe	Meinungsfrage
15	Identifizierung der Nachteile für die Endverbraucherinnen und die Endverbraucher	Welche Nachteile sehen Sie für sich, wenn einige nicht rezeptpflichtige Arzneimittel von der Apothekenpflicht ausgenommen werden und somit im freien Handel erhältlich sind?	Eigene Fragestellung	1 = Keine Beratung 2 = Mehraufwand bei Informationsbeschaffung 3 = Kein qualifiziertes Personal 4 = Keine Zeit für Beratung 5 = OTC-Einkaufsmenge steigt 6 = Kein Vertrauen in die Arzneimittel 7 = Keine soziale Interaktion 99 = Keine Angabe	Meinungsfrage

Tabelle 2: Konstrukt-Operationalisierung des Gesprächsleitfadens [Quelle: Eigene Darstellung]

⁹² Die Antwortoption "Keine Angabe" wird dem Befragten generell nicht mündlich angeboten, sondern dient lediglich der Datenauswertung.

Es wurden drei Pre-Tests durchgeführt, um die Verständlichkeit und Zielgerichtetheit der Leitfragen sowie die Interviewdauer zu prüfen. Darüber hinaus dienten die Pre-Tests zur Prüfung der vorab gebildeten Antwortoptionen, wie z.B. in Frage 7-8 oder 10-11. Die Prüfung bezog sich auf Eindeutigkeit, Ausschließlichkeit und Vollständigkeit⁹³. Dabei wurden einige Fragen in der Formulierung angepasst. Allgemein kann gesagt werden, dass alle Fragen so formuliert wurden, dass für deren Verständnis kein Fachwissen erforderlich ist.

3.5 Datenbearbeitung

Nach der Datenerhebung erfolgte die Eingabe der Gesprächsleitfadenergebnisse in das Auswertungsprogramm Microsoft Excel 2007. Die Aufbereitung und Analyse der Datensätze erfolgte ebenfalls in diesem Programm. Während der Datenerhebung erfolgte eine permanente Rücklaufkontrolle der Gesprächsleitfäden auf Vollständigkeit und Plausibilität⁹⁴. Somit konnten Unvollständigkeiten, Unklarheiten sowie andere Mängel bei den Antworten der Befragten ausgeschlossen werden. Im nächsten Schritt wurden die erhobenen Daten durch Kodierung und Kategorisierung aufbereitet. Dabei wurden in einem leeren Gesprächsleitfaden die Antwortoptionen der geschlossenen Fragen in Ziffern kodiert und somit eine Nominal-Skalierung gebildet. Die skalenmäßige Einstufung der Antwortoptionen erfolgt durch den Fragenden⁹⁵. Die Ziffern der Skalierung bedeuten lediglich die Zuordnungen zu verschiedenen Antworten (vgl. Tabelle 2) und keine wirkliche zahlenmäßige Aussage, wie z.B. Reihung oder Größenangabe. Bei den offenen Fragen wurde eine Kategorisierung der gegebenen Antworten vorgenommen, um die anschließende Datenanalyse zu erleichtern. Dafür wurden ähnliche inhaltliche Aussagen zu einer Antwortkategorie zusammengefasst⁹⁶ (vgl. Tabelle 3).

Nr.	Wörtliche Frage	Antwortkategorie/ Skalierung	Gegebene Antworten ⁹⁷
9	Was ist Ihnen wichtig bei Ihrem Einkauf in ...?	1 = Beratungsqualität	Dass ich eine gute Beratung bekomme. Eine gute Beratungsqualität. Dass Informationen schnell und gut wiedergegeben werden.
		2= Übersichtlichkeit des Sortiments	Dass ich das Arzneimittel gleich in der Apotheke sehe. Dass die Apotheke ordentlich ist.
		3 = Verfügbarkeit der Arzneimittel	Dass das Arzneimittel da ist. Dass das Arzneimittel von der Apotheke vorrätig gehalten wird. Dass ich nicht wiederkommen muss.
		4 = Freundlichkeit des Personals	Dass mich die Apothekerin bzw. der Apotheker freundlich empfängt und berät. Dass ich angelächelt werde. Dass das Personal freundlich ist.
		5 = Gute Preise	Faire Preise. Dass der Preis nicht zu hoch ist.

⁹³ Vgl. Atteslander, P. (2006), S.279.

⁹⁴ Vgl. Atteslander, P. (2006), S.281.

⁹⁵ Vgl. Atteslander, P. (2006), S.215.

⁹⁶ Vgl. Flick, U. (2009), S.67.

⁹⁷ Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurden keine Quellenverweise angegeben.

		6 = Qualifiziertes Personal	Dass ich Antworten auf meine Fragen bekomme. Dass ich neue Informationen erhalte. Dass das Personal qualifiziert ist.
		7 = Kurze Wartezeit	Dass ich nicht lange in der Apotheke warten muss. Dass es schnell geht. Dass ich nicht anstehen muss.
		8 = Schnelle Lieferzeit	Dass, wenn das Arzneimittel nicht vorrätig ist, ich es schnell nachgeliefert bekomme.
		9 = Verpackungskennzeichnung	Dass auf der Arzneimittelverpackung alle wichtigen Informationen drauf stehen.
		10 = Kundenloyalität	Dass mir nicht Irgendwas verkauft wird, was ich nicht brauche.
		99 = Keine Angabe	Mir ist nichts wichtig etc.
14	Welche Vorteile sehen Sie für sich, wenn einige nicht rezeptpflichtige Arzneimittel von der Apothekenpflicht ausgenommen werden und somit im freien Handel erhältlich sind?	1 = Längere Öffnungszeiten	Bessere Öffnungszeiten, denn Drogerien und Supermärkte haben oft bis mindestens 20 Uhr auf. Ich kann dann meine Arzneimittel auch nach der Arbeit kaufen.
		2 = Günstigere Preise	Dass der Preis durch den Vertrieb im Einzelhandel sinkt. Dass es billiger wird. Dass die Preise günstiger werden.
		3 = Bündelung der Einkäufe	Ich kann dann meine Arzneimittel mit den restlichen Dingen zusammen kaufen. Zeitersparnis, da ich die Einkaufsorte zusammenlegen kann. Dann müsste ich nicht extra zur Apotheke fahren.
		4 = Eigene Auswahlmöglichkeiten	Ich kann meine Arzneimittel selbst auswählen. Ich muss nicht das Arzneimittel nehmen, was mir empfohlen wurde. Ich kann selbst entscheiden, was ich kaufe.
		5 = Bessere Erreichbarkeit	Ich könnte meine Arzneimittel besser besorgen, da ich keine Apotheke in der Nähe habe. Ich muss nicht zur Apotheke, der Supermarkt und die Drogerie sind näher.
		99 = Keine Angabe	Für mich würden keine Vorteile entstehen. Nein, ich würde trotzdem weiter in der Apotheke kaufen.
		15	Welche Nachteile sehen Sie für sich, wenn einige nicht rezeptpflichtige Arzneimittel von der Apothekenpflicht ausgenommen werden und somit im freien Handel erhältlich sind?
2 = Mehraufwand bei Informationsbeschaffung	Ich muss alle Informationen selbst recherchieren. Dann muss ich mir die Beipackzettel und Arzneimittelverpackungen durchlesen.		
3 = Kein qualifiziertes Personal	Keine qualifizierte Beratung mehr. Dass ich nicht mehr fachgerecht beraten werde. Dass Fehler bei der Anwendung entstehen, weil ich nicht richtig informiert worden bin.		
4 = Keine Zeit für Beratung	Dass das Personal hat keine Zeit für Beratung hat. Dass ich nicht beraten werde, da niemand Zeit hat.		
5 = OTC-Einkaufsmenge steigt	Ich würde wahrscheinlich mehr OTC-Arzneimittel kaufen.		
6 = Kein Vertrauen in die Arzneimittel	Es werden mehr Plagiate verkauft. Es gibt mehr "Nachahmer-Firmen".		
7 = Keine soziale Interaktion	Ich hätte weniger Kontakt zu meiner Stammapotheke. Ich hätte weniger nette Gespräche mit meiner Apothekerin.		
99 = Keine Angabe	Für mich würden keine Vorteile entstehen. Ich bin noch geistig auf der Höhe, also nein.		

Tabelle 3: Kategorisierungstabelle [Quelle: Eigene Darstellung]

Für die offenen Fragen wurde somit eine nachgelagerte Kodierung vorgenommen. Dies bedeutet, dass bei jeder neuen Antwort, die nicht in eine bestehende Antwortkategorie passt, die existierende Skalierung um eine Ziffer erweitert wurde. Zur Dateneingabe wurden die kodierten Ziffern direkt in die "Excel-Datenmaske" eingegeben. Im Anschluss wurde der Datensatz mithilfe von Häufigkeitsauszählungen auf fehlerhafte Eingaben geprüft⁹⁸.

3.6 Datenanalyse

Neben der Auswertung anhand der Forschungsfrage wurde eine Ausfallquoten-Analyse durchgeführt. Dazu wurde zuerst die Ausfallquote durch Teilnahmeverweigerung berechnet. Grundlage war die absolute Anzahl der angesprochenen Personen. Zusätzlich wurde die Ausfallquote durch Nicht-Expertinnen und -Experten nach der Anzahl der vorliegenden Gesprächsleitfäden berechnet. Eine Ausfallquote durch das Nichterfüllen des Kriteriums des "Alters" gab es nicht. Die Ausfallquoten werden prozentual dargestellt (vgl. Abbildung 2). Bei der anschließenden statistischen Auswertung der Forschungsfrage wird mit einer ausführlichen Beschreibung der Stichprobe begonnen. Im Weiteren werden die einzelnen Fragekonstrukte des Gesprächsleitfadens deskriptiv analysiert (vgl. Tabelle 2). Dabei wurden Häufigkeitsberechnungen der einzelnen Variablen für sich sowie in Abhängigkeit zu anderen vorgenommen. Alle ausgewerteten Variablen unterliegen einem nominalen Datenniveau und werden univariat dargelegt, um ihre Verteilung in der untersuchten Stichprobe zu berechnen⁹⁹. Auf die Bestimmung der Maße der zentralen Tendenz und der Streuung wird an dieser Stelle verzichtet, da diese keinen maßgeblichen Beitrag zur inhaltlichen Präsentation der Ergebnisse liefern. Stattdessen wird die Stichprobenverteilung der relevanten Variablen in Diagrammen umgesetzt. Die Ergebnisauswertung erfolgt im ersten Schritt auf die Anzahl aller Befragten (N60) und kann nicht auf die Grundgesamtheit Deutschlands bezogen werden. Im zweiten Schritt der Ergebnisauswertung wird eine reduzierte Stichprobe (N50) zugrunde gelegt, zumal die hier erhobenen Daten einzig der Ergründung der Forschungsfrage dienen (vgl. Abbildung 2). Zur Einführung in den Ergebnisteil der Endverbraucherbefragung werden im Folgenden die methodischen Grunddaten aufgelistet (vgl. Tabelle 4).

Studiendesign	Deskriptive Querschnittstudie
Hauptfragestellung	Wie wird eine Ausweitung der Aufhebung der Apothekenpflicht für definierte OTC-Arzneimittel von Hamburger Endverbraucherinnen und Endverbrauchern gesehen?
Befragte Personen	Frauen und Männer im Alter von 20- 69 Jahren

⁹⁸ Vgl. Flick, U. (2009), S.157.

⁹⁹ Vgl. Flick, U. (2009), S.158.

Merkmale der Stichprobe (Expertenkriterien)	Einkauf von OTC-Arzneimitteln innerhalb der letzten drei Monate, Alter, Befragungsort
Erhebungsmethode	Leitfadenbasiertes "Face-to-Face"-Interview
Zeitpunkt	19. - 21. November 2012
Stadtteile	Eppendorf, Barmbek-Nord, Wilhelmsburg
Einwilligung	Hinweis auf freiwillige und anonyme Teilnahme, mündliche Einverständniserklärung
Untersuchungsinstrument	Der Gesprächsleitfaden bestehend aus eigenen und durch die Literatur motivierten Fragen, N60
Auswertungsprogramm	Microsoft Excel 2007
Zielkriterien	<p>Abbildung der Häufigkeit des OTC-Arzneimittleinkaufs innerhalb der letzten drei Monate.</p> <p>Ermittlung von relevanten Bezugsorte für OTC-Arzneimitteln für Endverbraucherinnen und Endverbraucher.</p> <p>Darstellung der Endverbraucherpräferenzen beim OTC-Arzneimittelkauf innerhalb der genannten Bezugsorte.</p> <p>Ermittlung der Indikationsbereiche innerhalb der genannten Bezugsorte.</p> <p>Abbildung der durchschnittlich beanspruchten Beratungszeit.</p> <p>Darstellung der Endverbraucherkenntnisse über Arzneimittelvertriebswege in anderen Ländern.</p> <p>Abbildung der Vor- und der Nachteile der Endverbraucherinnen und Endverbraucher bei Ausweitung der Aufhebung der Apothekenpflicht.</p>
Methoden der Datenauswertung	<p>Ermittlung von Ausfallquote</p> <p>Ermittlung von Häufigkeiten</p>

Tabelle 4: Tabellarische Zusammenstellung der methodischen Grunddaten [Quelle: Eigene Darstellung]

4. Ergebnisse

4.1 Stichprobenbeschreibung

Es wurden insgesamt 73 Personen in drei unterschiedlichen Stadtteilen angesprochen (vgl. Abbildung 2). Davon haben 60 Personen (in jedem Stadtteil 20 Personen) tatsächlich an der Endverbraucherbefragung teilgenommen. Dies entspricht einer Befragungsbeteiligung von 82%. Für die einzelnen Stadtteile bedeutet das, dass in Eppendorf 77%, in Barmbek-Nord 87% und in Wilhelmsburg 83% der angesprochenen Personen an der Endverbraucherbefragung teilgenommen haben.

In der nachfolgenden Ergebnisbeschreibung wird zu Beginn von einem Stichprobenumfang N60 ausgegangen, da in jedem Stadtteil 20 "Face-to-Face"-Interviews durchgeführt und nur diese in den Auswertungsdatensatz eingegeben wurden. Von den 60 Befragten erfüllen jedoch nur 50 Endverbraucherinnen und Endverbraucher das Expertenkriterium des "vergangenen OTC-Arzneimittleinkaufs" und bilden somit einen Stichprobenumfang von N50 mit inhaltlicher Relevanz für die Forschungsfrage sowie eine Ausfallquote von 17% durch Nicht-Expertinnen und -Experten. Das Kriterium des "Alters" wurde von allen 60 Befragten erfüllt. Differenziert man die Gesamtanzahl der Expertinnen und Experten nach Stadtteilen, so wird deutlich das in Eppendorf und Barmbek-Nord 16 Befragte und in Wilhelmsburg 18 Befragte die Expertenkriterien erfüllten (vgl. Abbildung 2). Bei Betrachtung der Altersverteilung der Stichprobe wird deutlich, dass jede Altersgruppe zu ähnlichen Anteilen vertreten ist. Die prozentuale Teilnahme der Altersgruppe der 20-29 Jährigen beträgt 20%, die der 30-39 Jährigen 22%, die der 40-49 Jährigen 23% und die der 50-59 Jährigen 22%. Nur die Altersgruppe der 60-69 Jährigen ist mit 13% etwas unterrepräsentiert. Des Weiteren haben an der Endverbraucherbefragung 35 Frauen und 25 Männer teilgenommen. Genauer betrachtet wurden in Eppendorf 13 Frauen und 7 Männer, in Barmbek-Nord 10 Frauen und 10 Männer und in Wilhelmsburg 12 Frauen und 8 Männer befragt. Von den insgesamt 60 Endverbraucherinnen und Endverbrauchern hatten 35 Befragte Kinder und davon 11 Personen Kinder unter 12 Jahren. Zudem sind 15% der Befragungsteilnehmerinnen und Befragungsteilnehmer privat und 85% gesetzlich versichert.

