Zeitschrift für Gesundheitspolitik
ZGP
Ausgabe 01/2016

Schwerpunktthema

Die Rolle der Hausapotheke in der Arzneimittel-versorgung im ländlichen Raum

LIG LINZER INSTITUT FÜR GESUNDHEITSSYSTEM-FORSCHUNG

Schwerpunktthema:

Die Rolle der Hausapotheke in der Arzneimittelversorgung im ländlichen Raum

ZGP

Zeitschrift für Gesundheitspolitik
ZGP

Schwerpunktthema

Die Rolle der Hausapotheke in der Arzneimittelversorgung im ländlichen Raum

Ausgabe 1/2016

LIG
LINZER INSTITUT FÜR GESUNDHEITSSYSTEM-FORSCHUNG

Impressum:

Die in der ZGP veröffentlichten Beiträge sind nicht unbedingt mit der Auffassung des LIG oder seines Trägers ident.

LIG – Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung
Obmann: Präs. Dr. Peter Niedermoser
Geschäftsführer: Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner

ZGP – Zeitschrift für Gesundheitspolitik
Medieninhaber, Herausgeber und Redaktion: Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung, Dinghoferstraße 4, 4010 Linz
www.lig-gesundheit.at

Coverfoto: www.fotolia.com/Sensay
Redaktion: Thomas Bergmair
Verleger: Verlagshaus der Ärzte GmbH, 1010 Wien
Druck: Ferdinand Berger & Söhne GmbH, 3580 Horn

Liebe Leserin, lieber Leser

In dieser Ausgabe behandelt die Zeitschrift für Gesundheitspolitik „Die Rolle der Hausapotheke in der Arzneimittelversorgung im ländlichen Raum".

Speziell dort nämlich leisten hausapothekenführende Ärztinnen und Ärzte einen elementaren Beitrag zur wohnortnahen medizinischen Versorgung. Jede einzelne Hausapotheke erspart den Patientinnen und Patienten nicht nur unnötige Wege, sondern trägt auch für betagte oder weniger mobile Teile der Bevölkerung wesentlich zur Lebensqualität bei.

Zusätzlich macht die Hausapotheke die Ausübung des Arztberufs in ländlichen Regionen attraktiver. Sie unterstützt damit die Bemühungen der Gesundheitspolitik um eine flächendeckende hausärztliche Versorgung und einen akzeptablen Zugang zu Gesundheitsleistungen in ländlichen Regionen.

Eine jüngst beschlossene Novelle Apothekengesetz bringt in vielen Fällen Erleichterungen, veranlasst aber auch nicht zu Euphorie. An den Problemen, die die Praxis mit der Orientierung der Hausapothekenbewilligung an Straßenkilometern hat, ändert sich nichts.

Wir haben in der vorliegenden Ausgabe Expertinnen und Experten eingeladen, ein neues Modell der Abgrenzung zwischen Apotheken- und Hausapothekengebieten in allen Facetten zu entwickeln, das die bisherigen Abgrenzungsschwierigkeiten überwinden soll. Natürlich handelt es sich dabei nur um ein Expertenmodell, das nicht mehr und auch nicht weniger sein kann, als das wozu es gedacht ist: Einen weiteren fundierten Lösungsvorschlag in die Diskussion um die Form der Arzneimitteldistribution in Österreich einzubringen. Angesichts des von vornherein sehr kontroversiellen Themas ist klar, dass solche Lösungsansätze höchst unterschiedlich bewertet werden und keine Aussicht auf uneingeschränkte Akzeptanz haben. Vielleicht können sie aber die Basis für eine fruchtbare politische Diskussion werden.

Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner
Geschäftsführer LIG

Dr. Peter Niedermoser
Obmann LIG

Liebe Leserin, lieber Leser

Gerade im ländlichen Raum, also in weniger dicht besiedelten Gebieten, stellt die medikamentöse Versorgung der Bevölkerung durch die ärztliche Hausapotheke den entscheidenden Vorteil dar. Im ländlichen Raum sind die Anfahrtswege zum Arzt meistens ohnehin schon länger, die Vorhaltung mit öffentlichen Verkehrsmittel ist deutlich eingeschränkter, dadurch ergibt sich durch die direkte Medikamentenabgabe beim Arzt mit Hausapotheke wahrscheinlich der entscheidende Vorteil für die Patienten, vor allem natürlich für ältere und weniger mobile Patienten. Auch am Wochenende und im Nachtdienst stellt die direkte Abgabe von Medikamenten an die Patienten die sinnvollste und effektivste Möglichkeit einer medizinischen Versorgung dar, werden doch damit die sinnlosen und völlig nutzlosen Medikamentenabholfahrten durch Angehörige ebenfalls vermieden.

Medizinalrat Dr. Silvester Hutgrabner

Ärztekammer für Oberösterreich:
Kurienobmann-Stv. der niedergelassenen Ärzte;
Referent für Land- und Gemeindeärzte

Liebe Leserin, lieber Leser

Wiewohl die 2016 zuletzt erfolgte Apothekengesetznovelle zu einer Verbesserung der Versorgungssicherheit der ländlichen Bevölkerung mit Medikamenten geführt hat, bleiben immer noch Versorgungslücken bestehen.
Die noch bestehende Abstandsbegrenzung macht es nach wie vor mehreren Landärzten nicht möglich, ihre Patienten mit den nötigen Medikamenten zu versorgen, ohne dass diese Wegstrecken von bis zu 4 Kilometer zurücklegen müssen.
Aus diesem Grunde ist es anzustreben, die Gesetzgebung dahingehend zu verändern, dass auf die Versorgung der Bevölkerung außerhalb von Ballungszentren im Besonderen einzugehen ist.
Dazu erscheint mir die Bezugnahme auf Siedlungsdichte sowie die Einwohnerzahl, wie in den folgenden Ausführungen beschrieben, geeignet.
Nachdem sich seit 1984 in sechs Gesetzesnovellierungen und noch mehr Verfassungs- und Verwaltungsgerichtshoferkenntnissen die Medikamentenversorgungsrichtlinien immer wieder geändert haben, stellt sich die Frage nach der Sinnhaftigkeit von weiteren gebietsschutzartigen, einschränkenden Bestimmungen. Demzufolge ist auch auf eine Möglichkeit der Medikamentenabgabe durch den Arzt innerhalb von gebietsübergreifenden Notdienstsystemen Rücksicht zu nehmen.
Es bleibt zu hoffen, dass eine Novellierungs- und Erkenntnisserie von über 20 Jahren mit einer Beseitigung von zu engen Grenzen zu beenden ist.

Dr. Holger Grassner

Ärztekammer für Oberösterreich,
Referent für Hausapotheken

Inhaltsverzeichnis

Vorschläge für ein neues System der Hausapothekenbewilligung **11**
Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner

Zur Versorgungssicherung durch ärztliche Hausapotheken in „ländlichen Gebieten“ **25**
Univ.-Prof. DDr. Michael Potacs

Grundlagen zur ärztlichen Medikamentenabgabe **35**
Univ.-Prof. Dr. Manfred Maier

Hausapotheken in Oberösterreich – Schluss mit dem Wirbel, her mit den Fakten! **49**
Mag. Karl Schableger

Bewilligung von Hausapotheken gemäß Apothekengesetz – Ein geografischer Ansatz zur Neumodellierung **87**
WIGeoGIS GmbH, Wien/München/Warschau

Selbstdispensation in der Schweiz **99**
Thomas Bergmair

Bürgermeister am Wort **117**
Mit Beiträgen von Labg. BM Jürgen Höckner (Scharten, Oberösterreich), BM Jürgen Maschl (Schwadorf, Niederösterreich), BM Engelbert Huber (Mooskirchen, Steiermark), BM Manfred Zeismann (Krenglbach, Oberösterreich), BM Hannes Eder, MR Dr. Richard Lanner (GV Obm. Ausschuss Gesundheit und Soziales, Wildschönau, Tirol), BR BM Peter Oberlehner (Pötting, Oberösterreich) und BM Mag. Stefan Deutschmann (Grafenstein, Kärnten)

Auf den StandPunkt gebracht **131**
Mit Beiträgen von Helmut Mödlhammer, Nabg. Erwin Spindelberger, NR-Abg. Dr. Erwin Rasinger, Eva Mückstein, Mag. Gerald Loacker und NAbg. Ulla Weigerstorfer

Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner

Kammeramtsdirektor der Ärztekammer für Oberösterreich

Vorschläge für ein neues System der Hausapothekenbewilligung

1. Einleitung **12**

2. Historische Entwicklung **14**

3. Fortbestehende Probleme **20**

4. Vorgeschlagene Neulösung **21**

Das aktuelle Apothekengesetz zählt zu den ältesten Rechtsvorschriften im Gesundheitsbereich. Bereits seine Stammfassung sah im Hinblick auf die besondere Topographie des österreichischen Staatsgebietes ein Nebeneinander von öffentlichen Apotheken und sogenannten ärztlichen Hausapotheken vor. Die Idee war, dass öffentliche Apotheken die Ballungsräume versorgen, während im ländlichen Raum die Bevölkerung aufgrund der dort zu überwindenden wesentlich längeren Wegstrecken Arzneimittel direkt von ihrem Hausarzt bekommen sollte.

Die Apothekengesetznovelle 2016 hat dazu geführt, dass eine ganze Reihe von ärztlichen Hausapotheken, die aufgrund der bisher gültigen Rechtslage unmittelbar gefährdet erschienen, nunmehr in ihrem Fortbestand gesichert ist. Trotzdem bestehen auch nach der Neuregelung einige erhebliche Probleme, die eine effiziente Versorgung der ländlichen Bevölkerung mit Arzneimitteln in Frage stellen und es notwendig machen, über ein neues Konzept der Abgrenzung zwischen öffentlichen Apotheken und ärztlichen Hausapotheken nachzudenken. Der vorliegende Beitrag liefert ein solches Konzept und präsentiert einen Vorschlag für eine Neulösung.

1. Einleitung

Das aktuelle Apothekengesetz zählt zu den ältesten Rechtsvorschriften im Gesundheitsbereich. Die Stammfassung des Apothekengesetzes stammt vom 18.12.1906 und wurde am 10.01.1907 verlautbart.[1] Bereits die Stammfassung des Apothekengesetzes sah im Hinblick auf die besondere Topographie des österreichischen Staatsgebietes ein Nebeneinander von öffentlichen Apotheken und sogenannten ärztlichen Hausapotheken vor. Die Idee war, dass öffentliche Apotheken die Ballungsgebiete versorgen, während im ländlichen Raum die Bevölkerung aufgrund der dort zu überwindenden wesentlich längeren Wegstrecken Arzneimittel direkt von ihrem Hausarzt bekommen sollte.

In dieses über Jahrzehnte durchaus erfolgreiche System griff der Verfassungsgerichtshof im Jahr 1998 ein.[2] Mit dieser Entscheidung wurde – nicht nur gegen den Willen der Standesvertretung der Ärzte, sondern auch entgegen der im Verfahren erstatteten Stellungnahme der Standesvertretung der Apotheker – gravierend in die bis dahin geltende Abgrenzung zwischen Apotheken- und Hausapothekengebieten eingegriffen. Damit wurde aber nicht nur ein pragmatischer Kompromiss zwischen den Berufsgruppen der Ärzte und Apotheker in Frage gestellt. Die Konsequenzen aus der Erkenntnis widersprachen zum Teil auch völlig den Bedürfnissen der ländlichen Bevölkerung, was sich darin äußerte, dass über Initiative von vielen Regionalpolitikern der Gesetzgeber in weiterer Folge immer wieder versucht hat, die im Kern schon seit 1907 geltenden Grundsätze der Abgrenzung zwischen Apothekengebieten und Hausapothekengebieten legistisch aufrechtzuerhalten. Dass der Gesetzgeber dabei sehr beharrlich agiert hat und auch weitere aufhebende Erkenntnisse des Verfassungsgerichtshofes zum Anlass genommen hat, das Apothekengesetz mit dem Ziel der Erhaltung der ärztlichen Hausapotheke zu sanieren, beweist, wie dringend dieses Anliegen für die ländliche Bevölkerung ist.

Diese Ausgangssituation hat nicht zuletzt zu einer ganz rezenten Novellierung des Apothekengesetzes geführt. Über Initiativantrag einiger Abgeordneter hat der Nationalrat zuletzt am 27.04.2016 eine Erleichterung der Voraussetzungen für die Erteilung der Hausapothekenbewilligung beschlossen.[3] Dieser Initiativantrag wurde mit dem Wunsch der Bevölkerung der betroffenen Gebiete begründet, weiterhin die Möglichkeit zu haben, Arzneimittel direkt beim Hausarzt zu erhalten, und

1 RGBl 1907/5
2 VfGH vom 02.03.1998, VfSlg 15103/1998
3 BGBl 2016/30

wurde auch als Beitrag zur Sicherstellung der allgemeinmedizinischen Versorgung im ländlichen Raum gesehen. In der politischen Diskussion wird das Argument, dass in ländlichen Gebieten eine Versorgung über öffentliche Apotheken aufgrund der Verkehrsverhältnisse und der nur unzureichend zur Verfügung stehenden öffentlichen Verkehrsmittel zu unzumutbaren Wegstrecken führt, noch durch ein weiteres ergänzt. Der zuletzt immer spürbarer gewordene Arztmangel führt dazu, dass es zunehmend schwieriger wird, Allgemeinärzte zu motivieren, eine Landarztstelle zu übernehmen. Die Aufrechterhaltung der Dispensiermöglichkeit von Allgemeinärzten in ländlichen Gegenden wird daher nicht nur als komfortablere Arzneimittelversorgung für die Bevölkerung gesehen, sondern überhaupt als Grundbedingung dafür, dass die Versorgung der ländlichen Bevölkerung mit Hausärzten einigermaßen gewährleistet werden kann.

Es scheint daher sinnvoll, über die aus Sicht der Bevölkerung, aber natürlich auch der Ärzteschaft zu begrüßende jüngste Novellierung des Apothekengesetzes hinaus an eine Neukonzeption des Systems zu denken. Eine solche muss zwei Anforderungen erfüllen: Sie muss möglichst einfach und klar dem ursprünglichen Gedanken des Apothekengesetzes Rechnung tragen, dass öffentliche Apotheken nur in Ballungsgebieten Sinn machen, während in den ländlichen Regionen die Versorgung mit Arzneimitteln durch den Hausarzt das für die Bevölkerung wesentlich probatere Mittel ist, und es muss selbstverständlich eine Regelung gefunden werden, die mit den verfassungsrechtlichen Vorgaben übereinstimmt und daher auch nicht vom VfGH zu beanstanden ist.

2. Historische Entwicklung

§ 10 der Stammfassung des Apothekengesetzes vom 18.12.1906[4] sah vor, dass eine Konzession zum Betrieb einer öffentlichen Apotheke dann zu erteilen ist, wenn ein Bedarf der Bevölkerung nach einer solchen besteht. Nach derselben Bestimmung war die Konzession jedenfalls zu verweigern, wenn durch die Neuerrichtung die Existenzfähigkeit der im Standort oder in der Umgebung bestehenden öffentlichen Apotheken oder die Existenzfähigkeit eines eine Hausapotheke führenden Arztes gefährdet wäre. § 29 Apothekengesetz in der Stammfassung trug der Behörde auf, die Bewilligung zur Haltung einer Hausapotheke einem Arzt dann zu erteilen, wenn sich am Ort keine öffentliche Apotheke befindet und mit Rücksicht auf die Entfernung zur nächsten öffentlichen Apotheke ein Bedarf nach einer Verabreichungsstelle von Heilmitteln besteht.

Diese sehr allgemeinen Formulierungen wurden vom Verwaltungsgerichtshof in etlichen Entscheidungen dahingehend ausgelegt, dass ein Bedarf nach einer öffentlichen Apotheke bei einer zu versorgenden Bevölkerungszahl von zwischen 5.000 und 6.000 potenziellen Kunden anzunehmen sei.[5] Mit der Apothekengesetznovelle 1984[6] wurde versucht, die durch das Höchstgericht interpretativ entwickelten Grundsätze aus Gründen der Rechtssicherheit unmittelbar in das Apothekengesetz zu übernehmen. Mit dieser Novelle wurde festgelegt, dass die Konzession für eine neu zu errichtende Apotheke dann zu erteilen ist, wenn einerseits ein Bedarf danach besteht und andererseits durch die Neuerrichtung die Existenzfähigkeit bestehender öffentlicher Apotheken nicht gefährdet wird. In § 10 Abs. 2 Apothekengesetz wurde neu normiert, dass ein Bedarf jedenfalls dann nicht anzunehmen ist, wenn durch die neue Apotheke weniger als 5.500 Personen im Umkreis von vier Straßenkilometern zu versorgen sind und die Entfernung zur nächstgelegenen Apotheke weniger als 500 Meter beträgt. Was die Frage der Gefährdung der Existenz der Nachbarapotheken anlangt, wurde davon abgegangen, auf die jeweilige individuelle wirtschaftliche Situation abzustellen, wobei geprüft werden soll, ob der Fortbestand der bestehenden Nachbarapotheken bei pharmazeutisch ordnungsgemäßer und wirtschaftlich rationeller Betriebsführung gewährleistet erscheint. Gleichzeitig wurde die Bewilligung zur Erteilung einer Hausapotheke neu geregelt. § 29 Apothekengesetz in der Fassung dieser Novelle sah vor, dass einem praktischen Arzt eine Hausapothekenbewilligung zu erteilen ist, wenn der Berufssitz des Arztes von der Betriebsstätte der nächsten öffentli-

4 RGBl 1907/5
5 EuGH 17.06.1969, 1693/68; VwGH 29.04.1966, 2143/65; VwGH 23.09.1975, 1878/74
6 BGBl 1984/502

chen Apotheke mehr als sechs Straßenkilometer entfernt ist. Nach § 29 Abs. 4 in der Fassung dieser Novelle war hingegen die Bewilligung zur Haltung einer bestehenden ärztlichen Hausapotheke erst dann zurückzunehmen, wenn eine neue Apotheke näher als vier Straßenkilometer von der Hausapotheke ihren Standort eröffnete. Diese Regelung wurde logischerweise auch auf den Nachfolger eines praktischen Arztes mit Hausapothekenbewilligung übertragen, sodass für dessen Bewilligung keine Entfernung von sechs, sondern nur von vier Straßenkilometern zur nächsten öffentlichen Apotheke nachgewiesen werden musste.