4.2 Häufigkeiten des OTC-Arzneimittleinkaufs

61% der Endverbraucherinnen und Endverbraucher haben 1- bis 3-mal OTC-Arzneimittel innerhalb der letzten drei Monate gekauft. Des Weiteren haben 22% der Befragten 4- bis 6-mal OTC-Arzneimittel im vorgegebenen Zeitraum gekauft. Die Antwortoption 7- bis 9-mal und mehr als 10-mal wurden von den Befragten nicht ausgewählt und entfallen somit. 17% der angesprochenen Personen konnten keine Angabe zur Häufigkeit des OTC-Arzneimittleinkaufs machen, da die Einstiegsfrage (vgl. Tabelle 3) mit "nein" beantwortet und somit das "Face-to-Face"-Interview nur bis zur Frage 6 durchgeführt wurde. Bei den nachfolgenden Ergebnisbetrachtungen und Diagrammen wird fortan ein Stichprobenumfang von N50 zugrunde gelegt, zumal die anschließenden Er-

gebnisse einzig von Expertinnen und Experten erhoben wurden und einzig der Ergründung der Forschungsfrage dienen (vgl. Abbildung 2). Die Häufigkeiten des OTC-Arzneimittleinkaufs differenziert nach Stadtteilen stellt sich wie folgt dar: In den Stadtteilen Eppendorf und Barmbek-Nord haben jeweils 14 Personen 1- bis 3-mal und 2 Personen 4- bis 6-mal OTC-Arzneimittel innerhalb der letzten drei Monate gekauft, während in Wilhelmsburg jeweils 9 Befragte 1- bis 3-mal sowie 4- bis 6-mal OTC-Arzneimittel innerhalb der letzten drei Monate gekauft haben. Somit wurden in Wilhelmsburg am häufigsten OTC-Arzneimittel gekauft.

Von den 37 Endverbraucherinnen und Endverbrauchern, die 1-3mal OTC-Arzneimittel gekauft haben, sind 6 Personen privat und 31 Personen gesetzlich versichert. Von den insgesamt 13 Endverbraucherinnen und Endverbrauchern, die 4- bis 6-mal OTC-Arzneimittel gekauft haben, ist eine Person privat und sind 12 Personen gesetzlich versichert. Von den insgesamt 35 Frauen haben 23 Frauen 1- bis 3-mal und 7 Frauen 4- bis 6-mal OTC-Arzneimittel gekauft. Dagegen haben von den insgesamt 25 Männern 14 Männer 1- bis 3-mal und 6 Männer 4-bis 6-mal OTC-Arzneimittel gekauft. Zusätzlich wurde die Kaufhäufigkeit nach Altersgruppen ausgewertet (vgl. Abbildung 3). Vorab ist zu erwähnen, dass in der Altersgruppe von 40-49 Jahr (13 Antworten) am häufigsten OTC-Arzneimittel eingekauft wurden. Während die Altersgruppen 20-29 Jahre (10 Antworten), 30-39 Jahre (11 Antworten) und 50-59 Jahre (11 Antworten) zu ähnlichen Anteilen vertreten waren. Einzig in der Altersgruppe 60-69 Jahre wurden nur 5 Antworten gegeben, was an der geringen Befragtenanzahl von 8 Personen liegt. Bezogen auf die Häufigkeit des OTC-Arzneimittleinkaufs zeigt die Altersgruppenverteilung, dass in allen Altersgruppen die Kaufhäufigkeit 1- bis 3-mal am häufigsten ausgewählt wurde. Nur in den Altersgruppe 50-59 Jahre und 60-69 Jahre wurde die Kaufhäufigkeit 4- bis 6-mal, nahezu genauso oft wie die Kaufhäufigkeit 1- bis 3-mal angegeben.

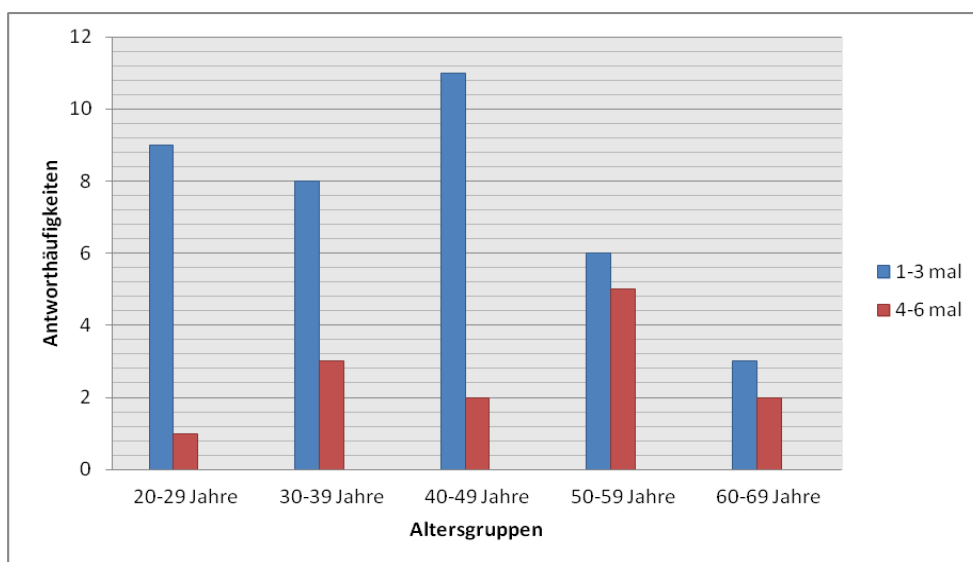


Abbildung 3: Häufigkeit des OTC-Arzneimittleinkaufs nach Altersgruppen [Quelle: Eigene Darstellung]

Überdies wurden die Enderbraucherinnen und Endverbraucher nach Kindern unter 12 Jahren gefragt. Von den 11 Befragten mit Kindern unter 12 Jahren, haben 7 Personen eine Kaufhäufigkeit von 1- bis 3-mal und 3 Befragte eine Kaufhäufigkeit von 4- bis 6-mal angegeben. Von den verbleibenden 49 Endverbraucherinnen und Endverbraucher, die keine Kinder unter 12 Jahren haben, gaben 30 Befragte eine Kaufhäufigkeit von 1- bis 3-mal und 10 Befragte eine Kaufhäufigkeit von 4- bis 6-mal an. 9 Endverbraucherinnen und Endverbraucher haben keine Angabe gemacht, da sie das Expertenkriterium des “vergangenen OTC-Arzneimittleinkaufs“ nicht erfüllten.

4.3 Bezugsorte, Endverbraucherpräferenzen und Indikationsbereiche

85% der Endverbraucherinnen und Endverbraucher beziehen ihre OTC-Arzneimittel aus der Apotheke. 7% der Befragten beziehen ihre OTC-Arzneimittel im Internet, 6% kaufen im Drogeriemarkt und 2% kaufen im Supermarkt. An dieser Stelle muss angemerkt werden, dass Mehrfachnennungen möglich waren. Zusätzlich wurden die Endverbraucherpräferenzen beim OTC-Arzneimittleinkauf erfasst (vgl. Abbildung 4). Bei der Frage nach den wichtigsten Präferenzen beim OTC-Arzneimittleinkauf wurde die “Beratungsqualität“ (33 Antworten) am häufigsten genannt. Als zweitwichtigste Präferenz wurde “Gute Preise“ (13 Antworten) angegeben. Nachfolgend ist den Endverbraucherinnen und Endverbrauchern die “Verfügbarkeit der Arzneimittel“ (9 Antworten), die “Freundlichkeit des Personals“ (9 Antworten) und ein “Qualifiziertes Personal“ (7 Antworten) wichtig. Infolgedessen haben Präferenzen wie “Kurze Wartezeiten“ (4 Antworten), “Übersichtlichkeit des Sortiments“ (3 Antworten), “Schnelle Lieferzeiten“ (3 Antworten) sowie die “Verpackungskennzeichnung“ (2 Antworten) und die “Kundenloyalität“ (1 Antwort) nur eine geringe Bedeutung. Es wurden insgesamt 84 Antworten gegeben, da hier Mehrfachantworten möglich waren. Demzufolge durften die Endverbraucherinnen und Endverbraucher pro genutztem Bezugsort zwei Präferenzen nennen.

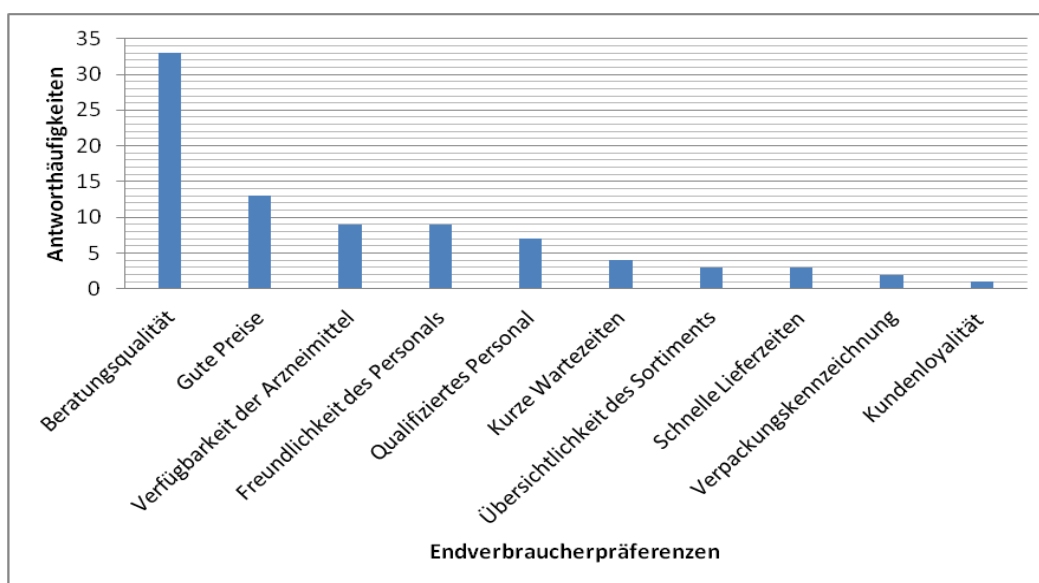


Abbildung 4: Verteilung der Endverbraucherpräferenzen [Quelle: Eigene Darstellung]

Eine detaillierte Auswertung der Endverbraucherpräferenzen nach den angegebenen Bezugsorten erfolgt zu einem späteren Zeitpunkt (vgl. 5.2 Ergebnisdiskussion).

Zudem wurden die Befragten innerhalb ihres angegebenen Bezugsorts nach den Indikationsbereichen der gekauften OTC-Arzneimittel befragt (vgl. Abbildung 5). Die von den Endverbraucherinnen und Endverbrauchern am häufigsten genannten OTC-Arzneimittel gegen Husten und Erkältung (37 Antworten), gegen Schmerzen (32 Antworten) sowie gegen Magen- und Darmprobleme (14 Antworten) werden hauptsächlich in der Apotheke und im Internet gekauft. Nur die am dritthäufigsten bezogenen Vitamine, Mineralstoffe und Stärkungsmittel (15 Antworten) beziehen die Befragten auch in Drogerie- oder Supermärkten. Die von den befragten Personen genannten anderen Medikamente beinhalten OTC-Arzneimittel, die nicht durch die hier aufgelisteten Indikationsbereiche abgedeckt werden konnten. Diese sind z.B. Herpessalbe, Vitamin-A-Säurecremes, ABC-Wärmepflaster oder einige homöopathische Arzneimittel.

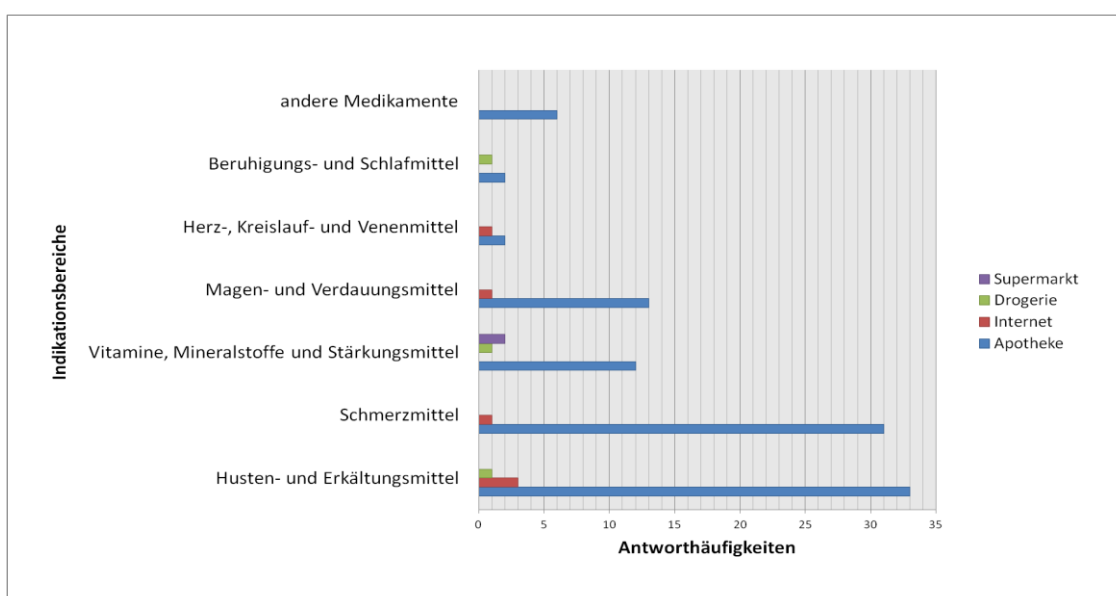


Abbildung 5: Indikationsbereiche der gekauften OTC-Arzneimittel nach Bezugsorten [Quelle: Eigene Darstellung]

4.4 Beratungszeit und Arzneimittelvertriebswege in anderen Ländern

Des Weiteren wurde mittels der Endverbraucherbefragung die durchschnittlich in Anspruch genommene Beratungszeit ermittelt. Dabei nehmen 30 Befragte (60%) eine Beratungszeit von weniger als 5 Minuten in Anspruch und lediglich 19 Befragte (38%) lassen sich 5 bis 10 Minuten, bei nicht gekannten OTC-Arzneimitteln beraten. Nur eine Person lässt sich mehr als 10 Minuten beraten. Bei differenzierter Betrachtung nach Altersgruppen zeigt sich, dass in der Altersgruppe von 40-49 Jahren sowie in der Altersgruppe von 50-59 Jahren die genutzten Beratungszeiten (weniger als 5 Minuten und 5 bis 10 Minuten), im Gegensatz zu den vorherigen prozentualen Verteilungen in den Altersgruppen, nahezu gleich verteilt sind. Ferner wurde der Kenntnisstand der Befragten

über Arzneimittelvertriebswege in anderen Ländern erhoben (vgl. Abbildung 6). Von den 50 Expertinnen und Experten kennen 31 Personen (62%) die Möglichkeit OTC-Arzneimittel unabhängig von der Apotheke zu erwerben. Die USA (11 Antworten) wurde am häufigsten genannt, am zweithäufigsten Länder wie die Niederlande (7 Antworten) und die Türkei (5 Antworten). Die restlichen Antworten verteilen sich der Reihenfolge nach auf die Länder Polen, England, Spanien und Griechenland. 19 Befragte (38%) kennen nicht die Möglichkeit, Arzneimittel unabhängig von der Apotheke zu erwerben und haben deshalb kein Land genannt.

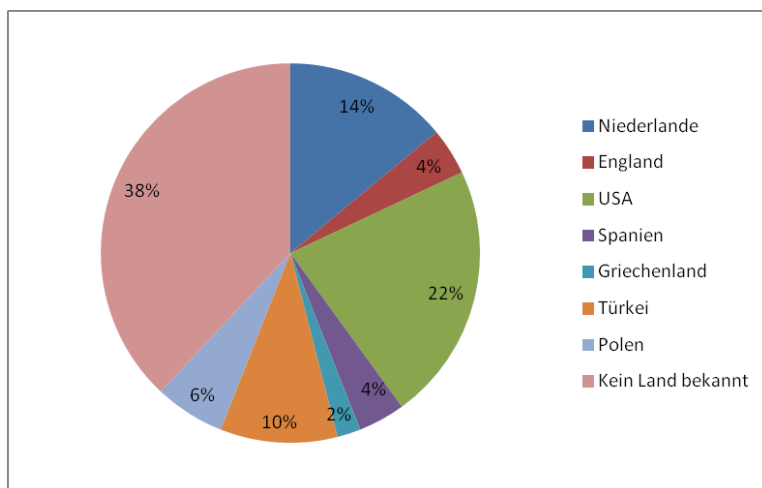


Abbildung 6: Länder, in denen Arzneimittel unabhängig von der Apotheke verkauft werden [Quelle: Eigene Darstellung]

4.5 Vor- und Nachteile

Abschließend wurden in der Endverbraucherbefragung die Vor- und Nachteile zur Ausweitung der Aufhebung der Apothekenpflicht erhoben (vgl. Abbildung 7 und 8). Die Endverbraucherinnen und Endverbraucher hatten die Möglichkeit jeweils drei Vor- und Nachteile zu benennen. Folglich haben die 50 Befragten insgesamt 60-mal Vorteile und 34-mal Nachteile aufgezählt. „Günstigere Preise“ (21 Antworten) und „Bündelung der Einkäufe“ (20 Antworten) wurden als häufigste Vorteile angegeben. Vorteile wie „Längere Öffnungszeiten“ (7 Antworten), „Bessere Erreichbarkeit“ (6 Antworten) und „Eigene Auswahlmöglichkeit“ (6 Antworten) verteilen sich zu ähnlichen Anteilen auf die verbliebenen 19 Antworten.

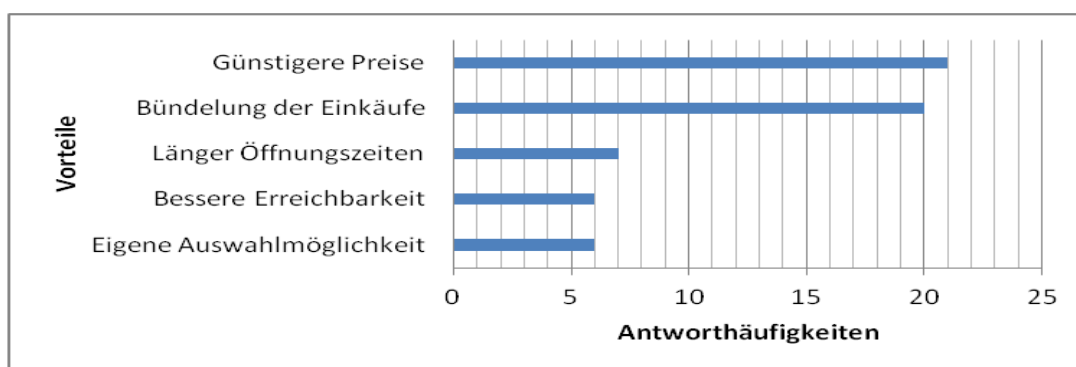


Abbildung 7: Deskriptiv erhobene Endverbrauchervorteile [Quelle: Eigene Darstellung]

Als häufigster Nachteil wurde „Keine Beratung“ (12 Antworten) angegeben. Anschließend wurde der „Mehraufwand bei der Informationsbeschaffung“ (8 Antworten) und „Kein qualifiziertes Personal“ (5 Antworten) genannt. Die Nachteile „Keine soziale Interaktion“ (3 Antworten), „Kein Vertrauen in die Arzneimittel“ (2 Antworten), „OTC-Einkaufsmenge steigt“ (2 Antworten) und „Keine Zeit für Beratung“ (2 Antworten) verteilen sich zu ähnlichen Anteilen auf die verbliebenen 9 Antworten.

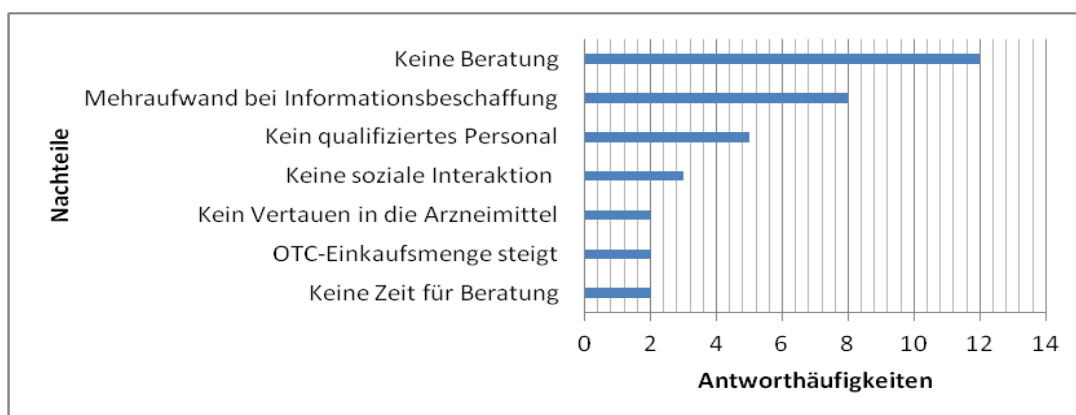


Abbildung 8: Deskriptiv erhobene Endverbrauchernachteile [Quelle: Eigene Darstellung]

5. Diskussion

5.1 Methodendiskussion

Die vorliegende Bachelorarbeit befasst sich mit der Ausweitung der Aufhebung der Apothekenpflicht von OTC-Arzneimittel in Deutschland. Dazu wurde neben einer ausführlichen Literaturrecherche ebenfalls eine Internetrecherche mit Stichwortsuche gemacht. Im Rahmen dieser Bachelorarbeit ist eine deskriptive Querschnittstudie in Form einer Endverbraucherbefragung durchgeführt worden. Querschnittsdesigns zeichnen sich einerseits durch schnelle Durchführung sowie geringe Kosten aus, erheben aber andererseits nur Momentaufnahmen, deren Ergebnisgeltungen zeitlich begrenzt sind¹⁰⁰. Die Befragung erfolgte mittels eines leitfadenbasierten "Face-to-Face"-Interviews, das aus offenen und geschlossenen Fragen besteht. Die Vorteile dieses explorativen Vorgehens ist, dass auch qualitative Aspekte wie Wertung und Beziehungen von befragten Personen erhoben werden. Als nachteilig zu erwähnen ist, dass der Objektbereich in der Regel stark begrenzt ist¹⁰¹. Die Stichprobe wurde durch eine "Vorab-Festlegung" definiert und durch "Expertenkriterien" im Gesprächsleitfaden selektiert. Ähnlich wie bei der Quotenstichprobe stellt sich dabei das Problem, dass es zu Schwierigkeiten bei der Gewinnung von Interviewpartnern kommt¹⁰². Darüber hinaus greift an dieser Stelle der Selektionsbias, da nicht alle Personen der Grundgesamtheit die Möglichkeit haben an der Endverbraucherbefragung teilzunehmen¹⁰³. Des Weiteren reduziert sich der Stichprobenumfang durch die Eingrenzung der Stichprobe. Ferner handelt es sich um keine Zufallsauswahl. Somit lässt sich die Gültigkeit der Ergebnisse nicht mehr wahrscheinlichkeitstheoretisch begründen¹⁰⁴. Überdies kann nicht von einer repräsentativen Stichprobe ausgegangen werden, da keine Ausschöpfungsquote oder notwendige Stichprobengröße durch Berechnungen bestimmt wurden. Zudem wurde die Endverbraucherbefragung an drei aufeinander folgenden Tagen im Monat November von jeweils 11 bis 14 Uhr durchgeführt. Die Durchführung der Endverbraucherbefragung erfolgte durch meine Person, was trotz des randomisierten einstufigen Auswahlvorgangs einen starken Einfluss auf die Stichprobenauswahl haben kann. Von 73 angesprochenen Personen haben 60 an der Befragung teilgenommen, dies entspricht einer Befragungsbeteiligung von 82%. Mögliche Gründe für die Nichtteilnahme könnten Desinteresse, Zeitdruck oder Themendiskrepanz sein. Zusätzlich könnte der Befragungsmonat November einen Einfluss auf die Antworten haben, zumal die Erkältungssaison im Monat November beginnt. Als Befragungsort wurden drei Hamburger Stadtteile gewählt, um maximale Unterschiede hinsichtlich der Einkommensstruktur Hamburgs abzubilden. Diese Absicht konnte durch die Studie nicht realisiert werden, da vorausgesetzt wurde, dass die angesprochenen Personen auch in diesen Stadtteilen leben. Dies hätte mittels Postleitzahl-

¹⁰⁰ Vgl. Flick, U. (2009), S.81.

¹⁰¹ Vgl. Atteslander, P. (2006), S.56.

¹⁰² Vgl. Weischer, C. (2007), S.208.

¹⁰³ Vgl. Atteslander, P. (2006), S.260.

¹⁰⁴ Vgl. Atteslander, P. (2006), S.259.

abfrage oder Personalausweiskontrolle umgesetzt werden müssen. Außerdem ist anzumerken, dass nur im städtischen Umfeld befragt wurde und somit die Befragungsergebnisse nicht für ganz Hamburg generalisierbar sind. Die Datenerhebung erfolgte methodisch, in Form eines teilstrukturierten und problemzentrierten "Face-to-Face"-Interviews. Allerdings stellt die Anwesenheit der Interviewerin bzw. des Interviewers einen Verzerrungsfaktor dar, der unter anderem aus der sozialen Erwünschtheit des Befragten resultiert und zu bewussten oder unbewussten Anpassungsmechanismen führen kann¹⁰⁵. Zur Vermeidung wurde versucht inhaltlich nicht vom Text des Gesprächsleitfadens abzuweichen und keine persönliche Stellung zu beziehen, jedoch lässt sich eine Verzerrung der Ergebnisse nicht ausschließen. Des Weiteren stellt die Befragungsform der Teilstrukturiertheit eine hohe Anforderung an die Sozial- und Sprachkompetenzen der Interviewerin bzw. des Interviewers. Ergänzend hat die Problemzentriertheit den Nachteil, dass das nötige Vorwissen trotz "Expertenkriterien" nicht bei allen Interviewpartnern vorausgesetzt werden kann¹⁰⁶. Neben der erwähnten Verzerrung durch die soziale Erwünschtheit kann es im Zuge der Befragung zusätzlich zu Schätzungsproblemen basierend auf dem Recall Bias sowie zu Fragereiheneffekten kommen. Bei den Fragereiheneffekten handelt sich um Nebeneffekte der Frageformulierung und der Antwortkategorien sowie der Positionierung der Fragen¹⁰⁷. Weiterhin spielt die Ehrlichkeit beim Beantworten der Fragen eine große Rolle, denn diese kann unter anderem von der Persönlichkeit und der Stimmung des Befragten abhängen. Auch die positiven und negativen Erfahrungen der Endverbraucherinnen und Endverbraucher im Bezug auf OTC-Arzneimittel kann die Ehrlichkeit beeinflussen. Eine weitere Einschränkung der Studie ist der eigens erstellte Gesprächsleitfaden, der nicht als standardisiertes Instrument gelten kann. Zwar besteht der Gesprächsleitfaden aus geschlossenen Fragen mit zum Teil wissenschaftlichen Quellen, aber um eine Standardisierung zu erreichen hätten eine Prüfung der Messgütekriterien sowie der Zielgerichtetheit der Fragen nicht nur durch eine Operationalisierung und drei Pre-Tests erfolgen müssen, sondern auch mithilfe von rechnerischen Verfahren, wie z.B. Korrelationsanalysen¹⁰⁸. Somit kann die Validität und die Reliabilität des Erhebungsinstruments nicht eindeutig belegt werden, welches zusätzliche Verbesserungsverfahren zur Folge hat. Zudem können Verzerrungen bei der Datenbearbeitung und -analyse sowie Ergebnisdarstellung entstehen. Beweggründe können neben der statistischen Analyse die selektive Wahrnehmung des Forschers sein, da hier eigene Weltanschauungen, Traditionen und Vorurteile, wie z.B. der Unterstellung eines rationalen Kaufverhaltens die Studienergebnisse beeinflussen¹⁰⁹. Die selektive Wahrnehmung kann besonders im Rahmen der Datenbearbeitung, bei der Kategorisierung der unterschiedlichen Antworten und bei der Ergebnisdarstellung zum Tragen kommen. Folglich ist die Auswertungsobjektivität kritisch zu betrachten. Darüber hinaus kann

¹⁰⁵ Vgl. Mayer, H. (2008), S.100.

¹⁰⁶ Vgl. Diekmann, A. (2007), S.542.

¹⁰⁷ Vgl. Diekmann, A. (2007), S.464.

¹⁰⁸ Vgl. Diekmann, A. (2007), S.239.

¹⁰⁹ Vgl. Diekmann, A. (2007), S.47.

nicht sichergestellt werden, dass alle möglichen Einflussfaktoren auf die „Ausweitung der Aufhebung der Apothekenpflicht von OTC-Arzneimitteln“ erfasst wurden, zumal Einflüsse durch bestehende Krankheiten, die aktuelle Lebens- und Einkommenssituation sowie Erfahrungen und Gewohnheiten nicht gezielt untersucht wurden.

Auf Grund der in der Methodendiskussion erläuterten Limitationen kann die Endverbraucherbefragung dem Anspruch der Repräsentativität¹¹⁰ nicht genügen, aber Meinungstendenzen der Endverbraucherinnen und Endverbraucher zum Thema „Ausweitung der Aufhebung der Apothekenpflicht von OTC-Arzneimitteln“ können erhoben werden.