Im Jahr 1990 kam es zu einer neuerlichen Novellierung der Bestimmung des § 10 Apothekengesetzes.[7] Die Neufassung verneinte den Bedarf an einer neuen Apotheke dann, wenn die Zahl der im Umkreis von 4 Straßenkilometern zu versorgenden Personen weniger als 5.500 oder die Entfernung zur nächstgelegenen öffentlichen Apotheke weniger als 500 Meter beträgt oder die Zahl der von der nächstgelegenen öffentlichen Apotheke aus weiterhin zu versorgenden Personen sich in Folge der Neuerrichtung auf weniger als 5.500 verringert. Die Gesetzesmaterialien begründeten die Neuregelung mit der Absicht, die Kriterien der Bedarfsprüfung damit klarer zu fassen.[8]

Diese Regelung wurde allerdings vom VfGH mit einer sehr ausführlichen Erkenntnis vom 02.03.1998[9] aufgehoben, obwohl nicht nur die Ärztekammer, sondern auch die Apothekerkammer in ihrer Stellungnahme für die Beibehaltung der damals bestehenden Rechtslage plädiert hatte. Der VfGH schloss sich dabei Bedenken des VwGH an und hob einen Teil der Bedarfsregelung auf. Er hielt es zwar auch unter dem Blickwinkel des Art. 6 StGG (Erwerbsausübungsfreiheit) für zulässig, den Antrag auf Erteilung einer Konzession wegen Verkürzung des Mindestversorgungspotenzials der nächstgelegenen Apotheken bzw. wegen Nichteinhaltung der Mindestentfernung von 500 Metern abzulehnen. Das klaglose Funktionieren der Heilmittelversorgung der Bevölkerung läge im öffentlichen Interesse. Der Verfassungsgerichtshof hielt es für plausibel, dass dieses Ziel angesichts des konkreten rechtlichen und wirtschaftlichen Umfeldes, in dem Apotheken zu arbeiten haben, Betriebe mit einer bestimmten Mindestgröße voraussetze. Der VfGH konnte allerdings nicht erkennen, wie das öffentliche Interesse an der Heilmittelversorgung durch die Neuerrichtung einer öffentlichen Apotheke gefährdet sein könnte, wenn die ordnungsgemäße Heilmittelversorgung durch die bisher bestehenden öffentlichen Apotheken in Folge der Neuerrichtung nicht beeinträchtigt wird. Die Existenzfähigkeit einer neu geschaffenen Apotheke müsse der Einschätzung des Konzessionswerbers überlassen bleiben. Der VfGH ging

7 BGBl 1990/362
8 BlgNR 1336, 17. GP 4
9 VfSlg 15103/1998

zwar in seiner Begründung kurz darauf ein, dass nach dem Apothekengesetz die Errichtung neuer öffentlicher Apotheken automatisch die Schließung von ärztlichen Hausapotheken im Umfeld zur Folge hat. Er verwies allerdings darauf, dass nach der – verfassungsrechtlich nicht zu beanstandenden – (damaligen) Konzeption des Apothekengesetzes die Heilmittelversorgung primär Aufgabe der öffentlichen Apotheken sei und die ärztliche Hausapotheke nur Surrogatfunktion für die Fälle habe, in denen eine öffentliche Apotheke nicht vorhanden ist. Selbst wenn es sich um eine kleinere Apotheke handle, sei zu bedenken, dass diese der Betriebspflicht und Regelungen über Öffnungszeiten und den Bereitschaftsdienst unterliegt, beides im Unterschied zu ärztlichen Hausapotheken.

Der Verfassungsgerichtshof hat, was viele Jahre später noch eine Rolle spielen sollte, seine Argumentation allerdings auf die von ihm so gedeutete einfachgesetzliche Konzeption des damaligen Apothekengesetzes bezogen und sich keineswegs dahingehend geäußert, dass der Vorrang der öffentlichen Apotheke in irgendeiner Form bereits verfassungsrechtlich geboten sei. Kritisch zu hinterfragen ist allerdings, ob er tatsächlich die Versorgungswirksamkeit von öffentlichen Apotheken und ärztlichen Hausapotheken in peripheren Gegenden richtig eingeschätzt hat. Tatsächlich ist schon der Apothekengesetzgeber des Jahres 1906 davon ausgegangen, dass in ländlichen Gegenden die Versorgung mit einer ärztlichen Hausapotheke gegenüber öffentlichen Apotheken Vorteile hat. Faktisch wurde diese politische Einschätzung auch in der jüngeren Vergangenheit dadurch bestätigt, dass der Wegfall von Hausapotheken infolge der durch die VfGH-Erkenntnis möglich gewordenen Neuerrichtung von öffentlichen Apotheken keineswegs die Zustimmung der davon betroffenen ländlichen Bevölkerung gefunden hat. Dies ist wenig verwunderlich, weil eine Wegstrecke von bis zu vier bzw. sogar sechs Kilometern für Patienten ohne eigenes Fahrzeug in ländlichen Gebieten natürlich eine Herausforderung darstellt. Dazu kommt, dass sich die Betriebspflicht für öffentliche Apotheken dadurch relativiert, dass die Bezirksverwaltungsbehörde bei Orten, die nur von einer öffentlichen Apotheke versorgt sind, einen Dienstturnus mit anderen Orten zulassen kann, wovon in der Praxis auch deshalb reichlich Gebrauch gemacht wird, weil kleine Landapotheken nicht in der Lage sind, genügend pharmazeutische Fachkräfte vorzuhalten, um selbst rund um die Uhr für die Arzneimittelversorgung zur Verfügung zu stehen. Die betroffene Landbevölkerung hat daher entgegen der sehr formalen Betrachtungsweise des VfGH in der Regel die Ablöse einer ärztlichen Hausapotheke durch eine neu errichtete öffentliche Apotheke nicht als Fortschritt empfunden, sondern hätte lieber weiterhin die benötigten Arzneimittel direkt vom behandelnden Hausarzt bezogen.

Kritisch anzumerken ist auch, dass der VfGH offenbar nicht die gesamte Tragweite der von ihm aufgehobenen Bestimmung des § 10 Abs. 2 Z 1 Apothekengesetz

erkannt hat. Diese Regelung, die die Konzessionserteilung an eine neue Apotheke an die Bedingung knüpfte, dass (grob gesprochen) innerhalb von vier Straßenkilometern 5.500 Einwohner zu versorgen sind, diente nicht nur dem Schutz des Konzessionswerbers vor unwirtschaftlichen Investitionen. Es ist anzunehmen, dass auch der Gesetzgeber der Apothekengesetznovelle 1984 den Bewerbern um eine Apothekenkonzession zugetraut hat, ihre Investitionschancen einigermaßen realistisch beurteilen zu können. Aus den Materialien zur Apothekengesetznovelle 1984 geht auch nicht hervor, dass es dem Gesetzgeber mit dem Erfordernis des Nachweises von 5.500 Personen innerhalb von vier Straßenkilometern darum gegangen wäre, Konzessionsbewerber vor wirtschaftlich übereilten Entscheidungen zu schützen. Der Sinn dieser Bestimmung lag wohl primär darin, dass in Fortentwicklung der ursprünglichen Grundkonzeption des Apothekengesetzes damit eine praktische Abgrenzung zwischen Apotheken- und Hausapothekengebieten erreicht werden konnte. Der Nachweis der Versorgung von 5.500 Personen innerhalb von vier Straßenkilometern gelingt typischerweise nur in Ballungsräumen, also in jenen Gebieten, die schon der ursprüngliche Apothekengesetzgeber im Unterschied zu den ländlichen Gebieten mit öffentlichen Apotheken versorgt haben wollte. Eine inhaltliche und nicht bloß formale Bewertung des damaligen § 10 Abs. 2 Z 1 Apothekengesetz durch den Verfassungsgerichtshof hätte daher dazu führen müssen, ein öffentliches Interesse an diesem Bedarfskriterium zur Erreichung einer flächendeckenden und allen Bevölkerungsgruppen zugänglichen Arzneimittelversorgung anzuerkennen.

Da es gegen die befürchtete Zurückdrängung von ärztlichen Hausapotheken durch öffentliche Apotheken im ländlichen Bereich erheblichen Widerstand der Bevölkerung und der verantwortlichen Lokalpolitik gab, kam es auch zu sehr raschen Reaktionen des Gesetzgebers. Mit BGBl 120/1998 vom 14.08.1998 trat eine Übergangsvorschrift für den Betrieb von Hausapotheken in Kraft, die vorsah, dass bereits vor dem 01.06.1998 in Betrieb genommene Hausapotheken trotz Errichtung einer neuen öffentlichen Apotheke in ihrer unmittelbaren Umgebung ihre Bewilligung nicht vor dem 31.05.2008 verlieren.[10] Als sich auch die Aufhebung dieser Bestimmung durch den VfGH abzeichnete[11], wurde – wieder über Initiativantrag – das Apothekengesetz neuerlich geändert. Mit BGBl 2001/16 vom 02.03.2001 wurde § 10 Abs. 2 Apothekengesetz neu formuliert. Die Neufassung sah vor, dass ein Konzessionsansuchen für eine neue Apotheke mangels Bedarf abzuweisen ist, wenn sich im Umkreis von vier Straßenkilometern um die in Aussicht genommene Betriebsstätte eine ärztliche Hausapotheke befindet und die Zahl der von der neuen Apotheke aus zu versorgenden Personen weniger als

10 § 62 Apothekengesetz idF BGBl 120/1998
11 VfGH vom 04.12.2000, G18/00

5.500 beträgt. Gleichzeitig wurde § 29 Abs. 4 Apothekengesetz dahingehend geändert, dass die Bewilligung zur Haltung einer ärztlichen Hausapotheke bei Neuerrichtung einer öffentlichen Apotheke nur dann zurückzunehmen ist, wenn die Wegstrecke zwischen Arzt und Apotheke vier Straßenkilometer nicht überschreitet und die neue öffentliche Apotheke ein Versorgungspotenzial von zumindest 5.500 Personen nachweist. Begründet wurde der Antrag unter anderem mit der für die medizinische Versorgung überaus riskanten Existenzbedrohung der Landärzte mit ärztlicher Hausapotheke.[12]

Nachdem auch diese neue Regelung vom VfGH mit Erkenntnis vom 14.10.2005[13] aufgehoben wurde, kam es wieder zu einer Novellierung der einschlägigen Bestimmungen durch BGBl 2006/41 vom 28.03.2006. Mit dieser weitgehend bis heute gültigen Novelle wurde das Verhältnis zwischen öffentlichen Apotheken und ärztlichen Hausapotheken in „dualistischer" Weise neu geregelt.[14] Gemeinden mit weniger als zwei Vertragsarztstellen nach § 342 Abs. 1 ASVG (Kassenstellen mit GKK-Kassenverträgen) wurden zu „Hausapothekengebieten" erklärt. Voraussetzung für die Konzessionierung einer neuen öffentlichen Apotheke ist seither nach § 10 Abs. 2 Z 1 Apothekengesetz, dass sich in der Gemeinde der in Aussicht genommenen Betriebsstätte mindestens zwei Vertragsarztstellen (genauer gesagt unter Berücksichtigung von § 10 Abs. 3 Z 2 Apothekengesetz mehr als 1,5 Vertragsarztstellen) befinden. Für „Zwei-Kassenarzt-Gemeinden" wurde mit § 62a Apothekengesetz eine Übergangsregelung eingeführt. Diese sah vor, dass bei Neuerrichtung einer öffentlichen Apotheke die Hausapotheker in diesen Gemeinden ihre Bewilligung erst nach zehn Jahren, spätestens aber mit Vollendung des 65. Lebensjahres verlieren.

Der VfGH hat in weiterer Folge die Übergangsregelung des § 62a Apothekengesetz als überschießend aufgehoben[15], woraufhin der Gesetzgeber im BGBl 2013/80 diese Übergangsregelung dahingehend geändert hat, dass in Zwei-Kassenarzt-Gemeinden die Rücknahme der Bewilligung mit 31.12.2018, spätestens aber mit Vollendung des 65. Lebensjahres, erfolgt.[16] Viel wesentlicher war aber, dass der VfGH vom 26.06.2008[17] die Neukonzeption der Apothekengesetznovelle 2006/41 bestätigt hat. Er erachtete das durch diese Novelle eingeführte duale System der Arzneimittelversorgung für verfassungskonform und für nachvollziehbar, dass der Gesetzgeber ausweislich der Materialien der Meinung war, dass eine Trennung von ärztlicher Tätigkeit und Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimit-

12 Antrag der Abgeordneten Dr. Khol, Ing. Westenthaler und Kollegen, 341/A 21. GP
13 VfGH vom 14.10.2005, G13/05, G37/08, G46/05
14 *Potacs/Scholz* in Resch/Wallner, Medizinrecht² (2015) Kap XXIII Rz 9
15 VfGH vom 30.06.2012, G33/12
16 BGBl 2013/80 vom 23.05.2013
17 VfGH G12/08

teln in bestimmten ländlichen Gebieten aus ökonomischen Gründen nicht sinnvoll und gesundheitspolitischen Zielsetzungen abträglich ist. Er bestätigte, dass diese Neuregelung zur Zielerreichung, nämlich der Sicherung einer bestmöglichen Heilmittelversorgung einerseits und der Sicherung der ärztlichen Versorgung der ländlichen Bevölkerung andererseits, geeignet ist und für sich nicht unverhältnismäßig in die Erwerbsfreiheit eingreift.

Wie bereits eingangs erwähnt, kam es zuletzt zu einer neuerlichen Novellierung des Apothekengesetzes.[18] Diese Novelle sieht nun vor, dass (wie schon vor 2006) der Nachfolger eines Arztes mit ärztlicher Hausapotheke eine Bewilligung zur Haltung einer solchen schon dann erhält, wenn die nächstgelegene öffentliche Apotheke mehr als vier Straßenkilometer entfernt ist (und nicht, wie sonst erforderlich, mehr als sechs Straßenkilometer). Außerdem wurde für Ein-Arzt-Gemeinden eine (allerdings in der Praxis wenig bedeutsame, weil selten vorkommende) Sonderregelung getroffen. In Ein-Arzt-Gemeinden kann ein Arzt auch dann eine ärztliche Hausapothekenbewilligung erhalten, wenn sich in der Gemeinde bereits eine öffentliche Apotheke befindet, diese allerdings mehr als sechs Straßenkilometer entfernt ist.

18 BGBl 2016/30

3. Fortbestehende Probleme

Gerade die Apothekengesetznovelle 2016 hat dazu geführt, dass eine ganze Reihe von ärztlichen Hausapotheken, die unmittelbar gefährdet erschienen, nunmehr in ihrem Fortbestand gesichert ist. Trotzdem gibt es auch nach der Neuregelung noch einige erhebliche Probleme, die die effiziente Versorgung der ländlichen Bevölkerung mit Arzneimitteln in Frage stellen und es notwendig machen, über ein neues Konzept der Abgrenzung zwischen öffentlichen Apotheken und ärztlichen Hausapotheken nachzudenken:

- Es gibt eine ganze Reihe von (flächenmäßig großen) Gemeinden mit ländlicher Struktur, in denen mehrere Kassenärzte ihren Berufssitz haben. In diesen Gemeinden können sich weiterhin öffentliche Apotheken mit der Konsequenz des Wegfalls ärztlicher Hausapotheken niederlassen, obwohl es hier nicht um die Versorgung von Ballungsgebieten geht und aufgrund der Bevölkerungsdichte und der Verkehrsverhältnisse eine Versorgung der Bevölkerung über den Hausarzt wesentlich sinnvoller erscheint.

- Die derzeitige Rechtslage erlaubt immer noch in einem viel höheren Ausmaß als vor der VfGH-Erkenntnis von 1998 die Errichtung von Landapotheken. Erfahrungsgemäß sind diese nicht in der Lage, tatsächlich selbst eine Arzneimittelversorgung rund um die Uhr zu gewährleisten, sondern nur im Turnus mit anderen, in der Regel weit entfernten Orten. Dies führt zu einer unzureichenden Arzneimittelversorgung der Landbevölkerung außerhalb der Apotheken-Regelbetriebszeiten.

- In städtischen Gebieten sieht die derzeitige Apothekenrechtslage eine Mindestentfernung von 500 Metern zwischen den öffentlichen Apotheken vor, womit erreicht wird, dass Patienten regelmäßig in der Lage sind, ihre Arzneimittel zu Fuß zu beschaffen. Dies gilt nach der derzeitigen Rechtlage am Land absolut nicht. Ärzte können Arzneimittel nur dann dispensieren, wenn je nach Konstellation die nächste öffentliche Apotheke vier bis sechs Straßenkilometer entfernt ist, also in einer Entfernung, die zu Fuß nicht bewältigbar ist.

- Schließlich führt das Abstellen auf die Entfernung in Straßenkilometern zu völlig absurden Anreizen. Abgesehen davon, dass es in der Praxis gelegentlich sogar widersprüchliche Vermessungsergebnisse gibt, zwingt das Distanzerfordernis immer wieder zu Ordinationsstandorten, die sich nicht an den Bedürfnissen der Zugänglichkeit ausrichten, sondern (durchaus auch im Interesse der Bevölkerung, die die Arzneimittel direkt beim Arzt erhalten möchte) in

Randlagen errichtet werden müssen. Dem Vernehmen nach kommt es auch immer wieder zu Verkehrsregelungen, wie etwa Einbahnwidmungen, die nicht verkehrspolitisch motiviert sind, sondern nur vor dem Hintergrund der Kilometerregelung für eine Hausapothekenbewilligung zu erklären sind. Es wäre daher höchst wünschenswert, eine Lösung zu finden, bei der es nicht mehr auf die Entfernung in Straßenkilometern ankommt.

4. Vorgeschlagene Neulösung

Eine neue Lösung für die Abgrenzung von öffentlichen Apotheken und ärztlichen Hausapotheken kann von folgenden Prämissen ausgehen:

1. Eine neue Lösung muss die verfassungsrechtlichen Vorgaben berücksichtigen. Dies wird allerdings dadurch erleichtert, dass der Verfassungsgerichtshof grundsätzlich eine duale Arzneimittelversorgung für zulässig erachtet, also keine Einwände dagegen hat, dass öffentliche Apotheken „nur" die Ballungsgebiete versorgen, während in ländlichen Gebieten ärztliche Hausapotheken bewilligt werden[19].

2. Es bestehen keine ernsthaften fachlichen Einwände gegen das Dispensieren von rezeptpflichtigen Arzneimitteln durch ärztliche Hausapotheken.[20]

3. Schließlich bestehen auch keine Präferenzen im Hinblick auf die veranlassten Arzneimittelkosten. Wie die Vergangenheit gezeigt hat, verschreiben Ärzte, die eine ärztliche Hausapotheke betreiben, nicht mehr Arzneimittel als solche ohne Hausapotheke. Es zeigt sich vielmehr ein höheres Kostenbewusstsein bei ärztlichen Hausapothekern, weil diese über die Arzneimittelkosten besser Bescheid wissen.[21]

4. Eine neue apothekengesetzliche Lösung muss den der jetzigen Regelung zugrundeliegenden Grundsatz berücksichtigen, dass der Gesetzgeber aus gesundheitspolitischen Gründen in Ballungsgebieten die Arzneimittelversorgung durch öffentliche Apotheken vorzieht, in ländlichen Gebieten hingegen durch ärztliche Hausapotheken.

19 siehe im Detail die Ausführungen von Potacs zu den verfassungsrechtlichen Vorgaben
20 siehe dazu die Ausführungen von Maier
21 siehe dazu auch die Ausführungen von Schableger

5. Die Abgrenzung zwischen Ballungsgebieten (und damit Apothekengebieten) und ländlichen Gebieten (und damit Hausapothekengebieten) muss praktikabel und transparent sein und sollte ohne die zu kuriosen Ergebnissen führende Straßenkilometer-Regelung auskommen. Dabei könnte man auf den in § 9 Postmarktgesetz[22], also einem verhältnismäßig jungen Gesetz, verwendeten Begriff des „zusammenhängend bebauten Gebietes" zurückgreifen und festlegen, ab welcher Einwohneranzahl ein zusammenhängend bebautes Gebiet als Ballungs- und damit Apothekengebiet gilt.