5.2 Ergebnisdiskussion

Ziel der Endverbraucherbefragung war es, einen ersten Eindruck über den Kenntnisstand sowie die Relevanz des Themas „apothekenpflichtige OTC-Arzneimittel“ für Hamburger Endverbraucherinnen und Endverbraucher zu ermitteln. Des Weiteren sollten die Endverbraucherinnen und Endverbraucher ihre konkreten Einstellungen zu verschiedenen Aspekten des OTC-Arzneimittelvertriebs wiedergeben. Im folgenden Teil der Bachelorarbeit werden die gewonnenen Ergebnisse diskutiert. Ausgewertet wurden 60 Gesprächsleitfäden, von diesen dienten 50 Gesprächsleitfäden der Ergründung der Forschungsfrage, zumal 50 Befragte das Expertenkriterium des „vergangenen OTC-Arzneimittleinkaufs“ erfüllten. Bei den verbleibenden 10 Gesprächsleitfäden wurden einzig die soziodemografischen Daten ausgewertet. Begrenzend muss bei der Frage nach der Häufigkeit des OTC-Arzneimittleinkaufs der Recall Bias angemerkt werden, da sich die Befragten bis zu drei Monate zurück erinnern müssen. Trotzdem wird bei 17% Ausfallquote durch „nicht“ Expertinnen und Experten die Relevanz der OTC-Arzneimittelthematik deutlich. Die Anzahl der befragten Personen war mit 60 Befragten in allen Stadtteilen gleich, jedoch ergeben sich bei der Befragungsbeteiligung minimale prozentuale Unterschiede, da als Berechnungsgrundlage die Anzahl der angesprochenen Personen (N73) verwendet wurde und es in jedem Stadtteil eine Ausfallquote durch Teilnahmeverweigerung gab. Die höchsten Ausfallquoten mit 23% (6 Teilnahmeverweigerungen) gab es in Eppendorf sowie mit 17% (4 Teilnahmeverweigerungen) in Wilhelmsburg und die niedrigste Ausfallquote mit 13% (3 Teilnahmeverweigerungen) in Barmbek-Nord (vgl. Abbildung 2). Im Allgemeinen wurden hauptsächlich Verweigerungsgründe wie Zeitmangel und Desinteresse angegeben. Bei Betrachtung der Stichprobe fällt auf, dass alle Altersgruppen zu fast gleichen Anteilen vertreten sind. Nur die Altersgruppe 60-69 Jahre ist unterrepräsentiert und somit ebenfalls bei allen auf diese Altersgruppe bezogenen Befragungsergebnissen.

Zudem gibt es einen höheren Frauenanteil unter den Befragten, welcher die Befragungsergebnisse ebenfalls verzerren kann und sich somit in allen geschlechterbezogenen Befragungsergebnissen widerspiegelt. Im Allgemeinen kann an dieser Stelle angemerkt werden, dass der Selektionsbias bei der Stichprobenauswahl die Ergebnisse der Befragung beeinflusst haben könnte.

¹¹⁰ Vgl. Atteslander, P. (2006), S.56.

Überdies wurde versucht, die Häufigkeit der OTC-Arzneimiteinkäufe innerhalb der letzten drei Monate abzubilden und diese in Relation zu anderen Einflussgrößen zu setzen. Bei dieser Frage können besonders der Recall Bias und die soziale Erwünschtheit einen Einfluss auf die Befragungsergebnisse nehmen. Bei genauerer Betrachtung der Einkaufshäufigkeiten von OTC-Arzneimitteln fällt auf, dass der Großteil der Befragten (37 Personen) innerhalb der letzten drei Monate 1- bis 3-mal OTC-Arzneimittel und nur 13 Personen 4- bis 6-mal gekauft haben. Es wird somit lediglich deutlich, dass der Großteil der Befragten eher 1- bis 3-mal innerhalb der letzten drei Monate als 4- bis 6-mal OTC-Arzneimittel kauft. Einschränkend muss erwähnt werden, dass den Befragten bei dieser Frage nicht immer deutlich war, ob es um die Anzahl der getätigten Einkaufsereignisse oder um die Zahl der gekauften OTC-Arzneimittel ging. Um die Verzerrung durch das Verständnisproblem zu mindern, wurde gesondert auf die Anzahl Einkaufsereignisse hingewiesen. Zusätzlich ist die Spanne der Einkaufsereignisse zu undifferenziert und somit ist nur bedingt ein Rückschluss auf die Relevanz von OTC-Arzneimiteinkäufen für die Endverbraucherinnen und Endverbraucher möglich. Bei der Untersuchung der OTC-Einkaufshäufigkeit nach Stadtteilen zeigt sich nicht wie erwartet, eine höhere Häufigkeit von OTC-Arzneimiteinkäufen im Stadtteil Eppendorf, sondern stattdessen im Stadtteil Wilhelmsburg. Eine Erklärung dafür kann sein, dass in Wilhelmsburg zum einen die meisten Befragten (18 Expertinnen und Experten) eine Antwort auf diese Fragen gegeben haben und zum anderen neun der insgesamt 20 Befragten 4- bis 6-mal OTC-Arzneimittel gekauft haben. Die Annahme, dass die Häufigkeit des OTC-Arzneimiteinkaufs von den Stadtteilen und deren Einkommensstrukturen abhängig ist, konnte nicht deutlich belegt werden.

Des Weiteren hat die Art der Krankenversicherung keinen Einfluss auf die Einkaufshäufigkeit von OTC-Arzneimitteln, da von den insgesamt 60 Befragten nur 9 Personen privat versichert sind. An dieser Stelle lassen sich nur schwer aussagekräftige Ergebnisse, wie z.B. der Bedeutungsgrad von OTC-Arzneimitteln, generieren.

Überdies lässt sich wie eingangs erwähnt wegen des hohen Frauenanteils nur schwer beurteilen, ob Frauen oder Männer häufiger OTC-Arzneimittel kaufen. Betrachtet man jedoch das Verhältnis der OTC-Einkaufshäufigkeiten von 1- bis 3-mal zu 4- bis 6-mal, so verhalten sich beide Geschlechter nahezu gleich. Bei den Frauen entspricht das Verhältnis der OTC-Einkaufshäufigkeit 77% zu 23% und bei den Männern 70% zu 30%.

Bezogen auf die Altersgruppen kann erwähnt werden, dass die Unterschiede der Häufigkeitsverhältnisse von 1- bis 3-mal zu 4- bis 6-mal innerhalb der Altersgruppe 20-29 Jahre, 30-39 Jahre und 40-49 Jahre am größten sind. Erst in den Altersgruppen 50-59 Jahre und 60-69 Jahre gleicht sich das Häufigkeitsverhältnis an. Ein Grund dafür kann der Anstieg von Multimorbidität in diesen Altersgruppen sein¹¹¹, da die in diesem Alter vorliegenden Krankheiten häufig chronisch sowie

¹¹¹ Vgl. Nowossadeck, E. (2012), S.3.

irreversibel sind¹¹² und damit eine komplexe Arzneimitteltherapie erfordert, die auch OTC-Arzneimittel beinhalten können.

Darüber hinaus lässt sich keine Aussage darüber treffen, ob Befragte mit Kindern unter 12 Jahren weniger häufig OTC-Arzneimittel kaufen als Befragte mit Kindern über 12 Jahren. Bei der Betrachtung der Häufigkeiten von 1- bis 3-mal zu 4- bis 6-mal gekauften OTC-Arzneimitteln gibt es keine Verhältnisunterschiede. Überdies hatten von 60 befragten Personen nur 11 Endverbraucherinnen und Endverbraucher Kinder unter 12 Jahren. Somit lässt sich die Abhängigkeit der Einflussgröße Kinder nicht eindeutig bestimmen, denn dazu hätten weitere Fragen zur Thematik gestellt werden müssen, wie z.B. "Wenn Sie krank sind, benutzen Sie manchmal auch die nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel Ihrer Kinder?".

Folgend werden die Ergebnisse der Bezugsortanalyse diskutiert. Die Endverbraucherumfrage hat ergeben, dass immer noch 85% der Endverbraucherinnen und Endverbraucher ihre OTC-Arzneimittel hauptsächlich in der Apotheke kaufen. Dies bestätigt zum einen den aktuellen Forschungsstand zur Nutzung von Arzneimittelvertriebswegen in Deutschland und zum andern die geringe Bedeutung anderer Vertriebswege. Eine Ursache dafür kann sein, dass es in Deutschland nicht üblich ist OTC-Arzneimittel außerhalb der Apotheke zu kaufen. Demzufolge kann hier die soziale Erwünschtheit einen Einfluss auf die Befragungsergebnisse nehmen. Zudem kaufen nur 7% der Befragten ihre OTC-Arzneimittel im Internet und 6% im Drogeriemarkt, was die Theorie bestätigt. Überdies muss angemerkt werden, dass Mehrfachnennungen möglich waren und 5 Personen neben der Apotheke einen zusätzlichen Vertriebsweg angegeben haben, was die Ergebnisse beeinflusst.

Zusätzlich wurden die von den Befragten genannten Präferenzen beim OTC-Arzneimittleinkauf mit den Bezugsorten verknüpft und ausgewertet (vgl. Abbildung 9). Nach Auswertung der Ergebnisse zeigt sich, dass "Beratungsqualität" (33 Antworten), "Freundlichkeit des Personals" (9 Antworten) und "Qualifiziertes Personal" (7 Antworten) sowie "kurze Wartezeiten" (4 Antworten) und "Kundenloyalität" (1 Antwort) nur in der Apotheke wichtig sind. Während die "Verfügbarkeit der Arzneimittel" (8 Antworten für die Apotheke und 1 Antwort für das Internet) sowie die "schnelle Lieferzeit" (1 Antwort für die Apotheke und 2 Antworten für das Internet) sowohl in Apotheken als auch im Internet von Bedeutung sind. In Drogerie- und Supermärkten ist den Endverbraucherinnen und Endverbrauchern neben der „Übersichtlichkeit des Sortiments“ zusätzlich die "Verpackungskennzeichnung" mit jeweils einer Antwort pro Vertriebsweg wichtig. Lediglich der Preis spielt in allen Bezugsorten eine gemeinsame Rolle, was verdeutlicht, dass die Endverbraucherinnen und Endverbraucher preissensibel sind und dies einen zu berücksichtigenden Faktor beim OTC-Arzneimittelvertrieb darstellt. Ein interessanter Punkt ist an dieser Stelle die einmalig genannte Endverbraucherpräferenz der "Kundenloyalität", da diese einen Hinweis auf das "Prinzipal-Agenten-Problem" liefert. Im Allgemeinen decken sich die Endverbraucherpräferenzen mit den

¹¹² Vgl. N.N., RKI (2013), S.1.

gemeingültigen Erwartungen an die unterschiedlichen Vertriebswege. Allerdings muss beachtet werden, dass es sich hier um temporäre und subjektive Aussagen handelt und diese neben der sozialen Erwünschtheit und dem Recall Bias von vielen Faktoren beeinflusst werden können. Darüber hinaus ist eine wirkliche Einschätzung der Ergebnisse nicht möglich, da zum einen die Apotheke von 85% der Befragten als Hauptbezugsort angegeben wurde und zum anderen Mehrfachnennungen möglich waren, was zu einer Überschätzung der Ergebnisse führt. Überdies wurde vor der Datenauswertung eine Kategorisierung aller gegebenen Antworten vorgenommen, welches einen schwer einschätzbaren Einfluss auf die Befragungsergebnisse haben kann.

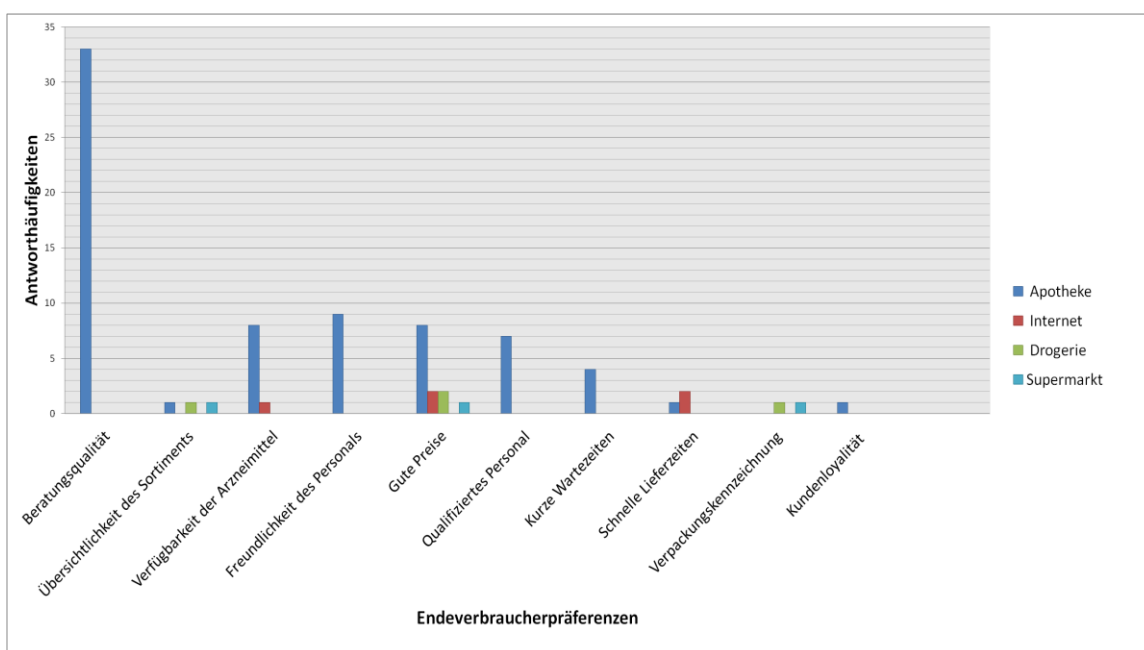


Abbildung 9: Endverbraucherpräferenzen nach Bezugsorten [Quelle: Eigene Darstellung]

Des Weiteren wurden die Befragten innerhalb ihres angegebenen Bezugsorts nach den Indikationsbereichen der gekauften OTC-Arzneimittel befragt (vgl. Abbildung 5). Die Datenerhebung erfolgte durch Abfrage von vorgegebenen Indikationsbereichen, um den Einfluss der Recall Bias zu vermindern. Leider vermischten die Befragten an dieser Stelle gelegentlich die OTC-Arzneimittel mit den verschreibungspflichtigen Arzneimitteln. Um die Verzerrung etwas einzugrenzen, wurden zu jedem Indikationsbereich zwei bis drei handelsübliche Arzneimittelnamen genannt.

Die von den Endverbraucherinnen und Endverbrauchern am häufigsten genannten OTC-Arzneimittel gegen Husten und Erkältung werden hauptsächlich in der Apotheke und im Internet gekauft. Dass diese Indikationsbereich mit 37 Antworten so häufig genannt wurden, kann zum einen am Beginn der Erkältungssaison liegen, da die Datenerhebung im November erfolgte, und zum anderen am Bezugsort Apotheke, da dieser am häufigsten genannt wurde. Zudem wurden in Apotheke und Internet OTC-Arzneimittel gegen Schmerzen sowie gegen Magen- und Darmprobleme gekauft. Es handelt sich hierbei um gängige Indikationsbereiche, die unabhängig von der

Saisonalität generell eine hohe Häufigkeit der OTC-Arzneimittleinkäufe aufweisen¹¹³. Darüber hinaus werden nur Vitamine, Mineralstoffe und Stärkungsmittel von den Befragten in Drogerie- oder Supermärkten gekauft. Eine Erklärung kann sein, dass diese Indikationsbereiche oft auch Nahrungsergänzungsmittel beinhalten und somit von Endverbraucherinnen und Endverbraucher als weniger gefährlich eingestuft werden.

Außerdem wurde mittels der Endverbraucherbefragung die durchschnittlich in Anspruch genommene Beratungszeit pro nicht gekanntes OTC-Arzneimittel ermittelt. Dabei wird deutlich, dass 60% der Befragten sich weniger als 5 Minuten in der Apotheke beraten lassen. Allerdings können die gegenwärtigen Befragungsergebnisse durch eine falsche Zeitwahrnehmung, basierend auf dem Recall Bias, verfälscht werden. Zudem vermischten die Befragten OTC-Arzneimittel mehrfach mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln, was zu einer Verzerrung in der Beratungswahrnehmung führt. Bei differenzierter Betrachtung nach Altersgruppen zeigt sich, dass in der Altersgruppe von 40-49 Jahren sowie in der Altersgruppe von 50-59 Jahren die genutzten Beratungszeiten (weniger als 5 Minuten und 5 bis 10 Minuten) im Gegensatz zu den vorherigen prozentualen Verteilungen in den Altersgruppen nahezu gleich verteilt sind. Das lässt auf einen höheren Beratungsbedarf im Alter schließen. Jedoch kann kein Rückschluss auf das Endverbraucher-Berater-Verhältnis gegeben werden, da wichtige Faktoren, wie z.B. dass hauptsächlich in einer "Stammapotheke" eingekauft wird, nicht abgefragt wurden.

Zudem wurde der Kenntnisstand der Befragten über Arzneimittelvertriebswege in anderen Ländern erhoben (vgl. Abbildung 6). 62% der Endverbraucherinnen und Endverbraucher kennen die Möglichkeit OTC-Arzneimittel unabhängig von der Apotheke zu erwerben und dies überwiegend aus Urlaubsländern. Gegenwärtig wurden keine Antwortoptionen vorgegeben, und die Befragten mussten die Länder selbstständig aufzählen. Dies begünstigt erneut den Recall Bias. Die USA wurde mit 11 Antworten (22%) als häufigstes Land genannt. Ein Grund kann hier die häufige Medienpräsenz der Gesundheitsversorgung der USA sein.

Abschließend wurden in der Endverbraucherbefragung die Vor- und Nachteile zur Ausweitung der Aufhebung der Apothekenpflicht erhoben (vgl. Abbildung 7 und 8). Die Endverbraucherinnen und Endverbraucher hatten die Möglichkeit jeweils drei Vor- und Nachteile zu benennen, was nicht von allen Befragten gleichermaßen genutzt wurde.

Die am häufigsten genannten Vorteile "Günstigere Preise" (21 Antworten) und "Bündelung der Einkäufe" (20 Antworten) bestätigen zum einen die Wichtigkeit des Preises von OTC-Arzneimitteln und zum anderen die Wichtigkeit der guten Versorgungsstruktur. Die Vorteile "Längere Öffnungszeiten" (7 Antworten), "Bessere Erreichbarkeit" (6 Antworten) und "Eigene Auswahlmöglichkeit" (6 Antworten) verteilen sich zu ähnlichen Anteilen auf die verbliebenen Antworten. Hier wird deutlich, dass die versorgungsstrukturellen Vorteile für die Endverbraucherinnen

¹¹³ Vgl. Zok, K. (2006), S.6.

und Endverbraucher neben dem Preis eine wichtige Rolle spielt. Der Vorteil der "Eigenen Auswahlmöglichkeit" ist hier ebenfalls interessant, da dieser den Wunsch nach selbstbestimmter Gesundheitsfürsorge widerspiegelt und somit indirekt auf das "Prinzipal-Agenten-Problem" hinweist.

Als häufigster Nachteil wurde "Keine Beratung" (12 Antworten) angegeben, was die Wichtigkeit der Beratung erneut unterstreicht. Zusätzlich wurden von den Befragten die Nachteile "Mehraufwand bei der Informationsbeschaffung" (8 Antworten) und "Kein qualifiziertes Personal" (5 Antworten) sowie "Keine Zeit für Beratung" (2 Antworten) angegeben. Diese Nachteile beziehen sich indirekt auf die Beratung und verdeutlichen demzufolge die Sorge der Endverbraucherinnen und Endverbraucher über den Beratungsverlust. Überdies wurde der Nachteil "Keine soziale Interaktion" (3 Antworten) benannt. Hier ging es den Befragten explizit um die Kommunikation mit dem Apothekenpersonal der "Stammapotheke", was die zusätzliche Rolle der Apotheke neben der reinen Arzneimittelabgabe verdeutlicht. Ferner wurde als ein Nachteil "Kein Vertrauen in die Arzneimittel" (2 Antworten) genannt. Dieser Nachteil zeigt das Misstrauen der Endverbraucherinnen und Endverbraucher gegenüber der Arzneimittelzulassung in Deutschland. Zudem wurde der Nachteil die "OTC-Einkaufsmenge steigt" (2 Antworten) angegeben. Dieser Nachteil lässt sich nur schwer erklären, da persönliche Verhaltensmuster die Ursache sind.

Im Allgemeinen haben die 50 befragten Personen, 60-mal Vorteile und 34-mal Nachteile aufgezählt. Das kann zum einen daran liegen, dass die Vorteile zuerst abgefragt wurden und somit die Motivation viele Antworten zu geben hoch war und zum anderen, dass die Endverbraucherinnen und Endverbraucher die eigentlichen Nachteile noch nicht absehen können, da OTC-Arzneimittel zurzeit zum Großteil über Apotheken vertrieben werden. Bei den genannten Vor- und Nachteilen muss jedoch beachtet werden, dass es sich auch hier um temporäre und subjektive Aussagen im Rahmen einer Meinungsabfrage handelt, die neben der sozialen Erwünschtheit und dem Recall Bias von vielen Faktoren beeinflusst werden können. Darüber hinaus ist eine absolute Einschätzung der Ergebnisse nicht möglich, da hier eine Kategorisierung aller genannten Vor- und Nachteile vorgenommen wurde, welche Einfluss auf die Befragungsergebnisse hat.

6. Fazit

Die Ergebnisdiskussion kann mit dem Fazit abgeschlossen werden, dass die Forschungsfrage „Wie wird eine Ausweitung der Aufhebung der Apothekenpflicht für OTC-Arzneimittel von Hamburger Endverbraucherinnen und Endverbraucher gesehen?“ trotz Studienlimitationen (vgl. 5.1 Methodendiskussion) beantwortet werden konnte. Das wesentliche Ziel der Endverbraucherbefragung war, einen ersten Eindruck über den Kenntnisstand sowie die Relevanz des Themas „apothekenpflichtige OTC-Arzneimittel“ sowie die konkrete Endverbrauchereinstellung zu verschiedenen Aspekten des OTC-Arzneimittelvertriebs zu ermitteln. Die Relevanz des Themas begründet sich darin, dass 83% der Befragten innerhalb der letzten drei Monate OTC-Arzneimittel gekauft haben. Infolgedessen haben Hamburger Endverbraucherinnen und Endverbraucher einen guten Kenntnisstand in Bezug auf apothekenpflichtige OTC-Arzneimittel bewiesen. Bei der Betrachtung der Einflussgrößen in Bezug auf die Häufigkeit der OTC-Arzneimittelleinkäufe innerhalb der letzten drei Monate wird deutlich, dass lediglich das Alter einen Einfluss hat. Die Endverbraucherbefragung zeigt, dass in den Altersgruppen 50-59 Jahre und 60-69 Jahre die Häufigkeit der OTC-Arzneimittel steigt, was sich durch die Multimorbidität im höheren Alter erklären lässt. Im Bezug auf den OTC-Arzneimittelvertrieb spielt für die Endverbraucherinnen und Endverbraucher neben dem Preis die Beratung eine sehr wichtige Rolle. Unter den Befragten wird die Beratungsdienstleistung wertgeschätzt und bereitwillig bezahlt. Trotzdem sind die Befragten preissensibel, da „Günstigere Preise“ als wichtigster Vorteil bei einem OTC-Arzneimittelvertrieb im freien Handel genannt wurde. Zudem wurde „Gute Preise“ als zweitwichtigste Endverbraucherpräferenz beim OTC-Arzneimittelleinkauf angegeben. Gleichwohl gibt es einen hohen Beratungsbedarf, besonders in den Altersgruppen 40-49 Jahre und 50-59 Jahre, da hier im Verhältnis mehr Beratungszeit in Anspruch genommen wird. Allgemein bestehen viele Unsicherheiten, wie z.B. Nebenwirkungen, Compliance und Interaktionen in Bezug auf die Arzneimittelaufnahme. Dies wird besonders durch die am häufigsten genannten Endverbraucherpräferenzen, einer guten „Beratungsqualität“, deutlich. Außerdem werden die Unsicherheiten durch die genannten Nachteile bei einem OTC-Arzneimittelvertrieb im freien Handel, wie „Keine Beratung“, „Mehraufwand bei der Informationsbeschaffung“, „Kein qualifiziertes Personal“ oder das Personal wird „Keine Zeit für Beratung“ haben, sichtbar. Überdies wurde der Nachteil „Keine soziale Interaktion“ und die Endverbraucherpräferenz „Freundlichkeit des Apothekenpersonals“ von den Befragten angegeben. Hier wurde explizit die Kommunikation mit dem Apothekenpersonal benannt, was die soziale Rolle der Apotheke verdeutlicht und ihr somit eine besondere Bedeutung als Vertriebsweg zuteilwerden lässt. Zudem zeigt die Endverbraucherbefragung, dass 85% der Befragten OTC-Arzneimittel hauptsächlich in der Apotheke kaufen und Vertriebswege wie Internet- und Versandhandel, Drogerie- und Supermärkte gegenwärtig nur im geringen Ausmaß genutzt werden. Vertriebswege außerhalb der Apotheke wurden von den Befragten oft nur als zweite Option angegeben, und werden nur bei

bestimmten von den Endverbraucherinnen und Endverbrauchern als weniger gefährlich eingestuft Indikationsbereichen wie z.B. Vitamine, Mineralstoffe und Stärkungsmittel wahrgenommen (vgl. Abbildung 5). Im Allgemeinen herrschen unter den Befragten Misstrauen und große Sorge um den Verlust der Qualitäts- und Patienteninformationen durch neue Vertriebswege. Der Vertrauensmangel kann sich dadurch begründen, dass in Deutschland der OTC-Arzneimittelvertrieb außerhalb der Apotheke unüblich ist und somit bei den Endverbraucherinnen und Endverbrauchern keine Erfahrungen mit anderen Vertriebswegen existieren und somit Gefahren nicht abgeschätzt werden können. Es kann jedoch angemerkt werden, dass bei der Nennung der Vorteile bei einem OTC-Arzneimittelvertrieb im freien Handel die "Bündelung der Einkäufe" am zweithäufigsten genannt und darüber hinaus "längere Öffnungszeiten" sowie eine "bessere Erreichbarkeit" erwähnt wurden. Dies zeigt, dass die Befragten neben dem eventuell günstigeren Preis infrastrukturelle Vorteile in anderen Vertriebswegen sehen.

Somit kann an dieser Stelle gemutmaßt werden, dass die Endverbraucherinnen und Endverbraucher einige OTC-Arzneimittel über andere Vertriebswege beziehen werden, wenn sie Sicherheit im Umgang mit diesen OTC-Arzneimitteln haben. Das Ausmaß lässt sich an dieser Stelle jedoch nicht abschätzen. Die Veränderungen des OTC-Arzneimittelvertriebs können trotzdem als gerechtfertigt beurteilt werden, da Relevanz und der Wunsch nach größerer Souveränität für die Endverbraucherinnen und Endverbraucher bestehen.

7. Ausblick

Der Trend zur Veränderung des OTC-Arzneimittelvertriebs ist in Deutschland vorhanden und erfährt erste gesetzliche Lockerungen wie Gerichtsurteile gegen die Apothekenpflicht, den §44 AMG "Ausnahmen von der Apothekenpflicht", die §11a und §11b des ApoG oder die bereits freiverkäuflichen OTC-Arzneimittel. Des Weiteren bietet die Ausweitung der Aufhebung der Apothekenpflicht die neuen Möglichkeiten eines Wettbewerbsmarktes. Jedoch befindet sich die Veränderung des OTC-Arzneimittelvertriebs in einem Spannungsfeld, da unterschiedliche Interessengruppen verschiedene Ziel verfolgen wie z.B. Pharmaunternehmen, die ihre Absatzmärkte im Zuge der Veränderung vergrößern, und Krankenkassen, die die Erstattung einiger OTC-Arzneimittel weiter als Wettbewerbsmittel nutzen. Die am stärksten betroffene Interessengruppe sind die Apotheken, zumal ihnen bei einer weiteren Ausweitung der Aufhebung der Apothekenpflicht ein großer Absatzmarkt entzogen würde. Es ist also trotz der Relevanz für Endverbraucherinnen und Endverbraucher weiterhin zu hinterfragen, ob die Apothekenpflicht in vollem Umfang erhalten bleiben wird. Sollten weitere gesetzliche Änderungen zur Ausweitung der Aufhebung der Apothekenpflicht erlassen werden, so könnte der Vertrieb über Drogerie- und Supermärkte wie folgt aussehen:

Im Zuge der Ausweitung der Aufhebung der Apothekenpflicht dürften nur einige nicht verschreibungspflichtige OTC-Arzneimittel aus der Apothekenpflicht entlassen werden. Es handelt sich hierbei um OTC-Arzneimittel, deren Anwendungsbereiche nur geringfügige Gesundheitsstörungen hervorrufen, deren Arzneimittelverpackungen eindeutig, schnell ersichtlich gestaltet und die nur in kleinen Verpackungsgrößen erhältlich sind. Außerdem müssen die Endverbraucherinnen und Endverbraucher im Bezug auf OTC-Arzneimittel gut aufgeklärt sein, was einen Ausbau der Arzt-Patienten-Beziehung erforderlich macht. Zusätzlich muss, wie in den Niederlanden, eine permanente Arzneimittelüberwachung ggf. über das BfArM sichergestellt werden. Auch sollte das BfArM weiterhin die rechtliche Einstufung bei der Arzneimittelzulassung prüfen. Die Pharmaunternehmen dürften nur eine Zulassungsempfehlung abgeben. Die Umstellung sollte stufenweise erfolgen, um den Apotheken Zeit zu geben. Zunächst könnten beispielsweise Schmerzmittel oder Nikotinpräparate frei gegeben werden, um nach 6 bis 12 Monaten „die nächste Welle“ auszugliedern. Weiterhin müssen durch vorgelagerte gesundheitspolitische Entscheidungen Versorgungsalternativen für die Apotheken geschaffen werden, damit die finanziellen Einbußen reduziert werden. Die Abgabe der OTC-Arzneimittel dürfte nur durch Drogistinnen und Drogisten oder Personal mit nötigem Sachkundenachweis erfolgen. Des Weiteren dürften OTC-Arzneimittel nicht absolut freiverfügbar sein, sondern sollten in einem kontrollierbaren Bereich, z.B. bei der Kasse, angeboten werden. Abschließend kann gesagt werden, dass eine Ausweitung der Aufhebung der Apothekenpflicht von OTC-Arzneimitteln in Deutschland grundsätzlich möglich ist, aber um eine endgültige Aussage treffen zu können, sind zukünftige Studien mit einem größeren Umfang als es in dieser Bachelorarbeit der Fall sein konnte, notwendig.

Literaturverzeichnis

Amelung, Volker E.; Mühlbacher, Axel; Krauth, Christian (2012):

Stichwort: angebotsinduzierte Nachfrage, (Gabler Wirtschaftslexikon online (Hrsg.)), <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/18117/angebotsinduzierte-nachfrage-v7.html> (aufgerufen 18.11.2012).

Atteslander, Peter (Hrsg.) (2006):

Methoden der empirischen Sozialforschung, (11., neu bearbeitete und erweiterte Auflage). Berlin: Erich Schmidt Verlag.

Becker, Arend (2006):

Die Steuerung der Arzneimittelversorgung im Recht der GKV, (Badura, Bernhard (Hrsg.); Engelmann, Klaus (Hrsg.); Hart, Dieter (Hrsg.); Raspe, Heiner (Hrsg.), Gesundheitsrecht und Gesundheitswissenschaften, Band 12). Baden-Baden: Nomos Verlag.

Diekmann, Andreas (2007):

Empirische Sozialforschung; Grundlagen Methoden Anwendungen, (König, Burghard (Hrsg.), Rowohlt's Enzyklopädie, vollständig überarbeitete und erweiterte Neuauflage). Hamburg: Rowohlt Verlag.