In diesem Sinn wird vorgeschlagen, die einschlägigen Bestimmungen im Apothekengesetz wie folgt neu zu fassen:[23]

§ 10 Apothekengesetz

(1) Die Konzession für eine neu zu errichtende öffentliche Apotheke ist zu erteilen, wenn
   1. in der Gemeinde des Standortes der öffentlichen Apotheke ein Arzt seinen ständigen Berufssitz hat und
   2. **die Apotheke in einem dicht besiedelten Gebiet errichtet wird und**
   3. **durch die Neuerrichtung die Existenzfähigkeit öffentlicher Apotheken nicht gefährdet wird und**
   4. **die Entfernung zwischen der künftigen Betriebsstätte der Apotheke und der Betriebsstätte der nächstgelegenen Apotheke zumindest 500 Meter beträgt.**

(2) **Als dichtbesiedeltes Gebiet im Sinne des Abs. 1 Z 2 ist ein zusammenhängend bebautes Gebiet mit zumindest ... (beispielsweise 2500) Einwohnern zu verstehen, die dort ihren ordentlichen Wohnsitz haben. Die Bundesministerin für Gesundheit hat nach Anhörung der Österreichischen Apothekerkammer und der Österreichischen Ärztekammer durch Verordnung jene Siedlungsgebiete festzulegen, in denen diese Voraussetzungen erfüllt sind.**

(3) **Fällt die Zahl der Einwohner eines zusammenhängend bebauten Gebietes, in dem eine öffentlichen Apotheke ihren Standort hat, unter die Grenze nach Abs. 2, hat die Behörde die Konzession für die öffentliche Apotheke mit Ablauf von 10 Jahren ab jenem Zeitpunkt zurückzunehmen, ab dem im selben Siedlungsgebiet einem Arzt für Allgemeinmedi-**

22 BGBl I 2009/123

23 die Definition des dicht besiedelten Gebietes orientiert sich dabei beispielhaft an dem in diesem Sammelband erläuterten Modell der Fa. WIGeoGIS, siehe S. 87

zin eine Bewilligung zur Haltung einer ärztlichen Hausapotheke erteilt wurde.

„§ 29 Apothekengesetz

(1) Die Bewilligung zur Haltung einer ärztlichen Hausapotheke ist einem Arzt für Allgemeinmedizin auf Antrag zu erteilen, **wenn der Berufssitz des Arztes nicht in einem dichtbesiedelten Siedlungsgebiet nach § 10 Abs. 2 liegt.**

(2) **Verlegt ein Arzt für Allgemeinmedizin seinen Berufssitz in ein anderes Siedlungsgebiet, so erlischt die für den vorherigen Berufssitz erteilte Bewilligung zur Haltung einer ärztlichen Hausapotheke.**

(3) **Die Bewilligung zur Haltung einer ärztlichen Hausapotheke ist zurückzunehmen, wenn die Einwohnerzahl des zusammenhängend bebauten Gebietes am Standort die in § 10 Abs 2 festgelegte Grenze überschreitet und einer öffentlichen Apotheke in diesem Siedlungsgebiet eine Konzession erteilt wird.** Der Inhaber der neu errichteten Apotheke ist verpflichtet, den Zeitpunkt der Inbetriebnahme der Behörde mitzuteilen. Die Behörde hat die Zurücknahme der Hausapothekenbewilligung auf Antrag des Inhabers der öffentlichen Apotheke mit Bescheid so rechtzeitig auszusprechen, dass die Einstellung des Hausapothekenbetriebes drei Jahre nach Rechtskraft des Bescheides erfolgt, mit dem die Konzession für die öffentliche Apotheke erteilt wurde. Wird die öffentliche Apotheke nach diesem Zeitpunkt in Betrieb genommen, ist die Hausapothekenbewilligung so zurückzunehmen, dass die Inbetriebnahme der öffentlichen Apotheke und die Einstellung des Hausapothekenbetriebes zum selben Zeitpunkt erfolgen.

(4) Der Inhaber der neu errichteten öffentlichen Apotheke ist bei Einstellung des Hausapothekenbetriebes **gemäß Abs. 3 verpflichtet**, die nach den jeweils geltenden arzneimittelrechtlichen Vorschriften verwendungsfähigen Vorräte der Hausapotheke auf Begehren des Arztes gemäß § 57 abzulösen.

(5) Die Verpflichtung zur Ablösung erstreckt sich nur auf solche Mittel, welche der Apotheker zufolge behördlicher Verfügung (§ 7) vorrätig halten muss, und nur auf solche Mengen, welche dem voraussichtlichen Betriebsumfang der neu errichteten Apotheke entsprechen.

(6) Wird zwischen den Beteiligten über den Übernahmepreis keine Einigung erzielt, so ist dieser Preis im Wege einer Schätzung unter behördlicher Leitung zu ermitteln. Wenn über den Umfang der Ablösung oder deren Bedingungen Streit besteht, so ist der Anspruch im ordentlichen Rechtsweg geltend zu machen.

(7) Durch die Eröffnung einer Filialapotheke werden Hausapothekenbewilligungen nicht berührt."

Die vorgeschlagene Lösung hätte gegenüber der derzeit im Apothekenrecht vorgesehenen Regelung deutliche Vorteile:

- Das Abstellen auf die in einem zusammenhängend bebauten Gebiet wohnenden Einwohner ermöglicht eine bessere Unterscheidung zwischen Ballungsräumen und dünn besiedelten Gebieten als das Abstellen auf Gemeindegrenzen und führt daher zu einer sachgerechteren Trennung in Apotheken- und Hausapothekengebiete als derzeit.

- Die Neuregelung kommt anders als die bestehende Regelung ohne Entfernungsregel aus und schafft damit keine Anreize, die für die Patientenversorgung problematisch sind. Es ist nicht mehr notwendig, mit Blick auf die gesetzlich vorgeschriebene Distanz Ordinationsstandorte zu wählen, die im Sinne der Patientenversorgung suboptimal sind.

- Die Neuregelung erlaubt die laufende Berücksichtigung von Bevölkerungsveränderungen. In Gebieten, in denen die Bevölkerung anwächst, entstehen aus Hausapothekengebieten Apothekengebiete. In Regionen, in denen die Bevölkerung abnimmt, wird aus einem Apothekengebiet sinnvollerweise ein Hausapothekengebiet.

- Das vorgeschlagene System sieht eine Verordnungsermächtigung der Bundesministerin für Gesundheit vor, die auf der Grundlage der problemlos zur Verfügung stehenden Bevölkerungsdaten regelmäßig die Apothekengebiete (und damit im Umkehrschluss auch die Hausapothekengebiete) zu bezeichnen hat. Damit werden sowohl die Verfahren zur Erlangung einer Apothekenkonzession als auch die Verfahren, mit denen über Anträge auf Hausapothekenbewilligung entschieden wird, wesentlich vereinfacht. Vor allem ist es für die Bewerber dann von vornherein klar vorhersehbar, ob sie mit einer positiven Erledigung ihres Antrages rechnen können.

Univ.-Prof. DDr. Michael Potacs

WU Wien, Institut für Österreichisches und Europäisches Öffentliches Recht

Zur Versorgungssicherung durch ärztliche Hausapotheken in „ländlichen Gebieten“

1. Einleitung **26**

2. Problematik **27**

3. Verfassungsrechtliche Vorgaben **29**

4. Weiterführende Überlegungen **31**

5. Schlussfolgerung **34**

Die Bedeutung ärztlicher Hausapotheken für die Versorgung ländlicher Gebiete ist seit jeher unbestritten. Hausapotheken haben immer schon eine wichtige Rolle bei der Heilmittelversorgung gespielt, die der VwGH und der VfGH mit dem Wort der „Surrogatfunktion“ ärztlicher Hausapotheken umschrieben haben. Mit der ApG-Novelle 2006 sollte nunmehr in „Ein-Kassenvertragsarzt-Gemeinden“ die Arzneimittelversorgung nicht durch öffentliche Apotheken, sondern durch ärztliche Hausapotheken erfolgen, um somit „besonderen ländlichen Strukturen“ Rechnung zu tragen. Es vollzog sich ein Wandel des Versorgungssystems des ApG von einem weitgehenden Primat öffentlicher Apotheken hin zu einem „dualen System“ (bestehend aus öffentlichen Apotheken und ärztlichen Hausapotheken). Der vorliegende Beitrag nimmt die damit verbundenen Probleme zum Anlass für einige Überlegungen zu einer Neuorientierung des Systems der Heilmittelversorgung im ApG. Dies könnte nicht nur zu einer Verbesserung der Heilmittelversorgung, sondern auch der ärztlichen Betreuung führen.

1. Einleitung

Die Bedeutung ärztlicher Hausapotheken für die Versorgung ländlicher Gebiete ist seit jeher unbestritten. Zwar ging das Apothekengesetz (ApG) schon in seiner Stammfassung aus dem Jahre 1906 davon aus, dass die Versorgung der Bevölkerung mit Heilmitteln primär durch öffentliche Apotheken zu erfolgen hat. Doch sind mit der Führung öffentlicher Apotheken auch kostspielige Verpflichtungen (z.B. ausreichendes Heilmittellager) verbunden, was rechtliche und faktische Konsequenzen nach sich zieht. In rechtlicher Hinsicht wird den öffentlichen Apotheken in gewissem Umfang eine ökonomische „Existenzsicherung" durch Schutz vor anderen Apotheken gewährleistet. In faktischer Perspektive führt der mit einer öffentlichen Apotheke verbundene Kostenaufwand dazu, dass sie sich prinzipiell nur in Ertrag versprechenden Gebieten ansiedeln. Das wiederum sind eher Regionen mit einer ausreichenden Bevölkerungsdichte. Bei dieser Ausgangssituation haben ärztliche Hausapotheken immer schon eine wichtige Rolle bei der Heilmittelversorgung gespielt, die der VwGH und der VfGH mit dem Wort der „Surrogatfunktion"[1] ärztlicher Hausapotheken umschrieben haben.

Diese „Surrogatfunktion" hat sich im ApG lange Zeit dadurch manifestiert, dass ärztliche Hausapotheken nur außerhalb eines bestimmten Umkreises von öffentlichen Apotheken (4 bis 6 km) zulässig waren. Mit der ApG-Novelle 2006[2] erfolgte allerdings eine beachtliche Neukonzeption: In „Ein-Kassenvertragsarzt-Gemeinden"[3] sollte nunmehr „in der Regel"[4] die Arzneimittelversorgung nicht durch öffentliche Apotheken, sondern durch ärztliche Hausapotheken erfolgen. Ein wesentlicher Aspekt dabei ist, dass seit dieser Novelle in solchen „Ein-Kassenvertragsarzt-Gemeinden" die Bewilligung für die Errichtung einer öffentlichen Apotheke zu versagen ist. Damit wollte man „besonderen ländlichen Strukturen"[5] Rechnung tragen. Mit einiger Berechtigung kann man insoweit einen Wandel des Versorgungssystems des ApG von einem weitgehenden Primat öffentlicher Apotheken hin zu einem „dualen System" (bestehend aus öffentlichen Apotheken und ärztlichen Hausapotheken) sehen.[6]

1 VwSlg 4555(A)/1958; VfSlg 5648/1967.
2 BGBl I 2006/41.
3 Das sind Gemeinden mit „weniger als zwei Vertragsarztstellen" oder einer Vertragsgruppenpraxis, die „versorgungswirksam höchstens eineinhalb besetzten Vertragsstellen" von Ärzten für Allgemeinmedizin entspricht; näher Potacs/Scholz, Apothekenrecht, in: Resch/Wallner (Hrsg.), Handbuch Medizinrecht2 (2015), 858 f, Rz 33 f.
4 Abänderungsantrag 202, 22. GP, S 4.
5 Ebenda.
6 So bereits *Potacs*, Öffentliche Apotheken und ärztliche Hausapotheken – ein verfassungsrechtlicher Dauerbrenner?, RdM 2009, 243 (246). Relativierend allerdings VfSlg 18966/2009.

2. Problematik

Freilich ist auch nicht zu übersehen, dass die nunmehrige Rechtslage in mancher Hinsicht zu unbefriedigenden Ergebnissen führt, von denen hier nur einige hervorgehoben werden sollen:

- Auch in „Ein-Kassenvertragsarzt-Gemeinden“ darf eine ärztliche Hausapotheke nicht errichtet werden, wenn sie sich weniger als sechs Kilometer von einer öffentlichen Hausapotheke entfernt befindet („Sechskilometerregelung“).[7] Der VfGH hat diese Bestimmung zwar für verfassungskonform erklärt[8], doch liegt auf der Hand, dass damit die Nahversorgung in ländlichen Gebieten beeinträchtigt wird[9].

- Unter diesem Aspekt diskussionswürdig ist auch die Bestimmung, wonach eine bereits erteilte Bewilligung für eine ärztliche Hausapotheke wieder zurückzunehmen ist, wenn die Wegstrecke zwischen dem Berufssitz des Arztes und der Betriebsstätte einer neu zu errichtenden öffentlichen Apotheke vier Kilometer nicht überschreitet („Vierkilometerregelung“).[10]

- Gemeindegrenzen werden unter verschiedenen Gesichtspunkten gezogen, bei denen die Versorgung mit Arzneimitteln und Ärzten kaum im Vordergrund steht. Hinzu kommt, dass aus Gründen der Kostenersparnis und Verwaltungsökonomie eine Tendenz zur „Gemeindezusammenlegung“ zu verzeichnen ist, die zu großflächigeren Gemeinden führt. In dieser Situation ist sehr fraglich, ob das Abstellen auf „Ein-Kassenvertragsarzt-Gemeinden“ die Versorgung mit Heilmitteln „in besonderen ländlichen Strukturen“ auch wirklich optimal sicherzustellen vermag, weil es in solchen großflächigen Gemeinden wohl nicht selten mehrere Vertragsarztstellen gibt. Das bedeutet dann zunächst, dass in solchen großflächigen, aber dünn besiedelten Gemeinden auch öffentliche Apotheken zugelassen werden dürfen, obwohl diese die Bevölkerung vielleicht nicht immer optimal versorgen können. Zutreffend hat der EuGH als Gefahr des Systems der Existenzsicherung öffentlicher Apotheken in Österreich gesehen, „dass in Gebieten, die bestimmte demografische Besonderheiten aufweisen, ein angemessener Zugang zum pharmazeutischen Dienst nicht

7 § 29 Abs. 1 Z 3 ApG.
8 VfSlg 18966/2009.
9 Kritisch dazu Potacs, Sechskilometerregelung für ärztliche Hausapotheken verfassungskonform, RdM 2010, 61 f.
10 § 29 Abs. 3 ApG.

gewährleistet ist“[11]. Hinzu kommt, dass ärztliche Hausapotheken in solchen Gemeinden schließen müssen, wenn in einem Umkreis von weniger als vier Kilometer eine öffentliche Apotheke neu errichtet wurde, was wiederum die Nahversorgung beeinträchtigt.

- Verstärkt wird die Problematik auch noch dadurch, dass es immer schwieriger wird, Ärzte für Vertragsarztstellen in ländlichen Gebieten zu gewinnen (Stichwort: „Landärztemangel“). Als wesentlicher Anreiz für die Bereitschaft zur Übernahme solcher Stellen haben sich dem Vernehmen nach ärztliche Hausapotheken erwiesen, weil diese einen attraktiven Zusatzverdienst erwarten lassen. Die geltende Rechtslage kann damit auch zu Problemen bei der ärztlichen Versorgung führen.

Diese Probleme sollen zum Anlass für einige Überlegungen zu einer Neuorientierung des Systems der Heilmittelversorgung im ApG genommen werden, die nicht nur zu einer Verbesserung der Heilmittelversorgung, sondern auch der ärztlichen Betreuung führen könnten.

11 EuGH Rs C-367/12 (Sokoll-Seebacher), Rz 41. Dazu auch etwa VwGH 30.9.2015, Ro 2014/10/0081.

3. Verfassungsrechtliche Vorgaben

Dabei ist freilich zunächst bei den verfassungsrechtlichen Vorgaben anzusetzen, die wesentlich durch die Rechtsprechung des VfGH geprägt sind. Diese Judikatur kann hier freilich nicht in allen Details nachvollzogen werden[12], weshalb die folgenden Darlegungen auch nur auf einige für das Verhältnis von öffentlichen Apotheken zu ärztlichen Hausapotheken relevante Eckpunkte beschränkt bleiben. Ausgangspunkte dieser Rechtsprechung sind dabei das in Art. 6 StGG gewährleistete Grundrecht auf Erwerbsfreiheit und der verfassungsrechtliche Gleichheitssatz auf der anderen Seite, wobei das Grundrecht auf Erwerbsfreiheit im Vordergrund steht. Nach diesem Grundrecht wäre es weder für öffentliche Apotheken noch für ärztliche Hausapotheken geboten, irgendwelche Schranken vorzusehen.[13] Vielmehr verhält es sich genau umgekehrt: Gesetzliche Schranken für die Niederlassung von öffentlichen Apotheken und ärztlichen Hausapotheken sind im Hinblick auf die Erwerbsfreiheit rechtfertigungsbedürftig und an den Anforderungen des Grundrechtes zu messen. Außerdem hat die konkrete Ausgestaltung dieser Beschränkungen auch dem Gleichheitssatz zu entsprechen und in Bezug darauf nur sachlich gerechtfertigte Differenzierungen vorzusehen.[14] Davon ausgehend ist in der Judikatur zwischen den Anforderungen für Beschränkungen von öffentlichen Hausapotheken auf der einen und ärztlichen Hausapotheken auf der anderen Seite zu unterscheiden:

Dabei ist zunächst einmal in Rechnung zu stellen, dass der VfGH eine weitgehende Einschränkung von ärztlichen Hausapotheken zugunsten von öffentlichen Apotheken für zulässig erachtet. Dies erscheint dem VfGH deshalb gerechtfertigt, weil öffentliche Apotheken bestimmten Verpflichtungen (wie Arzneimittelvorrat, Betriebspflicht und Bereitschaftsdienst) unterliegen, die für ärztliche Hausapotheken nicht gelten.[15] Im Hinblick darauf erachtet der VfGH sowohl die „Vierkilometerregelung“[16] als auch die „Sechskilometerregelung“[17] für verfassungskonforme Beschränkungen von ärztlichen Hausapotheken.

12 Dazu näher Potacs (FN 6), 247 ff.
13 Siehe in diesem Zusammenhang etwa die Rechtslage in Deutschland, wo auf Grund der Judikatur des deutschen BVerfG ein Konkurrenzschutz für Apotheken verfassungsrechtlich unzulässig und daher auch nicht vorgesehen ist; dazu grundlegend BVerfG E 7, 377.
14 Siehe dazu etwa die Ausgestaltung von Übergangsfristen für die Rücknahme von Konzessionen für ärztliche Hausapotheken VfSlg 19667/2012.
15 VfSlg 17682/2005.
16 VfSlg 15103/1998.
17 VfSlg 18966/2009.