Faeh, Andrea (2008):

Zulassung und Vertrieb von rezeptpflichtigen (RX) und nicht rezeptpflichtigen (OTC, OTX) Arzneimitteln; Ländervergleich in ausgewählten Mitgliedstaaten der EG und Japan, (Institut für Europarecht Freiburg (Hrsg.), Schriften zum Europarecht Nr. 1), http://www.unifr.ch/euroinstitut/assets/files/pdf/cahiers_fribourgeois/cahier1.pdf (aufgerufen am 16.10.2012).

Flick, Uwe (2009):

Sozialforschung; Methoden und Anwendung; Ein Überblick für BA-Studiengänge, (König, Burghard (Hrsg.), rowohlt's enzyklopädie). Hamburg: Rowohlt Verlag.

Grossmann, Ute (2009):

Pick-up-Stellen als »heiße Kartoffel«, (Pharmazeutische Zeitung Online (Hrsg.) Ausgabe 12/2009), <http://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=29848&type=0> (aufgerufen am 18.11.2012).

Hajen, Leonhard; Paetow, Holger; Schumacher, Harald (2000):

Gesundheitsökonomie; Strukturen – Methoden - Praxisbeispiele. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.

Hajen, Leonhard; Paetow, Holger; Schumacher, Harald (2011):

Gesundheitsökonomie; Strukturen – Methoden - Praxisbeispiele, (6., überarbeitete und erweiterte Auflage). Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.

Knopf, Hildtraud; Melchert, Hans-Ulrich (2003):

Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes-Gesundheitssurvey; Arzneimittelgebrauch; Konsumverhalten in Deutschland, (Robert Koch-Institut (Hrsg.)), http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/reJBwqKp45PiI/PDF/29mFFghulhtA_15.pdf (aufgerufen am 26.01.2013):

Küppers, Carolin (2012):

Soziologische Dimensionen von Geschlecht, (Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.)), <http://www.bpb.de/apuz/135431/soziologische-dimensionen-von-geschlecht?p=all> (aufgerufen am 15.01.2013)

Lauterbach, Karl W; Stock, Stephanie; Brunner Helmut (Hrsg.) (2009):

Gesundheitsökonomie; Lehrbuch für Mediziner und andere Gesundheitsberufe, (2., vollständig überarbeitete Auflage). Bern: Hans Huber Verlag.

Maag, Gisela (2012):

OTC-Markt – Trends und Herausforderungen, (PharmaRundschau (Hrsg.) Juni 2012), http://www.imshealth.com/ims/Global/EMEA/Austria%20and%20Germany/Corporate/IMS%20Artikel%20in%20den%20Medien/pdf/otc_ims_maag_pharmarundschau_juni2012..pdf (aufgerufen am 18.11.2012).

Mayer, Horst Otto (Hrsg.) (2008):

Interview und schriftliche Befragung; Entwicklung, Durchführung und Auswertung, (4., überarbeitete und erweiterte Auflage). München: Oldenbourg Verlag.

Müller, Michael C. (2009):

Kompaktwissen Gesundheitswesen; Arzneimittel- und Medizinproduktmarkt, (Euroforum (Hrsg.) Müller, Michael C. (Fachliche Leitung), Schriftlicher Management-Lehrgang in 9 Lektionen, Lektion 5). Düsseldorf: Euroforum Verlag.

N.N.; ABDA (2012):

Selbstmedikation und Grünes Rezept, <http://www.abda.de/selbstmedikation.html> (aufgerufen am 18.10.2012).

N.N.; B.A.H.(Hrsg.) (2011):

Der Arzneimittelmarkt in Deutschland in Zahlen; Verordnungsmarkt und Selbstmedikation, http://www.bah-bonn.de/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&file=uploads/media/presse_zahlen_broschuere_2011_01.pdf&t=1350827540&hash=478c3290d981bbd7bf935897a41cb87d (aufgerufen am 10.10.2012).

N.N.; Bundesministerium der Justiz (Hrsg.) (2012):

AMG, http://www.gesetze-im-internet.de/amg_1976/index.html (aufgerufen am 10.12.2013).

N.N.; Bundesministerium der Justiz (Hrsg.) (2012):

ApoBetrO, http://www.gesetze-im-internet.de/apobetro_1987/index.html (aufgerufen am 10.12.2013).

N.N.; Bundesministerium der Justiz (Hrsg.) (2012):

ApoG, <http://www.gesetze-im-internet.de/apog/index.html> (aufgerufen am 10.12.2013).

N.N.; Bundesministerium der Justiz (Hrsg.) (2012):

SGB V, http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/ (aufgerufen am 10.12.2013).

N.N.; CBG-MEB (2008):

Geneesmiddelen (Arzneimittel), <http://www.cbg-meb.nl/CBG/nl/humane-geneesmiddelen/geneesmiddelen/default.htm> (aufgerufen am 04.01.2013).

N.N., Deutsches Ärzteblatt (2004):

Erläuterungen zur OTC-Ausnahmeliste und zur Übersicht über sogenannte „Lifestyle“-Präparate, (Deutsches Ärzteblatt (Hrsg.), Jg. 101, Heft 14, 2.April 2004), <http://www.aerzteblatt.de/download/files/2004/07/x0001314.pdf> (abgerufen am 02.12..2012).

N.N.; Duden online (2012):

Definition Selbstmedikation, <http://www.duden.de/rechtschreibung/Selbstmedikation> (aufgerufen am 18.11.2012).

N. N.; G-BA (2012):

OTC-Übersicht der verordnungsfähigen, nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel,
<http://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/arzneimittel/otc-uebersicht/> (aufgerufen am 02.12.2012).

N.N.; RKI (2013) (Hrsg.):

Gesundheit A-Z; Multimorbidität,
<http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesundAZ/Content/M/Multimorbiditaet/Multimorbiditaet.html> (aufgerufen am 30.01.2013).

N.N.; Statistik-Nord (2012) (Hrsg.):

Sozialstruktur; Anteil der Arbeitslosen an den Erwerbsfähigen, (15 bis unter 65-Jährige),
http://www.statistik-nord.de/fileadmin/download/Stadtteil_Profile/atlas.html (aufgerufen am 04.01.2013).

Nowossadeck, Enno (2012):

Demografische Alterung und Folgen für das Gesundheitswesen; GBE kompakt 3(2), (Robert Koch-Institut(Hrsg.)),

http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsK/2012_2_Demografischer_Wandel_Alterung.pdf?__blob=publicationFile (aufgerufen am 27.01.2013).

Prinz, Aloys; Vogel, Alexander (2002):

E-Commerce im Arzneimittelhandel; Zulassen, verbieten oder regulieren?, (Von Eiff, Wilfrid (Hrsg.), Leistungsorientierte Führung und Organisation im Gesundheitswesen, Band 7). Münster: Verlag Bertelsmann Stiftung.

Rücker, Daniel; (2004):

OTX im Sturzflug, (Pharmazeutische Zeitung Online (Hrsg.) Ausgabe 10/2004),
http://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=pol2_10_2004 (aufgerufen am 10.01.2012).

Rüter, Georg; Da-Cruz, Patrick; Schwegel, Philipp (Hrsg.) (2011):

Gesundheitsökonomie und Wirtschaftspolitik, (Festschrift zum 70. Geburtstag von Peter Oberender). Stuttgart: Lucius & Lucius Verlag.

Rychlik, Reinhard (2010):

Erstattungsprozeduren in Europa und den USA, (Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V. (Hrsg.), 3., überarbeitete und ergänzte Auflage): Druckerei Gläser,

<http://www.bpi.de/fileadmin/media/bpi/Downloads/Internet/Publikationen/Sonstige/BPI%20-%20Erstattungsprozeduren%20in%20Europa%20und%20USA.pdf> (abgerufen am 02.12.2012).

Schiedermaier, Rudolf; Pohl, Hans-Uwe (2004):

Gesetzeskunde für Apotheker, (15., neu bearbeitete Auflage nach neuer Rechtslage 2004). Frankfurt am Main: Govi-Verlag.

Schneider, Markus; Hofmann, Uwe; Biene-Dietrich, Peter; Späth, Brigitta; Mill, Doris (1993):

Die deutschen Arzneimittelpreise im europäischen Vergleich; Gutachten für den Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V. und die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e.V. (Hrsg.): Basys Verlag,

<http://www.vfa.de/download/europapreise.pdf> (aufgerufen am 09.12.2012).

Simon, Michael (2005):

Das Gesundheitssystem in Deutschland; Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise, (1., Auflage). Bern: Verlag Hans Huber.

Simon, Michael (2010):

Das Gesundheitssystem in Deutschland; Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise, (3., überarbeitete und aktualisierte Auflage). Bern: Verlag Hans Huber.

Uedelhofen, Klaus W. (2009):

Kompaktwissen Gesundheitswesen; Neue Vertriebsformen bei Pharmazeutika und Medizinprodukten, (Euroforum (Hrsg.) Müller, Michael C. (Fachliche Leitung), Schriftlicher Management-Lehrgang in 9 Lektionen, Lektion 7). Düsseldorf: Euroforum Verlag.

Weischer, Christoph (Hrsg.) (2007):

Sozialforschung, Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft.

Wild, Frank (2010):

Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2010; Zahlen, Analysen, PKV-GKV-Vergleich, (Wirtschaftliches Institut der PKV (Hrsg.)),
http://www.wip-pkv.de/uploads/tx_nppresscenter/Arzneimittelversorgung_der_Privatversicherten_2010.pdf (aufgerufen am 04.01.2013).

Wilke, Thomas; Neumann, Kai; Meusch, Dorothee (Hrsg.) (2009):

Arzneimittel-Supply-Chain; Marktsituation, aktuelle Herausforderungen und innovative Konzepte, (Klusen, Norbert (Hrsg.); Meusch, Andreas (Hrsg.), Beiträge zum Gesundheitswesen, Band 28). Baden-Baden: Nomos Verlag.

Wille, Eberhard; Cassel, Dieter; Volker, Ulrich (2009):

Weiterentwicklung des Gesundheitssystems und des Arzneimittelmarktes, (Klusen, Norbert (Hrsg.); Meusch, Andreas (Hrsg.), Beiträge zum Gesundheitsmanagement, Band 27). Baden-Baden: Nomos Verlag.

Zimmermann, Thomas (2008):

Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung aus der Perspektive des deutschen Gesundheitssystems; Status quo, Bestimmungsgründe und Entwicklungspotenziale, (Klusen, Norbert (Hrsg.); Meusch, Andreas (Hrsg.), Beiträge zum Gesundheitsmanagement, Band 20). Baden-Baden: Nomos Verlag.

Zok, Klaus (2006):

Arzneimittelmarkt: Selbstmedikation im Fokus; Ergebnisse einer Repräsentativ-Umfrage unter 3.000 GKV-Versicherten; Die Versicherten-Umfrage des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (Hrsg.), (Wido monitor Ausgabe 1/2006, ISSN: 1614-8444). Bonn: KomPart Verlagsgesellschaft.
http://wido.de/uploads/media/wido_mon_selbstmed_0506.pdf (aufgerufen am 04.01.2013)

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungskommission vorgelegt und auch nicht veröffentlicht.

Hamburg, den 26.02.2013

Julia Ventzke

8. Anhang

Gesprächsleitfaden

Datum _____

Stadtteil _____

Guten Tag, mein Name ist Julia Ventzke. Ich studiere Gesundheitswissenschaften an der HAW Hamburg und schreibe meine Abschlussarbeit zum Thema „Ausweitung der Aufhebung der Apothekenpflicht von nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln“.

Ich möchte mit Ihnen ein ca. zehnmütiges Interview zu diesem Thema durchführen.

Die Teilnahme an dem Interview ist freiwillig und anonym. Sind Sie bereit mitzumachen?

Mir geht es in erster Linie um Arzneimittel, für die Sie in der Apotheke kein Rezept benötigen und die Sie überwiegend hinter dem Verkaufstresen der Apotheke sehen.

Zur Verdeutlichung sind hier einige Beispiele. **Foto mit Arzneimittelpackungen zeigen!**

Für diese Arzneimittel werden die Kosten nur in Ausnahmefällen von der Gesetzlichen Krankenkasse bezahlt.

Die Ausnahmefälle sind laut §34 Abs. (1) Punkt 1 bis 2 des SGB V, Arzneimittel für

Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und für Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit Entwicklungsstörungen.

Ich werde Ihnen im Laufe des Interviews verschiedene Fragen über den Kauf der soeben beschriebenen Arzneimittel stellen. Dabei ist es wichtig, dass Sie Ihre subjektive Sicht wiedergeben.

1. Haben Sie in den letzten drei Monaten Arzneimittel gekauft für die Sie kein Rezept brauchten?
Egal wo! Foto zeigen!

ja ()

nein () **2.-6. noch abfragen!**

Jetzt stelle ich Ihnen einige Fragen zu Ihrer Person.

2. Wie sind Sie krankenversichert?

bei einer Privaten Krankenkasse ()

bei einer Gesetzlichen Krankenkasse ()

gar nicht versichert ()

3. Geschlecht:

weiblich ()

männlich ()

4. Wie alt sind Sie?

20-29 Jahre () 30-39 Jahre () 40-49 Jahre () 50-59 Jahre () 60-69 Jahre ()

5. Haben Sie Kinder?

ja ()

nein ()

6. Unter 12 Jahren?

Ja ()

nein ()

Sie haben vorher gesagt, dass Sie in den letzten drei Monaten nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel gekauft haben. **Denken Sie bitte auch an Salben, Einreibungen, Vitamine und Mineralstoffe, medizinische Tees oder Bäder!**

7. Wie oft war das?

1-3mal ()

4-6mal ()

7-9mal ()

mehr als 10mal ()

8. Wo kaufen Sie Arzneimittel, für die Sie kein Rezept brauchen?

Es sind Mehrfachnennungen möglich!

() Apotheke

() Internet

() Drogeriemarkt

() Reformhaus

() Supermarkt

() sonstiges _____

() Keine Angabe

9. Was ist Ihnen wichtig bei Ihrem Einkauf in ...?

10. Was haben Sie in den letzten drei Monaten in ... gekauft?

Husten- und Erkältungsmittel

()

()

()

Schmerzmittel

()

()

()

Vitamine, Mineralstoffe und Stärkungsmittel

()

()

()

Magen- und Verdauungsmittel

()

()

()

Herz-, Kreislauf- und Venenmittel

()

()

()

Beruhigungs- und Schlafmittel

()

()

()

Allergiemittel

()

()

()

andere Arzneimittel

()

()

()

11. Wie viel Beratungszeit beanspruchen Sie durchschnittlich pro nicht verschreibungspflichtigem Arzneimittel in der Apotheke?

Sofern Sie dieses vorher noch nicht genutzt haben!

weniger als 5 Minuten

5 bis 10 Minuten

mehr als 10 Minuten

12. Kennen Sie aus anderen Ländern die Möglichkeit, Arzneimittel unabhängig von der Apotheke zu erwerben?

ja ()

nein ()

13. Welche Länder kennen Sie?

Diese Arzneimittel unterliegen zurzeit in Deutschland der Apothekenpflicht.

Foto mit Arzneimittelverpackungen zeigen!

Als apothekenpflichtig bezeichnet man Arzneimittel, die nur in der Apotheke verkauft werden dürfen.

14. Welche Vorteile sehen Sie für sich, wenn einige nicht rezeptpflichtige Arzneimittel von der Apothekenpflicht ausgenommen werden und somit im freien Handel erhältlich sind?

15. Welche Nachteile sehen Sie für sich, wenn einige nicht rezeptpflichtige Arzneimittel von der Apothekenpflicht ausgenommen werden und somit im freien Handel erhältlich sind?