Umgekehrt erachtet der VfGH aber auch eine Einschränkung öffentlicher Apotheken zugunsten ärztlicher Hausapotheken für prinzipiell zulässig. Im öffentlichen Interesse gelegene Ziele, die einen solchen Eingriff grundsätzlich zu rechtfertigen vermögen, sind nach der Judikatur des VfGH „die Sicherung der Heilmittelversorgung einerseits und die Sicherung der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung andererseits"[18]. Dabei betont der VfGH, dass „gerade in ländlichen Regionen auch das Führen ärztlicher Hausapotheken durch praktische Ärzte sowohl für die hausapothekenführenden Ärzte, aber auch für die mit Heilmitteln zu versorgende Bevölkerung – insbesondere an Standorten, an denen keine öffentliche Apotheken bestehen – von (wirtschaftlichem) Vorteil sein kann"[19]. Allerdings muss die Einschränkung öffentlicher Apotheken verhältnismäßig sein, was der VfGH bisher in zwei Entscheidungen verdeutlicht hat:

- Für verfassungsrechtlich unzulässig erachtete der VfGH eine Regelung, wonach eine öffentliche Apotheke nicht errichtet werden dürfte, wenn sich im Umkreis von vier Kilometer bereits eine Hausapotheke befindet und die Zahl der von der neu zu errichtenden öffentlichen Apotheke zu versorgenden Personen weniger als 5500 beträgt. Der VfGH sah die Verletzung der Erwerbsfreiheit in dem Umstand begründet, dass die Bewilligung zur Errichtung einer öffentlichen Apotheke schon deshalb zu verweigern ist, weil „eine bestimmte Zahl von mit Heilmitteln zu versorgenden Personen nicht erreicht wird"[20]. Damit knüpfte der VfGH an seine vorangegangene Judikatur an, wonach die Bewilligungserteilung nicht „dem Schutz des Konzessionswerbers vor unrentablen Investitionen"[21] dienen dürfe. Für den VfGH dürfte aber auch ausschlaggebend gewesen sein, dass die fragliche Regelung die Versorgung mit öffentlichen Apotheken außerhalb „ländlicher Gebiete" (z.B. in städtischen Randlagen) ebenfalls behindern konnte, was sich aber weder unter dem Gesichtspunkt der optimalen ärztlichen Versorgung noch der bestmöglichen Heilmittelversorgung rechtfertigen lässt.

- Auf dieser Linie liegt es, dass der VfGH in weiterer Folge die nunmehr geltende Dominanz von ärztlichen Hausapotheken in „Ein-Kassenvertrags-Gemeinden" und die damit verbundene Beschränkung öffentlicher Apotheken für verfassungsrechtlich zulässig erachtete. Der VfGH erinnerte in diesem Zusammenhang daran, dass er die Führung von ärztlichen Hausapotheken „gerade in ländlichen Regionen" (wegen ihrer Bedeutung für die apothekenführenden Ärzte sowie die Heilmittelversorgung der Bevölkerung) als im öffentlichen Interesse

18 VfSlg 18513/2008. Ebenso VfSlg 17682/2005.
19 VfSlg 17682/2005.
20 Ebenda.
21 VfSlg 15103/1998.

liegend anerkannte. Diesem Interesse diene auch das durch die ApG-Novelle 2006 geschaffene System, dem der Gedanke zugrunde liege, „dass eine Trennung von ärztlicher Tätigkeit und Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln in bestimmten ländlichen Gebieten aus ökonomischen Gründen nicht sinnvoll und gesundheitspolitischen Zielen abträglich ist“. Anders als die (eben dargelegte) Vorgängerregelung verfolge der Gesetzgeber diese Zielsetzung aber nicht durch „die zahlenmäßige Festsetzung eines Mindestversorgungspotenzials“. Vielmehr knüpfe der Gesetzgeber an das im ASVG verankerte System der Vergabe von Kassenplanstellen an, das auch auf die – allerdings „zahlenmäßig nicht festgelegte“ – Bevölkerungsdichte und -struktur Bedacht nehme, wodurch aber nicht unverhältnismäßig in die Erwerbsfreiheit eingegriffen werde.[22] Für den VfGH war also ausschlaggebend, dass die nunmehrige Rechtslage weit weniger dem Schutz vor unrentablen Investitionen, sondern vielmehr der klaglosen Heilmittelversorgung in „ländlichen Gebieten“ dient.

4. Weiterführende Überlegungen

Was folgt nun aus dieser Judikatur des VfGH für das Verhältnis zwischen öffentlichen Apotheken und ärztlichen Hausapotheken? Es sind im Wesentlichen drei Aspekte, die diese Rechtsprechung charakterisieren:

- Der VfGH anerkennt, dass Beschränkungen von öffentlichen Apotheken zugunsten ärztlicher Hausapotheken im Interesse der ärztlichen Versorgung und der Heilmittelversorgung zulässig sind.

- Der VfGH sieht unter diesen Gesichtspunkten den Vorteil ärztlicher Hausapotheken für „ländliche Regionen“. Er anerkennt, dass hier eine Trennung von ärztlicher Versorgung und Versorgung mit Heilmitteln nicht sinnvoll und gesundheitspolitisch abträglich ist. Beschränkungen öffentlicher Apotheken zugunsten ärztlicher Hausapotheken sind daher in „ländlichen Regionen“ prinzipiell zulässig.

- Der VfGH verneint aber, dass ein Abstellen auf ein rein zahlenmäßiges Versorgungspotenzial öffentlicher Apotheken diesen Anforderungen adäquat Rechnung zu tragen vermag.

22 VfSlg 18513/2008.

Die derzeitige „Ein-Kassenvertrags-Gemeinde"-Regelung entspricht nach der Judikatur all diesen Anforderungen an eine verfassungskonforme Regelung. Das bedeutet freilich nicht, dass den der Judikatur des VfGH zu entnehmenden Aspekten für eine verfassungskonforme Kompetenzaufteilung zwischen öffentlichen Apotheken und ärztlichen Hausapotheken *nur* durch die derzeit in Geltung stehende „Ein-Kassenvertrags-Gemeinde"-Regelung Rechnung getragen werden kann. Entscheidend ist vielmehr, dass eine Regelung getroffen wird, die den Anforderungen der Rechtsprechung des VfGH gerecht wird. Das ist vor allem deshalb zu betonen, weil die derzeitige Rechtslage nicht immer zu befriedigenden Ergebnissen führt, mag sie sich nach der Judikatur des VfGH auch im rechtspolitischen Gestaltungsspielraum der verfassungsrechtlichen Vorgaben bewegen. Es erscheint daher durchaus lohnend, auch andere Überlegungen für eine verfassungskonforme Ausgestaltung des Verhältnisses zwischen öffentlichen Apotheken und ärztlichen Hausapotheken anzustellen.

Solche Überlegungen könnten dabei an einer Typologie anknüpfen, die sich derzeit bereits im ApG abzeichnet und sich mit Blickrichtung auf eine noch bessere Versorgung mit Heilmitteln und ärztlichen Leistungen weiterentwickeln lässt. Nach der im ApG verankerten Typologie erscheint die öffentliche Apotheke für relativ dicht besiedelte Gebiete besonders adäquat. Denn in solchen Gebieten ist auch eine tragfähige ökonomische Basis für die Apotheken am ehesten gesichert und die Nahversorgung der Bevölkerung am besten gewährleistet. Im Hinblick darauf erscheint auch der relativ enge Mindestabstand von 500 Metern zur nächstgelegenen öffentlichen Apotheke im ApG angemessen. Vor allem aber ist im dicht besiedelten Gebiet das im ApG öffentlichen Apotheken gewährleistete Versorgungspotenzial von 5500 Personen ohne nennenswerte Beeinträchtigung der Nahversorgung möglich. Im dünn besiedelten ländlichen Raum kann sich ein solches Versorgungspotenzial dagegen auf einen sehr weiten Raum erstrecken und lange Anfahrtszeiten für die Kunden mit sich bringen. In solchen „ländlichen Regionen" vermögen dagegen ärztliche Hausapotheken die Versorgung eher besser sicherzustellen und überdies einen Anreiz zur Besetzung von für die medizinische Versorgung sehr wichtigen Kassenarztstellen zu bieten. Sind diese doch mit Kassenvertragsarztstellen verbunden, deren Anzahl sich gemäß § 342 Abs. 1 Z 1 ASVG auch an der Bevölkerungsdichte und Bevölkerungsstruktur orientiert. Eine verfassungskonforme Weiterentwicklung der schon derzeit im ApG angelegten Typologie könnte also in Richtung einer auch vom VfGH grundsätzlich anerkannten Aufgabenteilung der Versorgung mit Arzneimitteln gehen: Öffentliche Apotheken sind prinzipiell für die Versorgung „dicht besiedelter Gebiete", ärztliche Aufgabenteilung grundsätzlich für die Versorgung „ländlicher Regionen" zuständig.

Freilich müssten dafür adäquate Definitionen für „dicht besiedelte Gebiete“ und „ländliche Gebiete“ gefunden werden. Einen Ansatz dafür könnte vielleicht das Postmarkgesetz bieten, nach dessen § 9 Postbriefkästen in „zusammenhängend bebauten Gebieten“ ausreichend vorhanden sein müssen. Die Anforderungen für die Versorgung mit Postbriefkästen sind zwar zweifellos andere als für die Versorgung mit Arzneimitteln und ärztlichen Dienstleistungen, doch könnte die Wendung „zusammenhängend bebaute Gebiete“ zum Ausgangspunkt für die angedachte Aufgabenteilung zwischen öffentlichen Apotheken und ärztlichen Hausapotheken gemacht werden. Daran anknüpfend müssten (wohl mit Hilfe von Landschaftsforschern) angemessene Parameter dafür entwickelt werden, ab wann „zusammenhängend bebaute Gebiete“ zu „dicht besiedelten Gebieten“ werden, die von öffentlichen Apotheken zu versorgen wären. Dabei müsste wohl auch eine gewisse Bevölkerungsanzahl eine Rolle spielen (z.B. 4000 Personen), doch wäre die Eröffnung einer öffentlichen Apotheke nicht schon allein deshalb verwehrt, weil ein bestimmtes Versorgungspotenzial nicht erreicht wird. Vielmehr würde es auf die Bevölkerungszahl in „zusammenhängend bebauten Gebieten“ und damit auf die Abgrenzung zu „ländlichen Regionen“ ankommen, deren Versorgung durch ärztliche Hausapotheken auch nach der Judikatur des VfGH (wirtschaftlich) vorteilhaft ist. Der vom VfGH verpönte „Schutz vor unrentablen Investitionen“ würde dagegen überhaupt keine Rolle spielen.

Eine solche Teilung der Versorgung zwischen öffentlichen Apotheken („dicht besiedelte Gebiete“) und ärztlichen Hausapotheken („ländliche Regionen“) würde bei entsprechender Ausgestaltung wohl nicht nur den Anforderungen der Judikatur des VfGH entsprechen. Es ließen sich auch Probleme vermeiden, die vor allem durch die derzeitigen Regelungen des ApG aufgeworfen werden: Die „starren“ Vier- und Sechskilometerreglungen würden keine Rolle mehr spielen. In großflächigen „dünn besiedelten“ Gemeinden könnten mehrere ärztliche Hausapotheken die Versorgung übernehmen, ohne von öffentlichen Apotheken in ihre Schranken verwiesen zu werden. Nicht zuletzt würde eine solche Aufteilung für Kassenstellen in ländlichen Gebieten eine klare Perspektive (keine Gefahr des Entzuges auf Grund der Vierkilometerregelung) bieten. Das wiederum könnte ein weiterer maßgeblicher Anreiz sein, um dem anstehenden „Landärztemangel“ wirksam entgegenzutreten.

5. Schlussfolgerung

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die derzeitige „Ein-Kassenvertragsarzt-Gemeinde"-Regelung eine wichtige Errungenschaft zur Versorgung ländlicher Regionen darstellt. Die Judikatur des VfGH würde wohl auch noch eine weitere Verlagerung des Versorgungsauftrages hin zu ärztlichen Hausapotheken in ländliche Regionen erlauben. Da solche Schritte auch dem „Landärztemangel" entgegenzuwirken vermögen, sollten sie zumindest ernsthaft in Betracht gezogen werden.

Univ.-Prof. Dr. Manfred Maier

Abteilung Allgemeinmedizin, Zentrum für Public Health,
Medizinische Universität Wien

Grundlagen zur ärztlichen Medikamentenabgabe

1. Einleitung **37**

2. Ärztliche Aus- und Weiterbildung **38**

3. Medizinische Versorgung der Bevölkerung durch den Hausarzt/die Hausärztin **41**

4. Gesundheitspolitische und medizinische Entwicklungen **45**

Die Behandlung mit Medikamenten stellt nach wie vor die zentrale Form der ärztlichen Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Symptomen, Gesundheitsbeschwerden oder Erkrankungen dar. Die Tatsache, dass die ärztliche Hausapotheke offensichtlich insbesondere im ländlichen Bereich ein wichtiges, manchmal ökonomisch essentielles Standbein für den Hausarzt oder die Hausärztin darstellt, ist trotzdem seit Jahren Anlass für Grundsatzdiskussionen zwischen Pharmazeuten und Medizinern. Ziel des vorliegenden Beitrages ist es deshalb, die Aus- und Weiterbildung von Medizinern im Hinblick auf Medikamente und Medikamentenabgabe darzustellen, die wichtigsten Gegebenheiten in der täglichen hausärztlichen Praxis zu benennen, die für die Hausapotheke sprechen, und neuere Entwicklungen im Gesundheitswesen und der Medizin im Allgemeinen zu identifizieren, deren Umsetzung Auswirkungen auf die Abgabe von Medikamenten haben könnten. Es steht fest, dass Hausärzte auf Grund der zumindest neunjährigen Aus- und Weiterbildungszeit bis zum ius practicandi und ihrer täglichen praktisch-klinischen Erfahrung im Umgang mit Patienten Medikamente hinsichtlich ihrer Wirkungen, Nebenwirkungen und Wechselwirkungen sehr gut kennen und beurteilen können.

Weiter können sie auf Grund ihrer langjährigen Arzt-Patienten-Beziehung die beste verfügbare wissenschaftliche Evidenz mit der individuellen klinischen Situation des jeweiligen Patienten abstimmen und damit definitionsgemäß evidenzbasierte Medizin leben. Von hoher Relevanz bei zunehmend älteren, multimorbiden und immobileren PatientInnen ist es auch, Medikamente beim Hausbesuch mitzubringen oder dabei zu haben.

Auf Basis der bereits laufenden Entwicklung hin zur personalisierten Medizin ist zu erwarten, dass die Kenntnisse und Erfahrungen mit und über einen individuellen Patienten bei der ärztlichen Behandlung, insbesondere der pharmakologischen Behandlung, in Zukunft einen noch deutlicheren Stellenwert in der Primärversorgung und damit für den Arzt für Allgemeinmedizin erhalten werden.

1. Einleitung

Die Behandlung mit Medikamenten stellt nach wie vor die zentrale Form der ärztlichen Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Symptomen, Gesundheitsbeschwerden oder Erkrankungen dar. Rezeptpflichtige Medikamente können in Österreich entweder in der öffentlichen Apotheke oder in der Hausapotheke des niedergelassenen Arztes/der Ärztin für Allgemeinmedizin bezogen werden, wobei es für das Betreiben einer Hausapotheke genaue Auflagen und Gesetze gibt. Rezeptfreie Medikamente können Patientinnen und Patienten in Österreich direkt in der Apotheke kaufen; Ähnliches gilt auch für Wirkstoffe, die nicht als Medikament, sondern z.B. als Nahrungsergänzungsmittel oder Ähnliches klassifiziert sind.

Die Tatsache, dass die Hausapotheke offensichtlich insbesondere im ländlichen Bereich ein wichtiges, manchmal ökonomisch essentielles Standbein für den Hausarzt oder die Hausärztin darstellt, ist seit Jahren Anlass für Grundsatzdiskussionen zwischen Pharmazeuten und Medizinern: Inwieweit sind Ärzte zur Führung von Hausapotheken befähigt? Erfüllen sie die erforderlichen Qualitätsstandards? Andererseits ist in den letzten Jahren in Österreich der zunehmende Trend erkennbar geworden, dass Kassenplanstellen für Allgemeinmedizin im ländlichen Bereich, insbesondere in entlegeneren Gegenden und wenn eine Hausapotheke am betreffenden Standort nicht möglich ist, zunehmend schwieriger zu besetzen sind. Beispiele aus dem Bregenzer Wald oder aus der Wildschönau in Tirol zeigen dies exemplarisch auf. Auf Grund der demografischen Entwicklung bei den Kassenärzten/- ärztinnen und der deutlich spürbaren Abwanderung von Medizin-Absolventen ins Ausland ist unschwer vorherzusagen, dass sich der dadurch bedingte Mangel an Landärzten in Zukunft noch verstärken wird.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es deshalb, die Aus- und Weiterbildung von Medizinern im Hinblick auf Medikamente und Medikamentenabgabe darzustellen, die wichtigsten Gegebenheiten in der täglichen hausärztlichen Praxis zu benennen, die für die Hausapotheke sprechen, und neuere Entwicklungen im Gesundheitswesen und der Medizin im Allgemeinen zu identifizieren, deren Umsetzung Auswirkungen auf die Abgabe von Medikamenten haben könnten.

2. Ärztliche Aus- und Weiterbildung

Die theoretische Ausbildung von Studierenden der Medizin nimmt in den für medikamentöse Therapie relevanten medizinischen Grundlagenfächern quantitativ und qualitativ einen gewichtigen Platz ein: Es sind dies die Fächer Biochemie und Genetik, die Physiologie (Verständnis der normalen Funktionen im Organismus), die Pathologie und Pathophysiologie (Verständnis von gestörten Mechanismen, die zu Krankheiten mit unterschiedlichen Ausprägungen oder Verläufen führen) sowie insbesondere die Pharmakologie.

Im Fach Pharmakologie müssen die Studierenden die pharmakologische Basis der rationellen Therapie mit Medikamenten erlernen. Dem Mission Statement des Instituts für Pharmakologie der Medizinischen Universität Wien war zu entnehmen, dass das Verschreiben von Medikamenten fahrlässig wäre, wenn der Arzt nicht genaue Kenntnis über deren Wirkungsmechanismus und ihren Metabolismus hätte. Ziel ist es, den Studierenden das Rüstzeug für die sichere und effektive Anwendung der Pharmaka mitzugeben und sie auch in die Lage zu versetzen, neu entwickelte Medikamente hinsichtlich ihrer Wirkungen und Sinnhaftigkeit korrekt einzuschätzen. Da die pharmakologische Behandlung regulierend in biologische Vorgänge im Organismus eingreift, ist die Kenntnis der normalen und gestörten Organfunktion sowie ihnen zugrunde liegende molekulare oder zelluläre Vorgänge, wie sie die Medizinstudierenden extensiv für ihre ärztliche Tätigkeit lernen müssen, von entscheidender Bedeutung.