Danke für Ihre Unterstützung! Tempo-Taschentücher übergeben!

Gesetzliche Grundlagen

Apothekengesetz

§ 1

(1) Den Apotheken obliegt die im öffentlichen Interesse gebotene Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung der Bevölkerung.

(2) Wer eine Apotheke und bis zu drei Filialapotheken betreiben will, bedarf der Erlaubnis der zuständigen Behörde.

(3) Die Erlaubnis gilt nur für den Apotheker, dem sie erteilt ist, und für die in der Erlaubnisurkunde bezeichneten Räume.

§ 11a

Die Erlaubnis zum Versand von apothekenpflichtigen Arzneimitteln gemäß § 43 Abs. 1 Satz 1 des Arzneimittelgesetzes ist dem Inhaber einer Erlaubnis nach § 2 auf Antrag zu erteilen, wenn er schriftlich versichert, dass er im Falle der Erteilung der Erlaubnis folgende Anforderungen erfüllen wird:

1. Der Versand wird aus einer öffentlichen Apotheke zusätzlich zu dem üblichen Apothekenbetrieb und nach den dafür geltenden Vorschriften erfolgen, soweit für den Versandhandel keine gesonderten Vorschriften bestehen.
2. Mit einem Qualitätssicherungssystem wird sichergestellt, dass
 - a) das zu versendende Arzneimittel so verpackt, transportiert und ausgeliefert wird, dass seine Qualität und Wirksamkeit erhalten bleibt,
 - b) das versandte Arzneimittel der Person ausgeliefert wird, die von dem Auftraggeber der Bestellung der Apotheke mitgeteilt wird. Diese Festlegung kann insbesondere die Aushändigung an eine namentlich benannte natürliche Person oder einen benannten Personenkreis beinhalten,
 - c) die Patientin oder der Patient auf das Erfordernis hingewiesen wird, mit dem behandelnden Arzt Kontakt aufzunehmen, sofern Probleme bei der Medikation auftreten und
 - d) die Beratung durch pharmazeutisches Personal in deutscher Sprache erfolgen wird.
3. Es wird sichergestellt, dass
 - a) innerhalb von zwei Arbeitstagen nach Eingang der Bestellung das bestellte Arzneimittel versandt wird, soweit das Arzneimittel in dieser Zeit zur Verfügung steht, es sei denn, es wurde eine andere Absprache mit der Person getroffen, die das Arzneimittel bestellt hat; soweit erkennbar ist, dass das bestellte Arzneimittel nicht innerhalb der in Satz 1 genannten Frist versendet werden kann, ist der Besteller in geeigneter Weise davon zu unterrichten,
 - b) alle bestellten Arzneimittel geliefert werden, soweit sie im Geltungsbereich des Arzneimittelgesetzes in den Verkehr gebracht werden dürfen und verfügbar sind,
 - c) für den Fall von bekannt gewordenen Risiken bei Arzneimitteln ein geeignetes System zur Meldung solcher Risiken durch Kunden, zur Information der Kunden über solche Risiken und zu innerbetrieblichen Abwehrmaßnahmen zur Verfügung steht,
 - d) eine kostenfreie Zweitzustellung veranlasst wird,
 - e) ein System zur Sendungsverfolgung unterhalten wird und
 - f) eine Transportversicherung abgeschlossen wird.

Im Falle des elektronischen Handels mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass die Apotheke auch über die dafür geeigneten Einrichtungen und Geräte verfügen wird.

§ 11b

(1) Die Erlaubnis nach § 11a ist zurückzunehmen, wenn bei ihrer Erteilung eine der Voraussetzungen nach § 11a nicht vorgelegen hat.

(2) Die Erlaubnis ist zu widerrufen, wenn nachträglich eine der Voraussetzungen nach § 11a weggefallen ist. Die Erlaubnis kann widerrufen werden, wenn Tatsachen die Annahme rechtfertigen, dass der Erlaubnisinhaber entgegen einer vollziehbaren Anordnung der zuständigen Behörde die Apotheke nicht den Anforderungen des § 11a Satz 1 Nr. 1 bis 3, Satz 2 oder einer Rechtsverordnung nach § 21 entsprechend betreibt.

(3) Wird der Versandhandel ohne Erlaubnis betrieben, gilt § 5 entsprechend.

Arzneimittelgesetz

§ 1 Zweck des Gesetzes

Es ist der Zweck dieses Gesetzes, im Interesse einer ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung von Mensch und Tier für die Sicherheit im Verkehr mit Arzneimitteln, insbesondere für die Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit der Arzneimittel nach Maßgabe der folgenden Vorschriften zu sorgen.

§ 2 Arzneimittelbegriff

(1) Arzneimittel sind Stoffe oder Zubereitungen aus Stoffen,

1. die zur Anwendung im oder am menschlichen oder tierischen Körper bestimmt sind und als Mittel mit Eigenschaften zur Heilung oder Linderung oder zur Verhütung menschlicher oder tierischer Krankheiten oder krankhafter Beschwerden bestimmt sind oder
2. die im oder am menschlichen oder tierischen Körper angewendet oder einem Menschen oder einem Tier verabreicht werden können, um entweder
 - a) die physiologischen Funktionen durch eine pharmakologische, immunologische oder metabolische Wirkung wiederherzustellen, zu korrigieren oder zu beeinflussen oder
 - b) eine medizinische Diagnose zu erstellen. (...).

§ 10 Kennzeichnung

(1) Fertigarzneimittel, die Arzneimittel im Sinne des § 2 Abs. 1 oder Abs. 2 Nr. 1 und nicht zur klinischen Prüfung bei Menschen bestimmt oder nach § 21 Abs. 2 Nr. 1a 1b oder 6 von der Zulassungspflicht freigestellt sind, dürfen im Geltungsbereich dieses Gesetzes nur in den Verkehr gebracht werden, wenn auf den Behältnissen und, soweit verwendet, auf den äußeren Umhüllungen in gut lesbarer Schrift, allgemeinverständlich in deutscher Sprache und auf dauerhafte Weise und in Übereinstimmung mit den Angaben nach § 11a angegeben sind

1. der Name oder die Firma und die Anschrift des pharmazeutischen Unternehmers und, soweit vorhanden, der Name des von ihm benannten örtlichen Vertreters,
2. die Bezeichnung des Arzneimittels, gefolgt von der Angabe der Stärke und der Darreichungsform, und soweit zutreffend, dem Hinweis, dass es zur Anwendung für Säuglinge, Kinder oder Erwachsene bestimmt ist, es sei denn, dass diese Angaben bereits in der Bezeichnung enthalten sind; enthält das Arzneimittel bis zu drei Wirkstoffe, muss der internationale Freiname (INN) aufgeführt werden oder, falls dieser nicht existiert, die gebräuchliche Bezeichnung; dies gilt nicht, wenn in der Bezeichnung die Wirkstoffbezeichnung nach Nummer 8 enthalten ist,
3. die Zulassungsnummer mit der Abkürzung "Zul.-Nr.",
4. die Chargenbezeichnung, soweit das Arzneimittel in Chargen in den Verkehr gebracht wird, mit der Abkürzung "Ch.-B.", soweit es nicht in Chargen in den Verkehr gebracht werden kann, das Herstellungsdatum,
5. die Darreichungsform,
6. der Inhalt nach Gewicht, Rauminhalt oder Stückzahl,
7. die Art der Anwendung,
8. die Wirkstoffe nach Art und Menge und sonstige Bestandteile nach der Art, soweit dies durch Auflage der zuständigen Bundesoberbehörde nach § 28 Abs. 2 Nr. 1 angeordnet oder durch Rechtsverordnung nach § 12 Abs. 1 Nr. 4, auch in Verbindung mit Abs. 2, oder nach § 36 Abs. 1 vorgeschrieben ist; bei Arzneimitteln zur parenteralen oder zur topischen Anwendung, einschließlich der Anwendung am Auge, alle Bestandteile nach der Art,
- 8a. bei gentechnologisch gewonnenen Arzneimitteln der Wirkstoff und die Bezeichnung des bei der Herstellung verwendeten gentechnisch veränderten Mikroorganismus oder die Zelllinie,
9. das Verfalldatum mit dem Hinweis "verwendbar bis",
10. bei Arzneimitteln, die nur auf ärztliche, zahnärztliche oder tierärztliche Verschreibung abgegeben werden dürfen, der Hinweis "Verschreibungspflichtig", bei sonstigen Arzneimitteln, die nur in Apotheken an Verbraucher abgegeben werden dürfen, der Hinweis "Apothekenpflichtig",
11. bei Mustern der Hinweis "Unverkäufliches Muster",
12. der Hinweis, dass Arzneimittel unzugänglich für Kinder aufbewahrt werden sollen, es sei denn, es handelt sich um Heilwässer,
13. soweit erforderlich besondere Vorsichtsmaßnahmen für die Beseitigung von nicht verwendeten Arzneimitteln oder sonstige besondere Vorsichtsmaßnahmen, um Gefahren für die Umwelt zu vermeiden,
14. Verwendungszweck bei nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln. (...).

§43 Apothekenpflicht, Inverkehrbringen durch Tierärzte

(1) Arzneimittel im Sinne des § 2 Abs. 1 oder Abs. 2 Nr. 1, die nicht durch die Vorschriften des § 44 oder der nach § 45 Abs. 1 erlassenen Rechtsverordnung für den Verkehr außerhalb der Apotheken freigegeben sind, dürfen außer in den Fällen des § 47 berufs- oder gewerbsmäßig für den Endverbrauch nur in Apotheken und ohne behördliche Erlaubnis nicht im Wege des Versandes in den Verkehr gebracht werden; das Nähere regelt das Apothekengesetz. Außerhalb der Apotheken darf außer in den Fällen des Absatzes 4 und des § 47 Abs. 1 mit den nach Satz 1 den Apotheken vorbehaltenen Arzneimitteln kein Handel getrieben werden. Die Angaben über die Ausstellung oder Änderung einer Erlaubnis zum Versand von Arzneimitteln nach Satz 1 sind in die Datenbank nach § 67a einzugeben.

(2) Die nach Absatz 1 Satz 1 den Apotheken vorbehaltenen Arzneimittel dürfen von juristischen Personen, nicht rechtsfähigen Vereinen und Gesellschaften des bürgerlichen Rechts und des Handelsrechts an ihre Mitglieder nicht abgegeben werden, es sei denn, dass es sich bei den Mitgliedern um Apotheken oder um die in § 47 Abs. 1 genannten Personen und Einrichtungen handelt und die Abgabe unter den dort bezeichneten Voraussetzungen erfolgt.

(3) Auf Verschreibung dürfen Arzneimittel im Sinne des § 2 Abs. 1 oder Abs. 2 Nr. 1 nur von Apotheken abgegeben werden. § 56 Abs. 1 bleibt unberührt.

(4) Arzneimittel im Sinne des § 2 Abs. 1 oder Abs. 2 Nr. 1 dürfen ferner im Rahmen des Betriebes einer tierärztlichen Hausapotheke durch Tierärzte an Halter der von ihnen behandelten Tiere abgegeben und zu diesem Zweck vorrätig gehalten werden. Dies gilt auch für die Abgabe von Arzneimitteln zur Durchführung tierärztlich gebotener und tierärztlich kontrollierter krankheitsvorbeugender Maßnahmen bei Tieren, wobei der Umfang der Abgabe den auf Grund tierärztlicher Indikation festgestellten Bedarf nicht überschreiten darf. Weiterhin dürfen Arzneimittel im Sinne des § 2 Abs. 1 oder Abs. 2 Nr. 1, die zur Durchführung tierseuchenrechtlicher Maßnahmen bestimmt und nicht verschreibungspflichtig sind, in der jeweils erforderlichen Menge durch Veterinärbehörden an Tierhalter abgegeben werden. Mit der Abgabe ist dem Tierhalter eine schriftliche Anweisung über Art, Zeitpunkt und Dauer der Anwendung auszuhändigen.

(5) Zur Anwendung bei Tieren bestimmte Arzneimittel, die nicht für den Verkehr außerhalb der Apotheken freigegeben sind, dürfen an den Tierhalter oder an andere in § 47 Abs. 1 nicht genannte Personen nur in der Apotheke oder tierärztlichen Hausapotheke oder durch den Tierarzt ausgehändigt werden. Dies gilt nicht für Fütterungsarzneimittel und für Arzneimittel im Sinne des Absatzes 4 Satz 3. Abweichend von Satz 1 dürfen Arzneimittel, die ausschließlich zur Anwendung bei Tieren, die nicht der Gewinnung von Lebensmitteln dienen, zugelassen sind, von Apotheken, die eine behördliche Erlaubnis nach Absatz 1 haben, im Wege des Versandes abgegeben werden. Ferner dürfen in Satz 3 bezeichnete Arzneimittel im Rahmen des Betriebs einer tierärztlichen Hausapotheke im Einzelfall in einer für eine kurzfristige Weiterbehandlung notwendigen Menge für vom Tierarzt behandelte Einzeltiere im Wege des Versandes abgegeben

werden. Sonstige Vorschriften über die Abgabe von Arzneimitteln durch Tierärzte nach diesem Gesetz und der Verordnung über tierärztliche Hausapotheken bleiben unberührt.

(6) Arzneimittel dürfen im Rahmen der Übergabe einer tierärztlichen Praxis an den Nachfolger im Betrieb der tierärztlichen Hausapotheke abgegeben werden.

§ 44 Ausnahme von der Apothekenpflicht

(1) Arzneimittel, die von dem pharmazeutischen Unternehmer ausschließlich zu anderen Zwecken als zur Beseitigung oder Linderung von Krankheiten, Leiden, Körperschäden oder krankhaften Beschwerden zu dienen bestimmt sind, sind für den Verkehr außerhalb der Apotheken freigegeben.

(2) Ferner sind für den Verkehr außerhalb der Apotheken freigegeben:

1.
 - a) natürliche Heilwässer sowie deren Salze, auch als Tabletten oder Pastillen,
 - b) künstliche Heilwässer sowie deren Salze, auch als Tabletten oder Pastillen, jedoch nur, wenn sie in ihrer Zusammensetzung natürlichen Heilwässern entsprechen,
 2. Heilerde, Bademoore und andere Peloide, Zubereitungen zur Herstellung von Bädern, Seifen zum äußeren Gebrauch,
 3. mit ihren verkehrüblichen deutschen Namen bezeichnete
 - a) Pflanzen und Pflanzenteile, auch zerkleinert,
 - b) Mischungen aus ganzen oder geschnittenen Pflanzen oder Pflanzenteilen als Fertigarzneimittel,
 - c) Destillate aus Pflanzen und Pflanzenteilen,
 - d) Presssäfte aus frischen Pflanzen und Pflanzenteilen, sofern sie ohne Lösungsmittel mit Ausnahme von Wasser hergestellt sind,
 4. Pflaster,
 5. ausschließlich oder überwiegend zum äußeren Gebrauch bestimmte Desinfektionsmittel sowie Mund- und Rachendesinfektionsmittel.
- (3) Die Absätze 1 und 2 gelten nicht für Arzneimittel, die
1. nur auf ärztliche, zahnärztliche oder tierärztliche Verschreibung abgegeben werden dürfen oder
 2. durch Rechtsverordnung nach § 46 vom Verkehr außerhalb der Apotheken ausgeschlossen sind.

Sozialgesetzbuch V

§ 1 Solidarität und Eigenverantwortung

Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich; sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden. Die Krankenkassen haben den Versicherten dabei durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu helfen und auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken.