Ein weiteres Ziel ist es, den Studierenden das Verständnis für den Metabolismus der Medikamente mitzugeben; dazu gehört z.B. die Bindung von Medikamenten an spezifische oder unspezifische Rezeptoren, die dadurch hervorgerufene Stimulierung oder Blockierung von Mechanismen – insbesondere der durch die anschließende Signaltransduktion vermittelte biologische Effekt – die Wirkungsdauer und die Inaktivierung, der Abbau oder die Ausscheidung der Pharmaka aus dem Körper. Eine spezifische Funktion erfüllen dabei die Enzyme des Cytochrom-P450-Komplexes in der Leber. Die zahlreichen Variationen dieses Komplexes können bewirken, dass eine Person verschiedene Klassen von Arzneimitteln – wie Antidepressiva, Neuroleptika, Betablocker, Medikamente gegen Herzrhythmusstörungen, Schmerzen und Übelkeit sowie gewisse Krebsmedikamente, aber auch Antikonvulsiva, Protonenpumpenhemmer oder Benzodiazepine – schlecht, mäßig, umfassend („normal") oder extrem schnell abbaut. Die Kenntnis dieser biologischen Gegebenheiten und ihre Bestimmung durch einfache genetische Tests sowie das Drug Monitoring durch regelmäßige Labortests, EKG usw. unterstreichen die zu-

nehmende Bedeutung von individueller, personenzentrierter ärztlicher Betreuung von Patienten und der auf sie zugeschnittenen individuellen Pharmakotherapie.

Neben der Lehre im Fach Pharmakologie sind Medizinstudierende im Rahmen ihrer klinischen Grundausbildung (Famulatur und klinische Praktika) in den verschiedenen Disziplinen intensiv mit der jeweils relevanten medikamentösen Behandlung der einschlägigen Krankheitsbilder befasst. Auf Basis der vermittelten grundlegenden pharmakologischen Prinzipien wird das theoretische Wissen durch die fachspezifischen Fragestellungen im Hinblick auf Wirksamkeit, Effektivität, Sicherheit und Nebenwirkung der Medikamente erweitert. Grob geschätzt sind der Krankheitsorientierung und der pharmakologischen Behandlung von Erkrankungen etwa 2/3 der gesamten 6-jährigen Studienzeit der Studierenden gewidmet.

In der an die medizinische Grundausbildung anschließenden Weiterbildung zum Arzt oder zur Ärztin für Allgemeinmedizin oder zum Facharzt eines klinischen Sonderfachs wird im Lehrkrankenhaus, aber insbesondere auch in der allgemeinmedizinischen Lehrpraxis das theoretische Wissen durch praktische Tätigkeit mit Patientinnen und Patienten und durch das Sammeln von klinischer Erfahrung ergänzt. Neben der schon erwähnten vertieften Beschäftigung mit Gesundheitsstörungen, Krankheitsbildern und definierten Erkrankungen und deren Behandlungsmöglichkeiten durch Pharmaka kommt insbesondere jetzt die tägliche Beschäftigung mit der Effektivität der angewandten Medikamente, ihrer individuellen Dosierung, Verträglichkeit, Sicherheit und ihren Nebenwirkungen hinzu. Essentieller Bestandteil im Rahmen der praktisch-klinischen Weiterbildung ist das Beachten von möglichen Nebenwirkungen, allergischen Reaktionen, die Surveillance von noch unerkannten Wirkungen im Gebrauch von bereits zugelassenen Produkten und deren Meldung an das Ministerium, Medikamenteninteraktionen sowie der Polypragmasie bei Patienten mit Mehrfacherkrankungen und das umfassende Drug Monitoring. Ein weiterer klinisch relevanter Aspekt ist die Kenntnis und praktische Erfahrung im Umgang mit Patienten und Patientinnen aller Altersgruppen, insbesondere von älteren Personen mit veränderter Leber- oder Nierenfunktion sowie daraus resultierender veränderter Empfindlichkeit gegenüber Medikamenten oder verändertem Ansprechen nach deren Einnahme.

Aufgrund der zumindest neunjährigen Aus- und Weiterbildungszeit von Medizinern bis zum ius practicandi und ihrer täglichen praktisch-klinischen Erfahrung im Umgang mit Patienten, die eines oder mehrere Medikamente – für chronische Erkrankungen meist über längere Zeiträume – einnehmen, können Ärzte Medikamente hinsichtlich ihrer Wirkungen, Nebenwirkungen und Wechselwirkungen sehr gut beurteilen. Sie müssen dies auch können, zumal sie die Patienten mit all ihren Gesundheitsproblemen, ihrer Kognition und Compliance kennen, im Alltag

mit dem subjektiven Feedback und den Fragen der Patienten und Patientinnen konfrontiert sind und darauf zufriedenstellend eingehen müssen, Arzneimittelwirkungen – insbesondere Langzeitwirkungen – und Nebenwirkungen mit objektiven klinischen Befunden der Patienten zusammenführen können oder die Effizienz eines Medikaments anhand von funktionellen diagnostischen Tests (z.B. Lungenfunktion, Bewegungsumfang Labor, EKG, ...) überprüfen und nachweisen können.

Darüber hinaus steht ihnen – in Ergänzung zum oben genannten theoretischen und praktischen Fachwissen – auch die relevante Fachinformation (der Originalpräparate, des Austria Codex oder spezieller Software-Programme, Interaktionsprogramme) zur Verfügung. Dies wird insbesondere in den Initialphasen einer neuen medikamentösen Behandlungsform und vor dem Vorliegen klinisch-praktischer Erfahrungen der Ärzteschaft relevant sein. Die praktischen Erfahrungen mit dem Medikament einerseits und die Kenntnis des individuellen Patienten andererseits prädestinieren die Hausärzte – vor allem die hausapothekenführenden Hausärzte – auch dazu, die Patienten und Patientinnen hinsichtlich der genannten Fachinformationen individuell und evidenzbasiert zu beraten.

Seit Mitte 2015 gilt in Österreich eine neue Ärzteausbildungsordnung. Wenn diese auch da und dort geringfügige Veränderungen gebracht hat – insbesondere die gemeinsame Weiterbildung für alle Absolventen und Absolventinnen der Medizin im Ausmaß von 9 Monaten (common trunk 2) –, so ist keine wesentliche Auswirkung hinsichtlich des Wissens und der Erkenntnisse im pharmakologischen Bereich im Vergleich zur bisherigen Ausbildungsordnung erkennbar.

3. Medizinische Versorgung der Bevölkerung durch den Hausarzt/die Hausärztin

1.1. Fachspezifisches

Eine der wichtigsten Säulen für die hausärztliche Versorgung von PatientInnen durch den Arzt für Allgemeinmedizin stellt die Arzt-Patienten-Beziehung dar.[1] Diese entsteht durch meist langjähriges schrittweises gegenseitiges Kennenlernen von Arzt und Patient in verschiedenen Situationen, umfasst nach wie vor sehr häufig, insbesondere im ländlichen Bereich, langjährige Kenntnisse der gesamten Familie inklusive ihres sozialen, beruflichen und familiären Umfeldes und stellt die Grundlage für ein professionelles Verhältnis dar, das von Respekt, Vertrauen und gegenseitigem Verständnis der individuellen Situation getragen wird. Ergänzt durch die hausarztspezifische Leistung des Hausbesuchs, der einen tiefen Einblick in die Lebensführung der Patienten erlaubt, ist der Arzt oder die Ärztin für Allgemeinmedizin damit in der Lage, die Compliance/Adherence oder Therapietreue seiner/ihrer Patienten hinsichtlich der verordneten Medikation außergewöhnlich gut einschätzen zu können. Dazu helfen die Kenntnis der kognitiven Fähigkeiten der PatientInnen, deren Umgang mit Gesundheitsproblemen (Coping-Mechanismen), ihre individuellen Stärken und Schwächen (zum Beispiel beim Lebensstil) und ihre Bereitschaft, Empfehlungen bzw. Ratschläge oder Informationen zu ihren Erkrankungen zu akzeptieren und langfristig umzusetzen. Hausapothekenführende Ärzte können darüber hinaus mittels in die Software integrierter Pillenzähler den Verbrauch der verordneten Medikamente monitieren.

Ein weiterer wichtiger Aspekt der Pharmakotherapie betrifft die Nebenwirkungen von verordneten Medikamenten und – bei Mehrfach- Medikationen – die Möglichkeit von Medikamenteninteraktionen. Diese sind, wie hinlänglich bekannt, in den Beipacktexten der Präparate ausführlich angeführt. Die Tatsache, dass sehr häufig keine Gewichtung derartiger Neben- oder Wechselwirkungen angegeben ist oder Informationen angeführt sind, die nicht jeder Patient gleichermaßen verstehen kann, führt mitunter dazu, dass PatientInnen ein neu verordnetes Medikament nicht einnehmen und den Arzt/die Ärztin wegen ihrer Unsicherheit extra konsul-

1 Br J Gen Pract. 2015 Aug;65(637):e545-51. doi: 10.3399/bjgp15X686125.

tieren. Wieder ist es die Kenntnis der individuellen Person mit ihrem krankheitsspezifischen Verhalten, ihren Organfunktionen (Niere, Leber) und der individuellen Empfindlichkeit für bestimmte Medikamente (Magen, Sexualfunktion, Schlaf), die es dem Hausarzt oder der Hausärztin ermöglicht, derartige mögliche Wechsel- oder Nebenwirkungen am individuellen Patienten realistisch einzuschätzen und die Notwendigkeit der Medikation im Verhältnis zu potentiellen Risiken abzuwägen. Dieses Abstimmen der besten verfügbaren Evidenz (Leitlinien, Beipackinformation, etc.) mit der individuellen klinischen Situation des jeweiligen Patienten ist es, was man als evidenzbasierte Medizin versteht. Es geht dabei eben nicht nur um die bedingungslose oder kritiklose Befolgung von wissenschaftlichen Erkenntnissen, sondern deren abgestimmte Anwendung oder deren begründete Nichtbefolgung am individuellen Patienten.

Von hoher Relevanz in der hausärztlichen Praxis ist es, Medikamente beim Hausbesuch mitzubringen oder dabei zu haben. Bei zunehmend älteren, multimorbiden und immobileren PatientInnen sowie bei Hausbesuchen nachts oder am Wochenende gewinnt diese gleichermaßen patientenfreundliche und umweltschonende Möglichkeit für die ärztlich betreuten Patienten noch zusätzliche Bedeutung.

Große Bedeutung hingegen hat die öffentliche Apotheke – insbesondere im städtischen Raum –für die Sicherheit von PatientInnen dann, wenn diese verschreibungsfreie Medikamente, Nahrungsergänzungsmittel oder andere nicht evidenzbasierte Wirksubstanzen kaufen oder kaufen wollen (over the counter drugs, Homöopathica etc. …). Von der Verwendung dieser Substanzen erzählen die Patienten ihrem Arzt sehr häufig nichts, u.a. weil sie glauben, hier kann es keine Nebenwirkungen oder Wechselwirkungen geben. Dies ist jedoch nicht der Fall, wie zahlreiche wissenschaftliche Studien belegen.[2]

1.2. Gesetzliche Situation

Wichtig in der Diskussion über den Stellenwert der Hausapotheke ist die Kenntnis der gesetzlichen Situation in Österreich und der EU. In der 8. Novelle des Ärztegesetzes ist festgehalten, dass

- die Ausübung des ärztlichen Berufes die Verordnung von Heilmitteln, Heilbehelfen und medizinisch-diagnostischen Hilfsmitteln umfasst (§ 2, Abs. 1 lit. 7).

2 Geriatr Nurs. 2006 Mar-Apr;27(2):118-29.

- Im Paragraph 3 ist festgehalten, dass die selbständige Ausübung des ärztlichen Berufes in der eigenverantwortlichen Ausführung unter anderem der oben genannten beschriebenen Tätigkeiten besteht (Abs. 2).

- Gemäß § 49, Abs. 1 ist der Arzt verpflichtet, jede von ihm in ärztliche Beratung oder Behandlung übernommene Person gewissenhaft zu betreuen, wobei er sich laufend fortbilden muss und dabei bestehende Vorschriften und fachspezifische Qualitätsstandards wahren muss.

Daraus ergibt sich eindeutig eine Verantwortung des Arztes für das verordnete Medikament hinsichtlich seiner Wirksamkeit und allfälliger Neben- und Wechselwirkungen am individuellen Patienten, aus der sich auch der Anspruch der PatientInnen auf Schadenersatz begründet, wenn ein Verschulden des Arztes/der Ärztin bei der Beratung, Untersuchung oder Behandlung vorliegen sollte (§ 58a).

Immer wieder wird auch die sachgemäße Lagerung der Medikamente in einer Hausapotheke thematisiert und in Frage gestellt. Allerdings ist dazu jeder Arzt/jede Ärztin, nicht nur hausapothekenführende verpflichtet: Sie tun dies in der Ordination mit ihren Notfallmedikamenten, Ärztemustern, Impfstoffen, Salben für Verbände etc. Die dazu notwendige Information und das theoretische Wissen eignen sich die niedergelassenen ÄrztInnen während ihrer Aus- und Weiterbildung, später aber auch in ihrer Fortbildung (z.B. Qualitätszirkel) an. Bei Änderungen oder der Einführung neuer Medikamente steht die Fachinformation des jeweiligen Präparats zur Verfügung. Die notwendigen Erfordernisse sind in jeder Ordination Standard. Neben der regelmäßigen Überprüfung und Rezertifizierung durch die Behörden sind dies nicht zuletzt ja auch gesetzliche Erfordernisse für das Führen einer Hausapotheke.

Die Aufgaben der öffentlichen Apotheke andererseits sind in der Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen über den Betrieb von Apotheken festgehalten.

- § 1 Abs. 2 führt dazu aus, dass dies insbesondere die Anfertigung von Arzneimitteln nach ärztlicher, zahnärztlicher oder tierärztlicher Verschreibung bzw. die Überprüfung der ärztlichen, zahnärztlichen oder tierärztlichen Verschreibung auf Eindeutigkeit und Übereinstimmung mit gesetzlichen Vorschriften sowie

- die Beratung des Kunden im Rahmen der Selbstmedikation umfasst. Das bedeutet, dass eine Beratung bei einem vom Arzt/von der Ärztin verordneten Medikament durch Apotheker nicht vorgesehen ist. Dies fällt in die Pflicht zur Dokumentation und Auskunftserteilung des Arztes/der Ärztin (§ 51(1) des Ärztegesetzes).

- § 5 hält fest, dass die Arzneimittel übersichtlich so zu lagern sind, dass ihre Qualität nicht nachteilig beeinflusst wird und Verwechslungen vermieden werden.

Die im Apothekengesetz enthaltenen Regelungen zur Führung von ärztlichen Hausapotheken sowie die bisher darin definierte Abstandsregelung (6 Straßenkilometer, § 29) hat nicht nur zu einer Reduzierung von hausapothekenführenden LandärztInnen geführt, sondern auch zu den Schwierigkeiten, frei werdende Kassenplanstellen ohne Hausapotheke bzw. mit nicht mehr erlaubter Führung einer Hausapotheke zunehmend nicht mehr nachbesetzen zu können. Es ist zu hoffen, dass die jüngst beschlossene Änderung dieser Regelung (4 km bei Übernahme einer bestehenden Hausapotheke [3]) die Reduzierung der Hausapotheken zumindest stoppen kann.

Neben dieser hochproblematischen österreichischen Gesetzeslage, der heftigen Diskussion rund um die Niederlassungsfreiheit für öffentliche Apotheken in der EU und den sich daraus für Österreich ergebenden Konsequenzen zeigt diese Entwicklung jedoch auch deutlich eine Schwäche und mangelndes Verständnis bei der Honorierung ärztlicher Tätigkeiten auf. Im ländlichen Bereich, insbesondere in entlegenen Gebieten, ist ein Hausarzt/eine Hausärztin aufgrund der geringen Bevölkerungsdichte auf das zusätzliche Einkommen durch die Hausapotheke angewiesen; dieses kann bis zu 30 % des Umsatzes ausmachen. Da die Honorierung von ärztlichen Leistungen in Österreich für alle Ärzte und Ärztinnen in einem Bundesland einheitlich geregelt wird, wird die schwierigere Existenzsituation eines Arztes/einer Ärztin in bevölkerungsschwachen Regionen eines Bundeslandes nicht berücksichtigt, was die Notwendigkeit des Zusatzeinkommens durch die Hausapotheke nachvollziehbar macht. Es geht also nicht so sehr um die Frage nach der Hausapotheke und den Abstandsregelungen, sondern vielmehr auch um die nicht adäquate Honorierung von ärztlichen Leistungen in bevölkerungsschwachen Regionen. Auch die sich daraus ergebenden Konsequenzen kann man von zwei Seiten sehen: Zum einen wird der Standort einer Hausarztpraxis durch die Möglichkeit der Hausapotheke aufgewertet und damit für Nachfolger attraktiver, zum anderen ist das Führen einer Hausapotheke oft aber auch eine ökonomische Notwendigkeit.

3 https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10010169

4. Gesundheitspolitische und medizinische Entwicklungen

Die verfügbaren Daten aus dem Ausland zeigen überwiegend, dass hausapothekenführende ÄrztInnen kostenbewusster und sicherer dispensieren, für alle Kassen günstiger verordnen, einen hohen Generika-Anteil haben, genauestens überwacht und von Behörden kontrolliert sind und gezielt und unmittelbar verschreiben, was vom einzelnen Patienten medizinisch benötigt wird.[4,5] Verlässliche Studien oder Publikationen zu diesen Themen aus Österreich fehlen bislang.

Zu den geplanten Veränderungen im Rahmen der laufenden Gesundheitsreform gehört die Etablierung von Primary-Health-Care-Zentren (PHC), vorerst in Form von Pilotprojekten. Derartige Einrichtungen können entweder zentral organisiert (im städtischen Bereich) oder dezentral gebildet werden (im ländlichen Bereich in Form von Netzwerken von Gesundheitsanbietern). Definitionsgemäß bestehen sie aus multidisziplinären Teams von verschiedenen Gesundheitsanbietern, die sich gemeinsam um die Bedürfnisse der regionalen Bevölkerung im Hinblick auf alle Bereiche der Primärversorgung von der Gesundheitsvorsorge bis zur Palliativmedizin und Rehabilitation kümmern.

In diesem multidisziplinären Team sind auch die Serviceleistungen einer Apotheke notwendig und vorgesehen. In der zentralen Variante würde das zweifellos eine Vereinfachung für die PatientInnen bedeuten, wenn sie nach einer medizinischen Betreuung an Ort und Stelle auch die notwendige verschriebene Medikation mitnehmen könnten. Im Fall der dezentralen Netzwerkorganisation würde sich aus Sicht des Autors die Möglichkeit ergeben, durch eine adäquate Pauschalierung der vom Netzwerk angebotenen Dienstleistungen (inklusive jener der im Netzwerk befindlichen öffentliche Apotheke) auch gesundheitspolitische Akzente zu setzen: Es ergäbe sich unter Umständen die Möglichkeit, ärztlich evidenzbasiert verordnete Medikamente von anderen in der öffentlichen Apotheke käuflich erwerbbaren Produkten leichter unterscheidbar und diesen Unterschied finanziell besser sichtbar zu machen.

Auf Basis der rezenten wissenschaftlichen Erkenntnisse in verschiedenen Bereichen der Medizin, insbesondere in der Onkologie und bei chronischen Erkrankungen, zeichnet sich seit Jahren ein deutlicher Trend weg von einer standardisierten,

4 J Am Acad Dermatol. 1988 Nov;19(5 Pt 1):915-9.
5 Pharmacotherapy. 2014 Oct;34(10):1012-21. doi: 10.1002/phar.1461

krankheitsbezogenen hin zu einer individualisierten, auf die Person mit einer bestimmten Erkrankung abzielenden ärztlichen und pharmakologischen Betreuung ab.[6] Diese personalisierte oder personenzentrierte Medizin ist schon jetzt – allerdings in einem anderen Verständnis – Alltag jedes Hausarztes/jeder Hausärztin.[7] Dieser Trend wird sich zweifellos weiter fortsetzen und eine deutliche Veränderung in ärztlichen Leistungen nach sich ziehen. Damit erhält der mehr als 100 Jahre alte berühmte Satz von Sir William Osler neues Gewicht: *„Es ist viel wichtiger zu wissen, welche Art von Patient eine bestimmte Erkrankung hat, als welche Art von Erkrankung ein Patient hat."*

Auf Basis der bereits eingangs erwähnten Ausführungen über den herausragenden Stellenwert des Individuums für den betreuenden Hausarzt oder die Hausärztin und der bereits laufenden Entwicklung hin zur personalisierten Medizin ist zu erwarten, dass die Kenntnisse und Erfahrungen mit und über einen individuellen Patienten bei der ärztlichen Behandlung, insbesondere der pharmakologischen Behandlung seiner akuten oder chronischen Probleme, in Zukunft einen noch deutlicheren Stellenwert in der Primärversorgung erhalten wird.

6 J Clin Pharmacol. 2016 May 16. doi: 10.1002/jcph.765.

7 Am J Med. 2015 Nov;128(11):1251.e1-5. doi: 10.1016/j.amjmed.2015.05.011.

Literatur

Br J Gen Pract. 2015 Aug;65(637):e545-51. doi: 10.3399/bjgp15X686125.

Geriatr Nurs. 2006 Mar-Apr;27(2):118-29.

https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10010169

J Am Acad Dermatol. 1988 Nov;19(5 Pt 1):915-9.

Pharmacotherapy. 2014 Oct;34(10):1012-21. doi: 10.1002/phar.1461

J Clin Pharmacol. 2016 May 16. doi: 10.1002/jcph.765.

Am J Med. 2015 Nov;128(11):1251.e1-5. doi: 10.1016/j.amjmed.2015.05.011.

Mag. Karl Schableger

Statistiker in der OÖ. Gebietskrankenkasse, Linz

Hausapotheken in Oberösterreich – Schluss mit dem Wirbel, her mit den Fakten!

1. Einleitung **50**

2. Ausgangslage **51**

3. Heilmittelökonomischer Aspekt **62**

4. Diskussion **83**

Literaturverzeichnis **85**

Sind Hausapotheken für niedergelassene Allgemeinmediziner notwendiger Bestandteil der Landarztpraxis oder sind sie nur eine durch Österreichs Topografie bedingte Notlösung, die nicht mehr zeitgemäß ist? In dieser Diskussion werden immer wieder Argumente für oder gegen Hausapotheken vorgebracht. Oft handelt es sich hierbei um Vermutungen, Einzelbeobachtungen oder sogar Behauptungen, die den realen Sachverhalt nicht widerspiegeln. Gerade bei Argumenten im Zusammenhang mit dem heilmittelökonomischen Verordnungsverhalten lassen sich diese Behauptungen relativ einfach an Hand des zur Verfügung stehenden Datenmaterials überprüfen.

Im Focus der Betrachtungen steht die heilmittelökonomische Analyse des Verordnungsverhaltens. Hierbei wird das Verordnungsverhalten vom hausapothekenführenden Allgemeinmediziner (HAPO) mit jenem der Allgemeinmediziner auf dem Land ohne Hausapotheken (Land) sowie mit Allgemeinmedizinern in der Stadt (Stadt) verglichen. Es zeigt sich, dass das Alter der Patienten sowie die Region einen wesentlichen Einfluss auf das Verordnungsverhalten haben. Ergänzend werden die Ergebnisse der Analyse der Generikaanteile sowie die Verteilung der Heilmittel auf die Boxen dieser drei Subpopulationen dargestellt.

1. Einleitung

Hausapotheken sind aktuell in aller Munde. Während die einen Hausapotheken als Überlebensfrage und notwendigen Bestandteil einer Landarztpraxis identifizieren, sehen andere darin eine Notlösung[1], eine Notversorgung[2] und bezeichnen sie als Notinstrumente. Bereits 2001 nannte Capana in seiner Eröffnungsrede am Österreichischen Apothekertag Hausapotheken als „systemfremde Zugeständnisse, bedingt durch die topografischen Gegebenheiten Österreichs." Heute lassen Gemeindevertreter[3] in Mooskirchen eine öffentliche Straße auf, damit der Berufssitz des Landarztes von der Betriebsstätte der öffentlichen Apotheke nun mehr als sechs Straßenkilometer entfernt ist, während im unteren Mühlviertel[4] eine Landarztpraxis wegen Unterschreitung der Sechs-Kilometer-Grenze um 21 Meter seine Hausapotheke zu verlieren droht. Es verwundert nicht, dass hier der Ruf nach völliger Liberalisierung laut wird. Zuletzt hatte der Präsident der niederösterreichischen Ärztekammer (Reisner) eine Liberalisierung gefordert: „Freie Niederlassung für öffentliche Apotheken und freie Entscheidung jedes Arztes, ob er Medikamente abgeben will."[5] Auch Lechner[6] forderte 2013 ein generelles Dispensierrecht für Ärzte. Wallner (2014) skizziert bereits konkrete mögliche Vorschläge für eine Neuregelung der Arzneimittelversorgung.[7]

In all diesen Diskussionen werden immer wieder Argumente vorgebracht, die sich auf Vermutungen, individuellen Erlebnissen, auf Hörensagen und Erzählungen Dritter stützen. Jede Partei denkt, die besseren Argumente für sich zu haben. Patientenombudsmann Bittner bringt es auf den Punkt, wenn er meint: Was uns in Österreich auszeichnet ist, dass wir die Gartenzäune ganz eng gesteckt haben."[8]

So unglaublich es klingt: Niedergelassene Allgemeinmediziner, Postpartner und Apotheker haben gemeinsame Schnittmengen. Während erstere Heilmittel ver-

1 Martin Hochstöger, Präsidenten der Apothekerkammer, Tiroler Tageszeitung, 02.04.2014
2 Weiermair Christoph, Apotheker kontern Ruf der Ärzte nach mehr Hausapotheken, Kurier, 28.02.2014
3 http://www.kleinezeitung.at/s/steiermark/weststeier/peak_weststeier/4756142/Mooskirchen_Kniff-soll-Mooskirchnern-die-Hausapotheke-sichern
4 Hausapotheke als Überlebensfrage, OÖN vom 13.11.2015
5 Christoph Reisner, Apotheken sind ersetzbar, 24.04.2015
6 Hauser, Herbert, Dispensierfreiheit statt Hausapotheken. In: Hausarzt politisch, 10.04.2013, S. 17.
7 Wallner, Felix, Rechtspolitische Überlegungen zur Neuregelung der Arzneimittelversorgung in Österreich. In: Zeitschrift für Gesundheitspolitik, Hrsg. LIG, 01/2014
8 Ärztekammer für Niederösterreich (Hrsg.), Consilium, 06/14, S.10

ordnen und gleichzeitig auch verkaufen, versorgen letztere die Bevölkerung nicht nur mit Heilmittel, sondern auch mit Briefen und Paketen.[9]

Bevor wir uns dem eigentlichen Thema der heilmittelökonomischen Verordnungsweise von hausapothekenführenden Ärzten zuwenden, werden einige der Aspekte, die in der aktuellen Diskussion zu berücksichtigen sind, kurz betrachtet.

2. Ausgangslage

2.1. Daten und Zahlen

Im Jahr 2014 gab es 1356 (1328 öffentliche Apotheken und 28 Filialapotheken) Apotheken in Österreich, 197 davon in Oberösterreich.[10]

Die Anzahl der im Analysejahr 2015 abrechnenden Hausapotheken liegt in Oberösterreich bei 195. Dabei wurden laut Erfolgsrechnung der OÖGKK im Jahr 2015 mehr als 400 Mio. – für Heilmittel ausgegeben. Betrachtet man die Heilmittel der maschinellen Heilmittelerfassung (Heilmittel im engeren Sinn sowie Heilnahrung, Verbandsmaterial, Heilbehelf- oder Hilfsmittelabgabe aus Apotheken, Pro-ordinatione-Bedarf, …), so liegt der Anteil der durch Hausapotheken abgegebenen Verordnungen bei 21,5 %, während die restlichen 78,5 % in öffentlichen Apotheken abgegeben wurden (vgl. Abb. 1). Beim Kostenanteil hingegen liegt die Hausapotheke mit 17 % Anteil (83 % Kostenanteil für öffentliche Apotheken) hinter dem Verordnungsanteil zurück.[11]

9 Ein niedergelassener Vertragsarzt als Postpartner ist mir bis dato nicht bekannt.
10 Apotheke in Zahlen 2015, S. 6
11 Alle Verordnergruppen (Allgemeinmediziner, Zahnärzte, Fachärzte,)

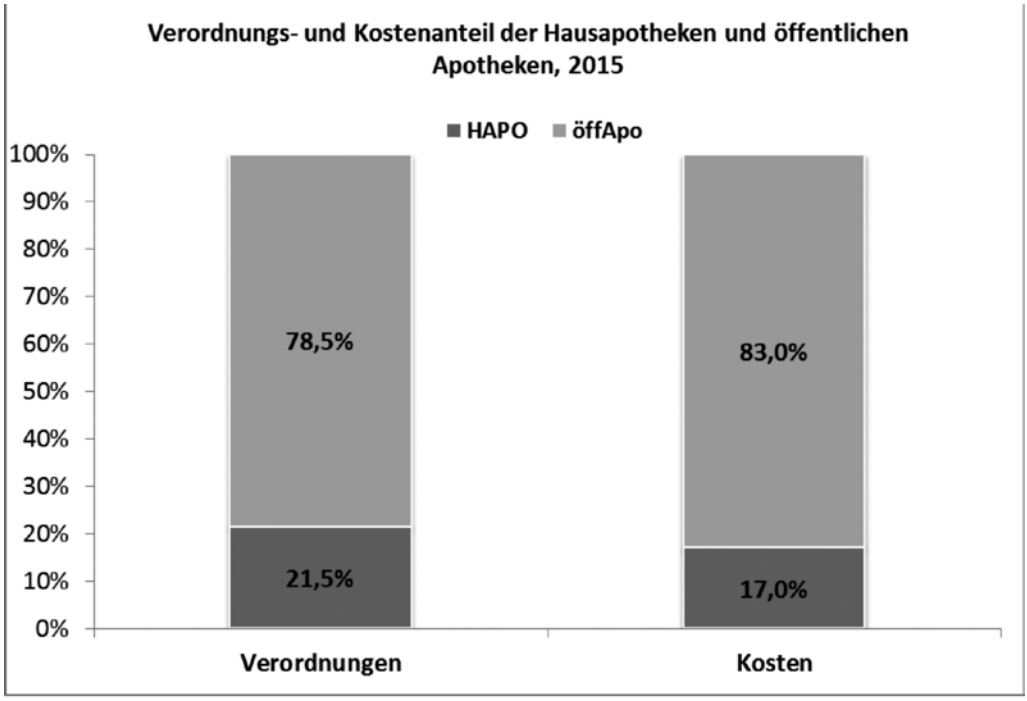


Abbildung 1: Verordnungs- und Kostenanteil von Hausapotheken und öffentlichen Apotheken (alle Heilmittel, Heilnahrung, Verbandsmaterial,) 2015

Anders ausgedrückt: Öffentliche Apotheken schneiden sich mehr vom Kuchen ab, als es ihrem Verordnungsanteil entspricht. Das ist insofern nicht verwunderlich, da Verordnungen von Fachärzten oder Wahlärzten überwiegend in öffentlichen Apotheken eingelöst werden.

Für die nur durch Allgemeinmediziner verordneten Heilmittel im engeren Sinn (vgl. dbzgl. auch die Ausführungen in Abschnitt 3) wurden im Jahr 2015 rund 208 Mio. aufgewendet.

Hierbei wurden 26,3 % der Verordnungen und 28,6 % der Kosten durch hausapothekenführende Ärzte veranlasst (vgl. Abb. 2) und dort auch abgegeben (demgemäß entfallen 71,4 % auf öffentliche Apotheken).

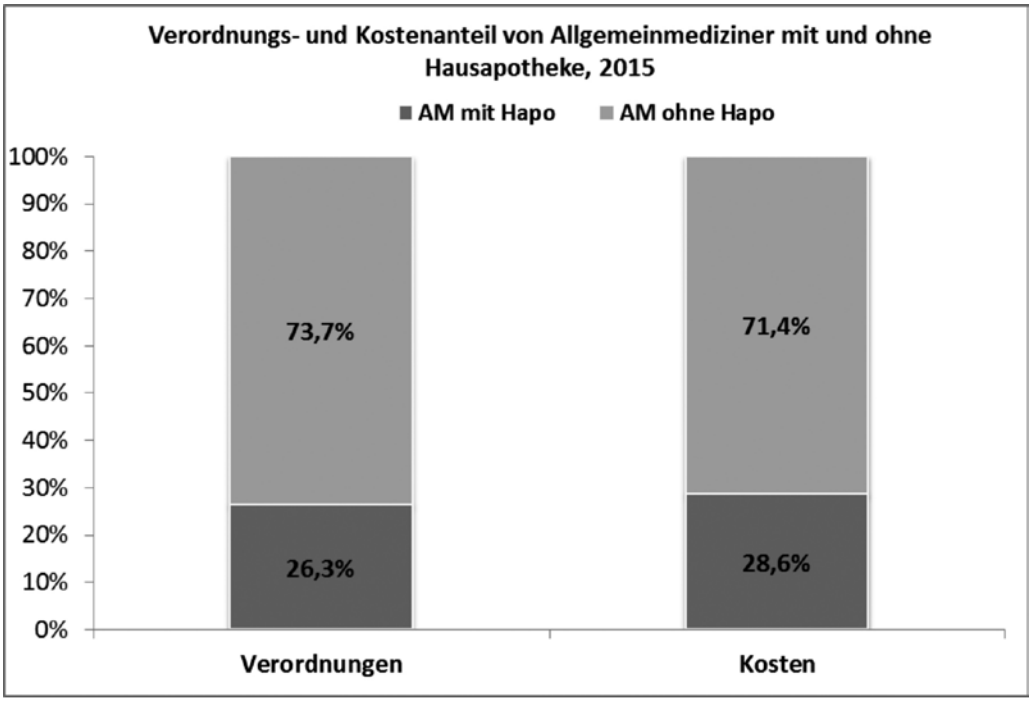


Abbildung 2: Verordnungs- und Kostenanteil von Allgemeinmedizinern mit und ohne Hausapotheken (Heilmittel im engeren Sinn, also ohne Heilnahrung, Verbandsmaterial, ...) 2015

Man erkennt, dass es für Hausapotheken bei den durch Allgemeinmediziner verordneten Heilmitteln im engeren Sinn kaum einen Unterschied zwischen Verordnungs- und Kostenanteil gibt. Zieht man die Sonderdistribution (Heilnahrung, Verbandsmaterial, Heilbehelf- oder Hilfsmittelabgabe aus Apotheken,) in die Betrachtungen mit ein, so wendet sich das Blatt zu Gunsten der öffentlichen Apotheken – ihr Kostenanteil steigt von 71,4 % auf 83 % – jener der Hausapotheken sinkt von 28,6 % auf 17 %.

Hausapotheken daher als existentielle Bedrohung für das Überleben öffentlicher Apotheken zu bezeichnen, ist vor diesem Hintergrund mehr als kühn. Rechnet man noch die Tatsache mit ein, dass rund 68 % des Umsatzes krankenkassenbedingt ist (die restlichen 32 % sind Privatumsätze der öffentlichen Apotheken)[12], so nimmt das Kostenvolumen der Hausapotheken am Gesamtumsatz der Apotheken gerade einmal 12,2 % ein. Dieses rund eine Achtel Umsatzanteil am Ge-

12 Apotheke in Zahlen 2015, S. 8

samtumsatz sollte keine relevante existentielle Bedrohung für eine öffentliche Apotheke darstellen.

Der Hausapotheker ist aber ohnehin nicht Verursacher dieses Leistungsspektrums, er ist nur der Leistungserbringer, so wie die öffentliche Apotheke auch. Aus diesem Grund erfolgt die in Abschnitt 3 angestellte Analyse aus Sicht des Verursachers, nämlich des Arztes mit (bzw. ohne) Hausapotheke. Nicht die Apotheke verursacht die Kosten, der Allgemeinmediziner, der das Heilmittel rezeptiert, ist Verursacher der Leistung.

2.2. Rechtliche Aspekte

In § 29 des Apothekengesetzes (ApoG) ist die Bewilligung zur Haltung einer ärztlichen Hausapotheke geregelt:

(1) Die Bewilligung zur Haltung einer ärztlichen Hausapotheke ist einem Arzt für Allgemeinmedizin auf Antrag zu erteilen, wenn

1. dieser in einem dem § 342 Abs. 1 entsprechenden Vertragsverhältnis steht, oder als Arzt für Allgemeinmedizin an einer Gruppenpraxis, die in einem Vertragsverhältnis nach § 342 Abs. 1 ASVG steht, beteiligt ist,

2. sich in der Gemeinde, in welcher der Arzt seinen Berufssitz hat, keine öffentliche Apotheke befindet, und

3. der Berufssitz des Arztes von der Betriebsstätte der öffentlichen Apotheke mehr als sechs Straßenkilometer entfernt ist.

Dieser Apothekengebietsschutz findet sich auch in § 10 ApoG für öffentliche Apotheken wieder. § 10 regelt die sachlichen Voraussetzungen für die Erteilung einer Konzession und definiert Bedarf und Nicht-Bedarf einer neu zu errichtenden öffentlichen Apotheke:

(1) Die Konzession für eine neu zu errichtende öffentliche Apotheke ist zu erteilen, wenn

1. in der Gemeinde des Standortes der öffentlichen Apotheke ein Arzt seinen ständigen Berufssitz hat und

2. ein Bedarf an einer neu zu errichtenden öffentlichen Apotheke besteht.

(2) Ein Bedarf besteht nicht, wenn

1. sich zum Zeitpunkt der Antragstellung in der Gemeinde der in Aussicht genommenen Betriebsstätte eine ärztliche Hausapotheke befindet und weniger als zwei Vertragsstellen nach § 342 Abs. 1 ASVG (volle Planstellen) von Ärzten für Allgemeinmedizin besetzt sind, oder

2. die Entfernung zwischen der in Aussicht genommenen Betriebsstätte der neu zu errichtenden öffentlichen Apotheke und der Betriebsstätte der nächstgelegenen bestehenden öffentlichen Apotheke weniger als 500 m beträgt oder

3. die Zahl der von der Betriebsstätte einer der umliegenden bestehenden öffentlichen Apotheken aus weiterhin zu versorgenden Personen sich in Folge der Neuerrichtung verringert und weniger als 5.500 betragen wird.