§ 31 Arznei- und Verbandmittel

(1) Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln, soweit die Arzneimittel nicht nach § 34 oder durch Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 ausgeschlossen sind, und auf Versorgung mit Verbandmitteln, Harn- und Blutteststreifen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 festzulegen, in welchen medizinisch notwendigen Fällen Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen, die als Medizinprodukte nach § 3 Nr. 1 oder Nr. 2 des Medizinproduktegesetzes zur Anwendung am oder im menschlichen Körper bestimmt sind, ausnahmsweise in die Arzneimittelversorgung einbezogen werden; § 34 Abs. 1 Satz 5, 7 und 8 und Abs. 6 sowie die §§ 35, 126 und 127 gelten entsprechend. Für verschreibungspflichtige und nicht verschreibungspflichtige Medizinprodukte nach Satz 2 gilt § 34 Abs. 1 Satz 6 entsprechend. Der Vertragsarzt kann Arzneimittel, die auf Grund der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 von der Versorgung ausgeschlossen sind, ausnahmsweise in medizinisch begründeten Einzelfällen mit Begründung verordnen. Für die Versorgung nach Satz 1 können die Versicherten unter den Apotheken, für die der Rahmenvertrag nach § 129 Abs. 2 Geltung hat, frei wählen.

(2) Für ein Arznei- oder Verbandmittel, für das ein Festbetrag nach § 35 oder § 35a festgesetzt ist, trägt die Krankenkasse die Kosten bis zur Höhe dieses Betrages, für andere Arznei- oder Verbandmittel die vollen Kosten, jeweils abzüglich der vom Versicherten zu leistenden Zuzahlung und der Abschläge nach den §§ 130, 130a und dem Gesetz zur Einführung von Abschlägen der pharmazeutischen Großhändler. Hat die Krankenkasse mit einem pharmazeutischen Unternehmen, das ein Festbetragsarzneimittel anbietet, eine Vereinbarung nach § 130a Abs. 8 abgeschlossen, trägt die Krankenkasse abweichend von Satz 1 den Apothekenverkaufspreis dieses Mittels abzüglich der Zuzahlungen und Abschläge nach den §§ 130 und 130a Abs. 1, 3a und 3b. Diese Vereinbarung ist nur zulässig, wenn hierdurch die Mehrkosten der Überschreitung des Festbetrages ausgeglichen werden. Die Krankenkasse übermittelt die erforderlichen Angaben einschließlich des Arzneimittel- und des Institutionskennzeichens der Krankenkasse an die Vertragspartner nach § 129 Abs. 2; das Nähere ist in den Verträgen nach § 129 Abs. 2 und 5 zu vereinbaren. Versicherte und Apotheken sind nicht verpflichtet, Mehrkosten an die Krankenkasse zurückzuzahlen, wenn die von der Krankenkasse abgeschlossene Vereinbarung den gesetzlichen Anforderungen nicht entspricht.

(2a) (weggefallen)

(3) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, leisten an die abgebende Stelle zu jedem zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordneten Arznei- und Verbandmittel als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrag, jedoch jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels. Satz 1 findet keine Anwendung bei Harn- und Blutteststreifen. Satz 1 gilt auch für Medizinprodukte, die nach Absatz 1 Satz 2 und 3 in die Versorgung mit Arzneimitteln einbezogen worden sind. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann Arzneimittel, deren Abgabepreis des

pharmazeutischen Unternehmers ohne Mehrwertsteuer mindestens um 30 vom Hundert niedriger als der jeweils gültige Festbetrag ist, der diesem Preis zugrunde liegt, von der Zuzahlung freistellen, wenn hieraus Einsparungen zu erwarten sind. Für andere Arzneimittel, für die eine Vereinbarung nach § 130a Abs. 8 besteht, kann die Krankenkasse die Zuzahlung um die Hälfte ermäßigen oder aufheben, wenn hieraus Einsparungen zu erwarten sind. Absatz 2 Satz 4 gilt entsprechend.

(4) Das Nähere zu therapiegerechten und wirtschaftlichen Packungsgrößen bestimmt das Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates. Ein Fertigarzneimittel, dessen Packungsgröße die größte der auf Grund der Verordnung nach Satz 1 bestimmte Packungsgröße übersteigt, ist nicht Gegenstand der Versorgung nach Absatz 1 und darf nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgegeben werden.

(5) Versicherte haben Anspruch auf bilanzierte Diäten zur enteralen Ernährung, wenn eine diätetische Intervention mit bilanzierten Diäten medizinisch notwendig, zweckmäßig und wirtschaftlich ist. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 fest, unter welchen Voraussetzungen welche bilanzierten Diäten zur enteralen Ernährung vom Vertragsarzt verordnet werden können und veröffentlicht im Bundesanzeiger eine Zusammenstellung der verordnungsfähigen Produkte. § 34 Abs. 6 gilt entsprechend. In die Zusammenstellung sollen nur Produkte aufgenommen werden, die die Anforderungen der Richtlinie erfüllen. Für die Zuzahlung gilt Absatz 3 Satz 1 entsprechend. Für die Abgabe von bilanzierten Diäten zur enteralen Ernährung gelten die §§ 126 und 127 entsprechend. Bei Vereinbarungen nach § 84 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 sind Leistungen nach Satz 1 zu berücksichtigen.

§ 34 Ausgeschlossene Arznei-, Heil- und Hilfsmittel Abs. 1

(1) Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel sind von der Versorgung nach § 31 ausgeschlossen. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 fest, welche nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel, die bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten, zur Anwendung bei diesen Erkrankungen mit Begründung vom Vertragsarzt ausnahmsweise verordnet werden können. Dabei ist der therapeutischen Vielfalt Rechnung zu tragen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat auf der Grundlage der Richtlinie nach Satz 2 dafür Sorge zu tragen, dass eine Zusammenstellung der verordnungsfähigen Fertigarzneimittel erstellt, regelmäßig aktualisiert wird und im Internet abrufbar sowie in elektronisch weiterverarbeitbarer Form zur Verfügung steht. Satz 1 gilt nicht für:

1. versicherte Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr,
2. versicherte Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit Entwicklungsstörungen.

Für Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, sind von der Versorgung nach § 31 folgende verschreibungspflichtige Arzneimittel bei Verordnung in den genannten Anwendungsgebieten ausgeschlossen:

1. Arzneimittel zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten einschließlich der bei diesen Krankheiten anzuwendenden Schnupfenmittel, Schmerzmittel, hustendämpfenden und hustenlösenden Mittel,
2. Mund- und Rachentherapeutika, ausgenommen bei Pilzinfektionen,
3. Abführmittel,
4. Arzneimittel gegen Reisekrankheit.

Von der Versorgung sind außerdem Arzneimittel ausgeschlossen, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht. Ausgeschlossen sind insbesondere Arzneimittel, die überwiegend zur Behandlung der erektilen Dysfunktion, der Anreizung sowie Steigerung der sexuellen Potenz, zur Raucherentwöhnung, zur Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits, zur Regulierung des Körpergewichts oder zur Verbesserung des Haarwuchses dienen. Das Nähere regeln die Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6.

(2) (weggefallen)

(3) Der Ausschluss der Arzneimittel, die in Anlage 2 Nummer 2 bis 6 der Verordnung über unwirtschaftliche Arzneimittel in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 21. Februar 1990 (BGBl. I S. 301), die zuletzt durch die Verordnung vom 9. Dezember 2002 (BGBl. I S. 4554) geändert worden ist, aufgeführt sind, gilt als Verordnungsausschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses und ist Teil der Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6. Bei der Beurteilung von Arzneimitteln der besonderen Therapierichtungen wie homöopathischen, phytotherapeutischen und anthroposophischen Arzneimitteln ist der besonderen Wirkungsweise dieser Arzneimittel Rechnung zu tragen.

(4) Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Hilfsmittel von geringem oder umstrittenem therapeutischen Nutzen oder geringem Abgabepreis bestimmen, deren Kosten die Krankenkasse nicht übernimmt. Die Rechtsverordnung kann auch bestimmen, inwieweit geringfügige Kosten der notwendigen Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung sowie der Ausbildung im Gebrauch der Hilfsmittel von der Krankenkasse nicht übernommen werden. Die Sätze 1 und 2 gelten nicht für die Instandsetzung von Hörgeräten und ihre Versorgung mit Batterien bei Versicherten, die das achtzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Für nicht durch Rechtsverordnung nach Satz 1 ausgeschlossene Hilfsmittel bleibt § 92 unberührt.

(5) (weggefallen)

(6) Pharmazeutische Unternehmer können beim Gemeinsamen Bundesausschuss Anträge zur Aufnahme von Arzneimitteln in die Zusammenstellung nach Absatz 1 Satz 2 und 4 stellen. Die Anträge sind ausreichend zu begründen; die erforderlichen Nachweise sind dem Antrag beizufügen. Sind die Angaben zur Begründung des Antrags unzureichend, teilt der Gemeinsame Bundesausschuss dem Antragsteller unverzüglich mit, welche zusätzlichen Einzelangaben erforderlich sind. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat über ausreichend begründete Anträge nach Satz 1 innerhalb von 90 Tagen zu bescheiden und den Antragsteller über Rechtsmittel und Rechtsmittelfristen zu belehren. Eine ablehnende Entscheidung muss eine auf objektiven und überprüfbaren Kriterien beruhende Begründung enthalten. Für das Antragsverfahren sind Gebühren zu erheben. Das Nähere insbesondere zur ausreichenden Begründung und zu den erforderlichen Nachweisen regelt der Gemeinsame Bundesausschuss.

Apothekenbetriebsordnung

§ 17 Erwerb und Abgabe von Arzneimitteln und Medizinprodukten

(1) Arzneimittel dürfen nur von zur Abgabe von Arzneimitteln berechtigten Betrieben erworben werden.

(1a) Arzneimittel dürfen, außer im Falle des § 11a des Apothekengesetzes und des Absatzes 2a, nur in den Apothekenbetriebsräumen in den Verkehr gebracht und nur durch pharmazeutisches Personal ausgehändigt werden. Satz 1 ist auf apothekenpflichtige Medizinprodukte entsprechend anzuwenden.

(2) Die Zustellung durch Boten der Apotheke ist im Einzelfall ohne Erlaubnis nach § 11a des Apothekengesetzes zulässig; dabei sind die Arzneimittel für jeden Empfänger getrennt zu verpacken und jeweils mit dessen Namen und Anschrift zu versehen. Absatz 2a Satz 1 Nr. 1 und 2 und Satz 2 gilt entsprechend; Absatz 2a Satz 1 Nr. 5 bis 7 und 9 ist, soweit erforderlich, ebenfalls anzuwenden. Bei Zustellung durch Boten ist dafür Sorge zu tragen, daß die Arzneimittel dem Empfänger in zuverlässiger Weise ausgeliefert werden. Sofern eine Beratung in der Apotheke nicht bereits vorgenommen wurde, muss die Beratung durch das pharmazeutische Personal der Apotheke in unmittelbarem Zusammenhang mit der Auslieferung erfolgen. Die Vorschriften des § 43 Abs. 5 des Arzneimittelgesetzes über die Abgabe von Arzneimitteln, die zur Anwendung bei Tieren bestimmt sind, bleiben unberührt.

(2a) Bei dem nach § 11a des Apothekengesetzes erlaubten Versand hat der Apothekenleiter sicherzustellen, dass

1. das Arzneimittel so verpackt, transportiert und ausgeliefert wird, dass seine Qualität und Wirksamkeit erhalten bleibt,
2. das Arzneimittel entsprechend den Angaben des Auftraggebers ausgeliefert und gegebenenfalls die Auslieferung schriftlich bestätigt wird. Der Apotheker kann in begründeten Fällen entgegen der Angabe des Auftraggebers, insbesondere wegen der Eigenart des Arzneimittels, verfügen, dass das Arzneimittel nur gegen schriftliche Empfangsbestätigung ausgeliefert wird,
3. der Besteller in geeigneter Weise davon unterrichtet wird, wenn erkennbar ist, dass die Versendung des bestellten Arzneimittels nicht innerhalb der in § 11a Nr. 3 Buchstabe a des Apothekengesetzes genannten Frist erfolgen kann,
4. alle bestellten Arzneimittel, soweit sie im Geltungsbereich des Arzneimittelgesetzes in den Verkehr gebracht werden dürfen und verfügbar sind, geliefert werden,
5. für den Fall von bekannt gewordenen Risiken bei Arzneimitteln dem Kunden Möglichkeiten zur Meldung solcher Risiken zur Verfügung stehen, der Kunde über ihn betreffende Risiken informiert wird und zur Abwehr von Risiken bei Arzneimitteln innerbetriebliche Abwehrmaßnahmen durchgeführt werden,
6. die behandelte Person darauf hingewiesen wird, dass sie mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt Kontakt aufnehmen soll, sofern Probleme bei der Anwendung des Arzneimittels auftreten,
7. die behandelte Person darauf hingewiesen wird, dass sie als Voraussetzung für die Arzneimittelbelieferung mit ihrer Bestellung eine Telefonnummer anzugeben hat, unter der sie durch pharmazeutisches Personal der Apotheke mit Erlaubnis zum Versand apothekenpflichtiger Arzneimittel gemäß § 11a des Apothekengesetzes auch mittels Einrichtungen der Telekommunikation ohne zusätzliche Gebühren beraten wird; die Möglichkeiten und Zeiten der Beratung sind ihnen mitzuteilen,
8. eine kostenfreie Zweitzustellung veranlasst wird und
9. ein System zur Sendungsverfolgung unterhalten wird.

Die Versendung darf nicht erfolgen, wenn zur sicheren Anwendung des Arzneimittels ein Informations- oder Beratungsbedarf besteht, der auf einem anderen Wege als einer persönlichen Information oder Beratung durch einen Apotheker nicht erfolgen kann.

(2b) Für Arzneimittel, die die Wirkstoffe Thalidomid oder Lenalidomid enthalten, ist ein Inverkehrbringen im Wege des Versandes nach § 43 Abs. 1 Satz 1 des Arzneimittelgesetzes nicht zulässig.

(3) Der Apothekenleiter darf Arzneimittel und Medizinprodukte, die der Apothekenpflicht unterliegen, nicht im Wege der Selbstbedienung in den Verkehr bringen.

(4) Verschreibungen von Personen, die zur Ausübung der Heilkunde, Zahnheilkunde oder Tierheilkunde berechtigt sind, sind in einer der Verschreibung angemessenen Zeit auszuführen.

(5) Die abgegebenen Arzneimittel müssen den Verschreibungen und den damit verbundenen Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Arzneimittelversorgung entsprechen. Enthält eine Verschreibung einen für den Abgebenden erkennbaren Irrtum, ist sie nicht lesbar oder ergeben sich sonstige Bedenken, so darf das Arzneimittel nicht abgegeben werden, bevor die Unklarheit beseitigt ist. Der Apotheker hat jede Änderung auf der Verschreibung zu vermerken und zu unterschreiben oder im Falle der Verschreibung in elektronischer Form der elektronischen Verschreibung hinzuzufügen und das Gesamtdokument mit einer qualifizierten elektronischen Signatur nach dem Signaturgesetz zu versehen. Die Vorschriften der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung bleiben unberührt.

(5a) Abweichend von Absatz 5 Satz 1 darf der Apotheker bei der Dienstbereitschaft während der Zeiten nach § 23 Absatz 1 Satz 2 ein anderes, mit dem verschriebenen Arzneimittel nach Anwendungsgebiet und nach Art und Menge der wirksamen Bestandteile identisches sowie in der Darreichungsform und pharmazeutischen Qualität vergleichbares Arzneimittel abgeben, wenn das verschriebene Arzneimittel nicht verfügbar ist und ein dringender Fall vorliegt, der die unverzügliche Anwendung des Arzneimittels erforderlich macht.(...).