Der EuGH hat zu dieser strittigen Passage (v.a. Abs. 2 Z 3) im Apothekengesetz schon 2014 im sogenannten „Sokoll-Seebacher"-Urteil Stellung genommen (15. Oktober 2014, C-581/14) und Österreich verurteilt. Bisher hat die Republik die Passage aber noch nicht geändert. Wie diese Passage aber nun auszulegen ist, ist weiterhin strittig.

Laut VwGH darf ein Antragsteller aus dem Raum Gmunden doch keine Apotheke errichten, weil die Zahl der zu versorgenden Personen lediglich 1.531 betragen würde. Das Linzer LVwG hatte dem Antragsteller grünes Licht gegeben, mit der Begründung, dass der 5.500er-Paragraf nach dem EuGH-Urteil nicht mehr anzuwenden sei. Der VwGH jedoch meinte später explizit, dieser gelte sehr wohl (Ro 2014/10/0081).

Gebietsschutz und Einschränkungen zur Führung einer Hausapotheke sind im 3. Jahrtausend eines freien Europas Anachronismen, die Apotheken nur noch mit Notaren, Rauchfangkehrer[13] und Trafikanten gemeinsam haben.

Für Ärzteanwalt Lechner ist das bestehende Apothekengesetz längst veraltet: „Vor hundert Jahren war das Apothekengesetz wohl ein ganz modernes Gesetz, weil für Medikamentensicherheit und letztlich so auch für Patientensicherung gesorgt wurde. Medikamente wurden damals noch von Apothekern hergestellt. Die Apotheker waren diejenigen, die die Grundstoffe gemischt und so die Medikamente hergestellt haben. Das System, das das Gesetz geschaffen hat, mit

13 Zur Ehrenrettung der Rauchfangkehrer sei erwähnt, dass der Gebietsschutz 2015 gelockert wurde.

den Apotheken, mit Gebietsschutz für Apotheken, mit der Aufrechterhaltung der Apotheken hat im Jahre 1910 und auch in den Folgejahren durchaus Sinn gemacht. Das Apothekengesetz hat aber meines Erachtens die pharmakologische Entwicklung der letzten 100 Jahre völlig verschlafen."[14]

Auch Wallner (2014) verweist auf entsprechende Probleme des aktuellen Apothekenrechts.[15]

In der Steiermark führt die Bestimmung in § 29 (1) Z 2 dazu, dass ein Drittel der Hausapotheken verschwindet, ohne dass sich an der tatsächlichen Versorgungssituation mit öffentlichen Apotheken wesentlich etwas geändert hat. Durch Gemeindezusammenlegungen kommen kleine ländliche Gemeinden plötzlich zu einer öffentlichen Apotheke wie die Jungfrau zum Kind und werden über kurz oder lang ihre Hausapotheke verlieren.

Im Zuge der breiten öffentlichen Diskussion hat sich die Regierung auf eine Neuregelung der ärztlichen Hausapotheken verständigt. Am 27. April 2016 beschloss der Nationalrat die Novelle zum Apothekengesetz (ApoG). Zum einen darf in großen Gemeinden mit öffentlicher Apotheke eine Hausapotheke betrieben werden, wenn sie mehr als 6 km von der öffentlichen Apotheke entfernt ist (§ 28 Abs. 3 ApoG). Die zweite Neuerung trifft die sogenannte Nachfolgeregelung. Bestehende Hausapotheken können künftig weitergeführt werden, wenn sie in einem Abstand von mehr als 4 Kilometer von einer öffentlichen Apotheke entfernt sind (§ 29 Abs. 1a und 1b ApoG).

Zusätzlich wurde in § 10 ein Absatz 6a eingeführt, welcher die Unterschreitung des in Abs. 2 Z. 3 festgelegten Personengrenze (5.500) in dringend erforderlichen Fällen zur ordnungsgemäßen Heilmittelversorgung erlaubt.[16]

14 Ärztekammer für Niederösterreich (Hrsg.), Consilium, 06/14, S.10

15 Wallner, Felix, Rechtspolitische Überlegungen zur Neuregelung der Arzneimittelversorgung in Österreich. In: Zeitschrift für Gesundheitspolitik, Hrsg. LIG, 01/2014, S. 64f

16 BGBl. Nr. 5/1907, zuletzt geändert durch das BGBl. I Nr. 9/2016

2.3. Betriebswirtschaftliche Aspekte

Laut Aussendung der Apothekenkammer schreibt fast ein Drittel aller 1.356 öffentlichen Apotheken in Österreich Verluste.[17] Viele Apotheken sind demnach in den roten Zahlen. Nach Mursch-Edlmayr (Präsidentin der Apothekerkammer) sind hohe Investitions- und Personalkosten, ein teures Warenlager, Konkurrenz durch Internetapotheken und Drogeriemärkte sowie sinkende Margen Ursachen für diese Entwicklung. Die Gewinnspanne bei rezeptpflichtigen Medikamenten liegt bei 17 %, über alle Produktgruppen hinweg liegt die Apothekerspanne bei 28 %.[18]

Auf der anderen Seite stellt Steinhart (Vizepräsident der Österreichischen Ärztekammer und Bundeskurienobmann niedergelassene Ärzte) etwa fest, dass „für einen beträchtlichen Teil der Landärzte die Hausapotheke eine unverzichtbare wirtschaftliche Basis darstellt."[19]

Die Oberösterreichischen Nachrichten vom 13.11.2015 machen mit der Schlagzeile „Hausapotheken als Überlebensfrage" Stimmung. Die Nachbesetzung von Landarzt-Kassenstellen wird mit der Führung einer Hausapotheke verknüpft. Auf dem Land bleiben Kassenstellen immer öfter unbesetzt. In Molln und Wartberg an der Krems gelingt es seit fast zwei Jahren nicht, einen zweiten praktischen Arzt zu finden. „Ohne Hausapotheke ist der Betrieb einer Arztpraxis in der Peripherie oft unrentabel", sagt Wolfgang Ziegler, Kurienobmann-Stellvertreter der niedergelassenen Ärzte in der Ärztekammer Oberösterreich.[20]

Für Wallner (2014) führt „die Zurückdrängung der ärztlichen Hausapotheke [ ] dazu, den Landarztberuf noch unattraktiver zu machen". Es wird zur Gefahr für die flächendeckende Versorgung der ländlichen Bevölkerung.[21]

Martin Leeb, Vizebürgermeister von Ruprechtshofen (NÖ), betont, dass es nicht um die Frage gehe, ob es eine Arztpraxis mit oder ohne Hausapotheke, sondern ob es überhaupt einen Arzt gebe.[22]

Wie zu erwarten, kontert die Apothekerkammer mit dem Vorschlag, Ärzte über bessere Honorarsätze abzusichern, damit die Hausapotheken nicht so sehr ins

17 Weiermair Christoph, Apotheker kontern Ruf der Ärzte nach mehr Hausapotheken, Kurier, 28.02.2014
18 Ebd.
19 Hauser, Herbert, Dispensierfreiheit statt Hausapotheken. In: Hausarzt politisch, 10.04.2013, S. 19.
20 Hausapotheke als Überlebensfrage. OÖN vom 13.11.2015
21 Wallner, Felix, Rechtspolitische Überlegungen zur Neuregelung der Arzneimittelversorgung in Österreich. In: Zeitschrift für Gesundheitspolitik, Hrsg. LIG, 01/2014, S. 56
22 Pradel, Julia, Container-Praxis statt Hausapotheke, Apotheke adhoc, 30.01.2016

Gewicht fallen. Für den Präsidenten der Ärztekammer, Artur Wechselberger, ist eine Erhöhung „kein Lösungsansatz". Viele Gebiete seien so dünn besiedelt. „Diese Praxen würden bessere Honorarsätze auch nicht lukrativer machen."[23]

Der Anteil der Kassenrezepte am Umsatz der Medianapotheke liegt bei 70 %. 30 % des Umsatzes macht die Apotheke mit anderen Produkten.[24] Wie groß die Anteile bei der betriebswirtschaftlichen Kennzahl Gewinn sind, ist leider nicht bekannt, die Ausführungen der Apothekerkammer zur Entwicklung der Krankenkassenspanne[25] lassen aber den Schluss zu, dass der Anteil der Kassenrezepte am Gewinn deutlich unter jenem des Umsatzes liegt. Der Gewinn wird demnach mit anderen Produkten als mit Kassenrezepten gemacht.

Und wenn Apotheker deshalb zu Fischverkäufern[26] oder Postpartnern[27] werden, dann erscheint obige Argumentation gegen Hausapotheken als Ironie.

Wie in der Einleitung skizziert, treibt der Ideenreichtum mancher Bürgermeister im Bemühen um eine ärztliche Versorgung vor Ort inzwischen skurrile Blüten. Es braucht eine Entkoppelung der Hausapotheke als Überlebensfrage bei der Nachbesetzung von Landarztstellen. Kiesl fordert zu Recht, auch andere Aspekte des Arztberufes anzusprechen, etwa „Aktivitäten in Richtung „Image" und „Lebensbedingungen" insbesondere des Haus- bzw. Landarztes (vgl. z.B. die Kampagne „Lass dich nieder" in Deutschland)."[28]

Obwohl öffentliche wie Hausapotheken derselben Arzneitaxe unterliegen, ergibt sich auf Grund höherer Nachlassregelungen bei den Hausapotheken gegenüber öffentlichen Apotheken ein betriebswirtschaftlicher Nachteil.

Ein Teil der betriebswirtschaftlichen Bedeutung von Hausapotheken lässt sich mitunter auch durch Naturalrabatte erklären. Vor rund zehn Jahren standen Zuwendungen der pharmazeutischen Industrie an die Ärzte in zunehmendem Interesse der Öffentlichkeit. Während die Rabattkäufe der Hausapotheker allerdings für großes Interesse gesorgt haben[29], blieben andere Zuwendungen in Form

23 Heubacher, Anita, Streit um Hausapotheken geht in die nächste Runde. In: TTZ, 02.04.2014
24 Apotheke in Zahlen 2015, S. 8.
25 Ebd. S. 12
26 Apotheker werden Fischverkäufer, in: Apotheke adhoc, 05.11.2009: In Österreich wird es ab kommenden Montag apothekenexklusiven Fisch geben. Als Alternative zu üblichen Nahrungsergänzungsmitteln können Kunden dann in 15 Apotheken kalt-geräucherte Filets vom Eismeer-Saibling kaufen.
27 Österreichische Apothekerkammer, Briefe und Pakete aus der Apotheke. Pressemitteilungen.
28 Kiesl, Franz, Ärztemangel oder Nachbesetzungsprobleme bei Arztstellen. In. Soziale Sicherheit, 05/2015
29 Vgl. etwa: „Geschenkte" Pillen in aller Munde", Ärzte-Woche, 19 Jg., Nr.30, 2005: Eine Übersicht findet sich unter: http://www.hapig.at/

kleiner Geschenke oder Einladungen nahezu unbeachtet. [ ] Ohne näher auf die rechtliche Zulässigkeit von Rabatten eingehen zu wollen, gilt eine allfällige Zuwendungstheorie (wie etwa von Wellan[30] formuliert) für Rabatte nur eingeschränkt, sprechen sie doch mehr die Ratio eine Menschen an. Rabatte setzen eine unmittelbare Kaufentscheidung (im Gegensatz zu Geschenken) – also vernunftgeleitete Entscheidungen der Sachebene im Sinne eines betriebswirtschaftlichen, gewinnorientierten Denkens – voraus. Geschenke hingegen sprechen verstärkt die emotionale Ebene (Gewissen, Moral) an.[31]

2.4. Aspekt der Kundenzufriedenheit

Wie Lechner feststellt, werden heute über 95 % der in Apotheken abgegebenen Medikamente industriell vorgefertigt. Sie kommen lichtgeschützt, luftgeschützt (wenn es notwendig ist) in Packungen. „Es ist überhaupt kein Problem mehr, solche Medikamente abzugeben. Rezeptiert werde sie nach wie vor vom Arzt. Der hat Medizin studiert, der hat auch pharmakologische Studien während seines Medizinstudiums gemacht. Der Arzt ist derjenige, der das Gift Medikament verschreibt. Denn ein Medikament ist für den Körper, wie mir Mediziner sagen, nichts anderes als ein Gift, das eine bestimmte Wirkung im Körper erzeugen soll. Die Verantwortung für die Verschreibung trägt der Arzt. Der Arzt hat zu verantworten, wie das Medikament im Patienten wirkt. Der Apotheker hat genau das zu tun, was auf dem Rezept steht. Nämlich die Schachtel xy auszufolgen und die Dosierung, die der Arzt festgelegt hat, auf die Schachtel zu schreiben.[32]

Wer ist also der bessere Apotheker? Wer liefert bessere Qualität? Der Arzt oder der Apotheker?

Die Apotheke in Zahlen 2015 listet auf sechs Seiten das Leistungsspektrum einer öffentlichen Apotheke auf.[33]

30 Einfachstes Modell dafür wäre der „Verkauf" von häufig verordneten Arzneimitteln. Diese Option birgt allerdings die Verlockung, aus dem Verkauf ökonomische Vorteile zu lukrieren. „Böswilligerweise könnte Ärzten, die Arzneimittel verkaufen, unterstellt werden, gelegentlich jene Präparate zu verordnen, die sie auf Lager hätten, obwohl ein Alternativpräparat unter Umständen sinnvoller wäre", führt Mag. Wellan als Gegenargument an. (Hauser, Herbert, Dispensierfreiheit statt Hausapotheken. In: Hausarzt politisch, 10.04.2013, S. 18)

31 Schableger, Karl, Schluß mit heilmittelökonomischen Mythen und Märchen über Hausapotheken führende Ärzte. In: Soziale Sicherheit, 09/2006, S. 229.

32 Ärztekammer für Niederösterreich (Hrsg.), Consilium, 06/14, S.10

33 Ebd. S. 15 – 20.

Wellan nennt sieben Qualitätsaspekte von öffentlichen Apotheken in kompakter Form, nämlich[34]

1. Qualität durch Expertise,
2. Qualität durch Adherence/Betreuung,
3. Qualität durch Überblick,
4. Qualität durch das 4-Augen-Prinzip,
5. Qualität durch bestmögliche Auswahl,
6. Qualität durch Unangreifbarkeit,
7. Qualität durch Bürokratieabbau.

Auch für Hochstöger ist klar, dass „eine Hausapotheke niemals die Qualität einer öffentlichen Apotheke bieten [kann], weil sie niemals den Umfang an Medikamenten offerieren kann."[35]

Für Kirisits (Hausapotheken-Referent der Ärztekammer für Steiermark) stellt „die Versorgung mit einer ärztlichen Hausapotheke [ ] am Land [hingegen] die beste Lösung zur Medikamentenversorgung dar."[36] Wallner führt zudem aus, dass weder fachliche Vorbehalte, die Betriebszeiten oder Lagermöglichkeiten einer Hausapotheke die Arzneimittelversorgung der Patienten verschlechtern würde. Im Gegenteil, in Zusammenhang mit Aut-simile-Verordnungen ergeben sich Vorteile, wenn Arzt und Apotheker in Personalunion auftreten.[37]

Neben der Qualität darf die Patientenperspektive nicht vergessen werden.

Lechner hält fest: „Wenn wir den Patienten in den Vordergrund stellen, dann kann es nur eines geben: Der Weg zum Medikament muss so kurz wie möglich sein. Das ist die optimale Versorgung mit Medikamenten. Und deshalb muss jeder Arzt Medikamente abgeben können, so wie das jeder Apotheker darf. Und die Apotheker sollen Apotheken überall errichten dürfen, wo sie meinen, dass sie Apotheken errichten sollen. Ohne dass es irgendeinen Gebietsschutz gibt, weder zwischen Apotheken untereinander, noch zwischen Ärzten und öffentlichen Apotheken."[38]

Unabhängig davon, ob jetzt der tatsächliche, objektive Bedarf an (Haus-)Apotheken (vor allem in ländlichen Regionen) festgelegt werden kann. Die Bevölkerung hat dazu eine klare Meinung und äußert deutlich ihre Bedürfnisse. In einer österreichweiten OGM-Umfrage im Jahr 2012 zeigen von 2,200 Befragten 66 % eine

34 Hauser, Herbert, Dispensierfreiheit statt Hausapotheken. In: Hausarzt politisch, 10.04.2013, S. 18
35 Ebd. S. 18
36 Ebd. S. 19
37 Wallner, Felix, Rechtspolitische Überlegungen zur Neuregelung der Arzneimittelversorgung in Österreich. In: Zeitschrift für Gesundheitspolitik, Hrsg. LIG, 01/2014, S. 57f
38 Ärztekammer für Niederösterreich (Hrsg.), Consilium, 06/14, S.11

deutliche Präferenz für die Abgabe von Heilmittel in der Ordination. Nur 28 % bevorzugen eine Apotheke.[39]

Müssen wir uns generell auf eine andere Art der medizinischen Versorgung einstellen?

Kiesl (2015)[40] verweist in diesem Zusammenhang auf e-health und Telemedizin (elektronischer Arzt) oder Selbstmanagement und Laienmedizin. Während Vertreter der OÖGKK als Global Player der Vertragspartnerversorgung also den elektronischen Arzt propagieren, Leistungen zu anderen/neuen Berufsgruppen (z.B. Advanced Practice Nurse, Administrations- und Operationsassistenten, Optiker/Bandagisten/Hörgeräteakustiker für Leistungen, die qualitativ hochwertig auch von Nichtärzten erbracht werden können) als Alternative in Betracht ziehen oder den Patienten selbst in die Pflicht nehmen, scheint das für Apothekerkammerpräsident Max Wellan kein gangbarer Weg.

Internetbestellungen, Direktversand und telefonische Beratungen werden in Österreich kaum angeboten.[41] „Beim Verkauf von Arzneimittel sind die Beratung entscheidend und das Wissen, wie ich das Medikament anwenden soll. [ ] Die persönliche Beratung zählt mehr, weil ich den Kunden vor mir sehe."[42]

39 Hauser, Herbert, Dispensierfreiheit statt Hausapotheken. In: Hausarzt politisch, 10.04.2013, S. 19.

40 Kiesl, Franz, Ärztemangel oder Nachbesetzungsprobleme bei Arztstellen. In. Soziale Sicherheit, 05/2015, S. 226.

41 Seit 2015 dürfen Österreichs Apotheken auch rezeptfreie Medikamente im Internet verkaufen. Doch derzeit machen nur 19 von 1360 Apotheken mit. Apotheker-Chef: „Gleicher Preis für ein Aspirin macht Sinn", Die Presse, 10.11.2015

42 Ebd.

3. Heilmittelökonomischer Aspekt

Die bisherigen Ausführungen haben gezeigt, welche skurrilen Blüten die Diskussion um Hausapotheken und das Dispensierrecht mitunter hervorbringt. Wir wollen deshalb zum eigentlichen Kern des Beitrages kommen, nämlich dem heilmittelökonomischen Aspekt.

Als einer der wenigen Aspekte (wie oben ausgeführt, wird sogar der rechtliche Aspekt vom OÖ. Verwaltungslandesgericht anders ausgelegt als vom VwGh) lassen sich die heilmittelökomischen Argumente an Hand vorliegender Fakten relativ leicht überprüfen.

Die einzige uns bekannte ökonomische Analyse des Dispensierrechts ist jene von Schableger (2006)[43]. Zum Zeitpunkt der Analyse im Jahr 2005 war der Heilmittelmarkt in Österreich im Umbruch. Der Erstattungskodex (EKO) mit dem Boxensystem wurde eingeführt, ein Jahr später wurde in Oberösterreich die Chefarztpflicht von der Zielvereinbarung abgelöst.

Aus diesem Grund schien es an der Zeit, den kausalen Einflüssen des Dispensierrechts abermals auf den Grund zu gehen und die vorgebrachten Zusammenhänge durch Daten zu überprüfen.

In vorliegender Analyse werden die Abrechnungsdaten der OÖGKK des Jahres 2015 verwendet. Hierbei gehen alle Verordnungen und Kosten der Heilmittel im engeren Sinn (also ohne Heilnahrung, Verbandsmaterial, Heilbehelf- oder Hilfsmittelabgabe aus Apotheken, Pro-ord-Bedarf etc.) sowie alle für das Jahr 2015 abgerechneten Fälle der Allgemeinmediziner in die Berechnungen ein. Die Kosten ergeben sich aus dem Kassenverkaufspreis. Kosten für Heilmittel unter der Rezeptgebühr (2015: 5,55 €) finden nur insoweit Betrachtung, als dass diese Kosten nur für von der Rezeptgebühr befreite Personen in der OÖGKK zur Abrechnung kommen.

43 Schableger, Karl, Schluß mit heilmittelökonomischen Mythen und Märchen über Hausapotheken führende Ärzte. In: Soziale Sicherheit, 09/2006.

3.1. Axiome

Wie in jeder wissenschaftlichen Analyse, müssen auch hier Axiome bzw. Annahmen getroffen werden, ohne die ein Vergleich der Arztgruppen nicht möglich wäre.

Postulat 1: Das Alter der Patienten sowie die räumliche Nähe zu Krankenhäusern und Fachärzten haben einen Einfluss auf das zu beobachtende Verordnungsverhalten.

Dieses Postulat legt nahe, bei der Analyse der Daten das Alter der Patienten sowie die regionale Lage der Arztpraxis zu berücksichtigen.

Alter als wesentliche kausale Einflussgröße für Anzahl und Kosten der Verordnungen eines Arztes ist hinlänglich belegt. Um Struktureinflüsse ebenfalls abzubilden, wurden die Allgemeinmediziner von Oberösterreich in drei Gruppen eingeteilt:

- Landärzte mit Hausapotheken,
- Landärzte ohne Hausapotheken,
- Stadtärzte (Linz, Wels, Steyr).

Damit wird sichergestellt, dass etwaige Unterschiede in der Heilmittelversorgung auf latente Struktureffekte (Stadt-Land) zurückgeführt werden. Hausapothekenführende Ärzte können dadurch immer auch mit ihrer nicht hausapothekenführenden Kollegenschaft am Land verglichen werden, ohne dass etwaige Stadt-Effekte den Vergleich verzerren.

Die Komponente Alter des Patienten wurde mit Hilfe der Altersstandardisierung modelliert. Die Altersstandardisierung stellt sicher, dass Unterschiede, die auf unterschiedliche Altersverteilungen im Patientengut der jeweiligen Subpopulation auftreten, sichtbar und quantifizierbar werden. Fehlschlüsse und Missinterpretationen auf Grund des Patientengutes (junge vs. ältere Patienten) sind somit ausgeschlossen.

Das Alter der Patienten wird hierfür in Dekaden eingeteilt. In jeder Dekade wird nun gesondert das Verordnungsverhalten nach Mengen (Anzahl der Verordnungen) und Preis (Kosten in Euro je Verordnung) ermittelt. Bei der Altersstandardisierung ist zwischen der direkten und indirekten Altersstandardisierung zu unterscheiden.

Bei der direkten Altersstandardisierung hat jede Subgruppe (fiktiv) das gleiche Patientengut bzgl. der Altersverteilung (OÖ-Patienten) mit ihrem eigenen Verord-

nungsverhalten zu versorgen. Hierbei werden Vorteile bzw. Nachteile zum eigenen Patientengut der Gruppe sichtbar.

Bei der indirekten Altersstandardisierung verordnet jede Subgruppe ihr Patientengut mit dem durchschnittlichen Verordnungsverhalten aller drei Gruppen (OÖ-Verordnungsverhalten). Hierbei wird das „ökonomische" oder „unökonomische" Verordnungsverhalten der Subgruppe im Vergleich zu den anderen sichtbar.

Postulat 2: Auf Grund der großen Anzahl an Patienten in jeder Gruppe gibt es gruppenspezifisch keine Unterschiede in Morbidität und Mortalität des Patientengutes.

Es werden in dieser Analyse die ökonomischen Aspekte der Heilmittelverordnung, nach Menge und Preis, betrachtet. Es erfolgen keine Aussagen über Qualität der Versorgung, Outcome oder Mortalität. Vorliegende Analysen stellen das Verordnungsverhalten der Allgemeinmediziner in Oberösterreich[44] dar.

Postulat 3: Die Behandlungsqualität und der Behandlungserfolg sind in jeder der drei Gruppen gleich.

Es besteht kein Grund zur Annahme, dass Stadtärzte ihre Patienten „erfolgreicher" behandeln als Landärzte oder umgekehrt. Dieses Postulat stellt sicher, dass nicht eine der Ärztegruppen als die „besseren" Allgemeinmediziner anzusehen sind.

3.2. Heilmittelökonomische Behauptungen

Was steht im Focus unserer Betrachtungen? Welche Behauptungen sollen überprüft werden? Im Wesentlichen sind es folgende Statements, die bei der Diskussion um Hausapotheken immer wieder vorgebracht werden:

- Hausapothekenführende Ärzte verschreiben nicht notwendige Heilmittel, weil sie ja daran verdienen.
- Hausapothekenführende Ärzte verschreiben das, woran sie am meisten verdienen.
- Hausapothekenführende Ärzte könnten nur das verschreiben, was sie auf Lager haben.

44 Anmerkung: Eigentlich der OÖGKK-Versicherten. Bei einem OÖGKK-Versichertenanteil von 87 % (der OÖ. Bevölkerung) kann das aber nahezu gleichgesetzt werden.

- Eine Hausapotheke kann niemals den Umfang an Medikamenten offerieren wie eine öffentliche Apotheke.
- Auf Grund ihrer beschränkten Lagerkapazität weisen hausapothekenführende Allgemeinmediziner geringere Generikaanteile auf.

Kurz zusammengefasst kann man also sagen, es besteht die Vermutung, dass hausapothekenführende Ärzte

- unökonomischer (nach Menge und Preis sowie Generika-Kostenanteil) verordnen sowie
- eine eingeschränkte Produktvielfalt (einhergehend mit einem geringeren Generika-Verordnungsanteil) aufweisen.

3.3. (Un-)Ökonomie im Verordnungsverhalten

Um heilmittelspezifisch (un-)ökonomisches Verordnungsverhalten quantifizieren zu können, bedarf es entsprechender Messgrößen. In dieser Analyse sind es die Kosten pro Fall, im Detail die Kosten pro Verordnung und die Verordnungen pro Fall. Es gilt:

KO/Fall = KO/VO x VO/Fall

Bei den Fällen handelt es sich um alle im Jahr 2015 (je Quartal) abgerechneten Krankenscheinfälle von Vertragsärzten der Allgemeinmedizin.

Für Gesundheitsökonomin Hofmarcher hat die Trennung von Dispensierung und Verschreibung durchaus Sinn. „Der mittlerweile weitgehend empirisch belegte Umstand, dass es eine Möglichkeit zu angebotsindizierter Nachfrage gibt, heißt konkret, dass halt eine Neigung besteht, Medikamente zu verordnen, auch wenn es nicht unbedingt nützlich ist."[45]

Ein erster Blick auf die Heilmittelkosten je Behandlungsfall zeigt (vgl. Abb. 3), dass Allgemeinmediziner in der Stadt mit € 71,02 je Fall die höchsten durchschnittlichen Heilmittelkosten aufweisen, dicht gefolgt von den Hapo-Ärzten mit € 70,92 je Fall. Etwas abgeschlagen die Landärzte ohne Hausapotheke mit € 67,33 je Fall.

45 Ärztekammer für Niederösterreich (Hrsg.), Consilium, 06/14, S.111

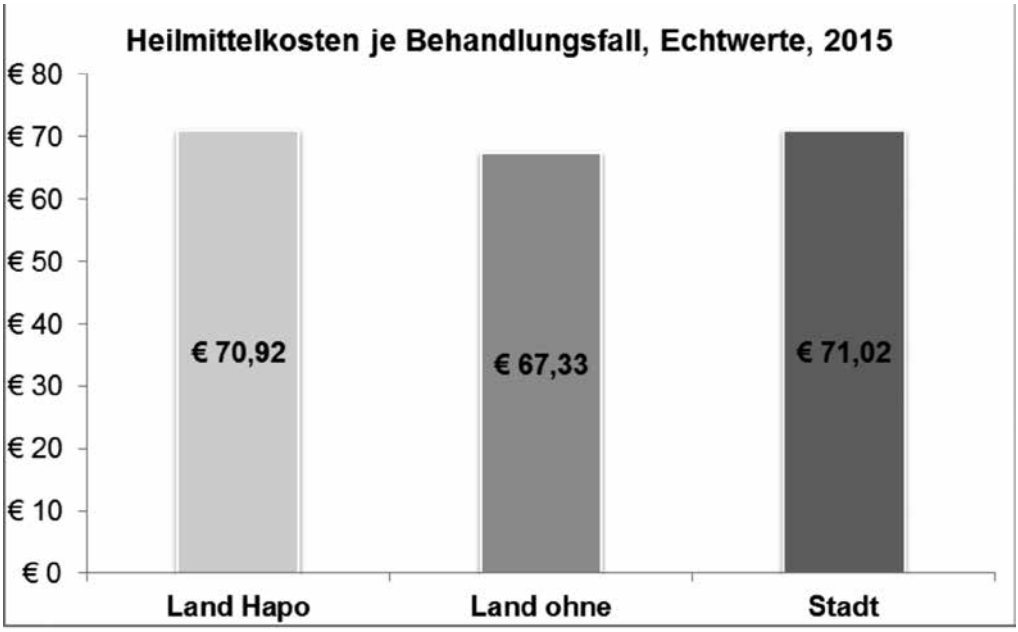


Abbildung 3: Heilmittelkosten je Fall (in €), Echtwerte 2015

Da in dieser Analyse noch die verschiedenen Altersverteilungen der Behandlungsfälle aus den drei Subgruppen in die Berechnung eingehen, wird für einen standardisierten Vergleich die Altersverteilung aller Behandlungsfälle im Jahr 2015 verwendet. In dieser standardisierten Betrachtung sind Land- und Stadtärzte nahezu gleich auf (Land € 66,60, Stadt € 67,21), Allgemeinmediziner mit Hausapotheke kommen bei diesen standardisierten Vergleich auf € 75,53 (vgl. Abb.4).

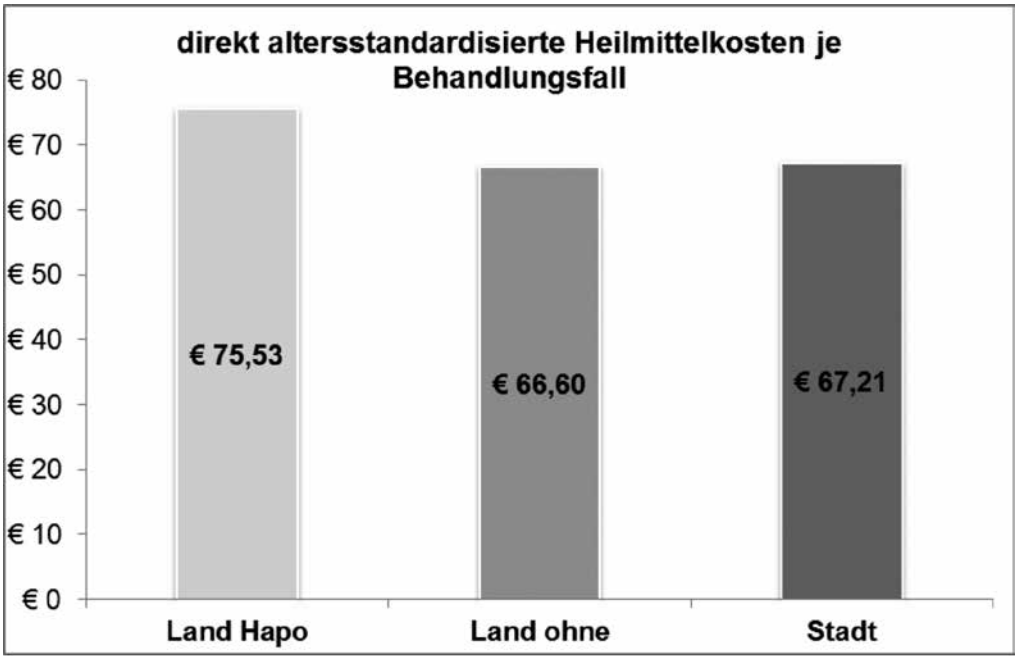


Abbildung 4: Heilmittelkosten je Fall (in €), direkt altersstandardisierte Werte, 2015

Der Unterschied zwischen Echtwerten und standardisierten Werten ergibt sich aus der unter-schiedlichen Altersverteilung. Landärzte mit Hausapotheke haben – verglichen mit den anderen beiden Gruppen – einen demografischen Vorteil (mehr junge, weniger alte Menschen).

Daraus jedoch abzuleiten, Hausapotheken behandeln unökonomischer, wäre eine vorschnelle Analyse. Hapo-Ärzte haben im Fall der direkten Altersstandardisierung (fiktiv) mehr ältere Patienten (mit deutlich höheren Heilmittelkosten) zu versorgen. Dieser Vergleich zeigt also den monetär bewerteten demografischen Vorteil der Hapo-Ärzte. Würden Ärzte mit Hausapotheke ein Patientengut mit oberösterreichischer Altersverteilung behandeln, so würden sie um knapp € 4,61 teurer je Fall verordnen, als sie es tatsächlich tun. Ein Unterschied, der schon in der Analyse von 2006 aufgetreten ist.[46]

Um einem (un)ökonomischen Behandlungsverhalten auf die Spur zu kommen, muss eben auch auf dieses Behandlungsverhalten normiert werden. Bei der folgenden indirekten Altersstandardisierung wird demnach das durchschnittliche

46 Schableger, Karl, Schluß mit heilmittelökonomischen Mythen und Märchen über Hausapotheken führende Ärzte. In: Soziale Sicherheit, 09/2006, S. 225.

Behandlungsverhalten[47] aller Allgemeinmediziner in Oberösterreich auf das jeweilige Patientenklientel der drei Gruppen angewandt. Dadurch entgeht man dem Vorwurf einer fiktiven, nicht zu behandelnden Normbevölkerung.

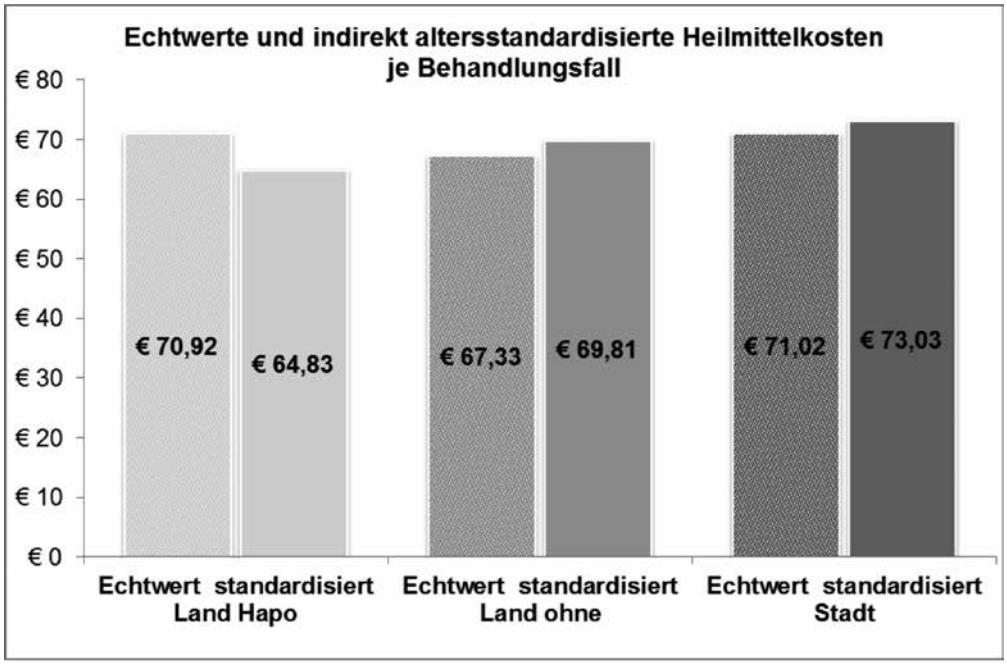


Abbildung 5: Heilmittelkosten je Fall (in), Echtwerte und indirekt altersstandardisierte Werte, 2015

Würde man auf die Patienten der Hapo-Ärzte die Kosten je Behandlungsfall aller Allgemeinmediziner im Jahr 2015 (in den einzelnen Altersdekaden) anwenden, so könnten die Hapo-Ärzte ihre Patienten um € 64,83 je Fall behandeln (vgl. Abb. 5). Der durchschnittliche oberösterreichische Allgemeinmediziner könnte also die Patienten der Hapo-Ärzte um € 6 günstiger behandeln. Dieses Ergebnis weicht markant von der Analyse des Jahres 2005 ab, weshalb folgende Frage zu klären ist:

Wo bzw. in welchem Bereich liegen die Ursachen für dieses Ergebnis?

Detailanalysen des Verordnungsverhaltens nach Menge (Anzahl der Verordnungen) und Preis (Kosten pro Verordnung) sowie nach Boxen sollen bei dieser Ursachenforschung helfen. Ergänzend werden die Generikaanteile der drei Arztgruppen ermittelt.

47 Das durchschnittliche Behandlungsverhalten sind die Kosten/Fall für jede der 10 Alterskategorien aller drei Subgruppen. Entsprechende Detailanalysen sind auch für Mengen- und Preisverhalten möglich.

3.4. Ursachenanalyse

Da die in 3.3. dargestellten Ergebnisse deutlich von jenen des Jahres 2005 abweichen, gibt es zwei Hypothesen:

1. Die Hapo-Arzte haben ihr Verhalten grundlegend verändert oder

2. die anderen beiden Arztgruppen haben ihr Verhalten grundlegend verändert.

Es können mit den vorliegenden Daten diese Hypothesen nicht exakt überprüft werden, es ergeben sich mitunter aber relevante Hinweise, dass es systembedingte Unterschiede in der Heilmittelversorgung gibt, die sich letztlich im dargestellten Ergebnis manifestieren.

Erster Schritt in der Ursachenforschung ist die Aufteilung der Heilmittelkosten je Fall auf die Boxen. Seit der Einführung des Erstattungskodex im Jahr 2005 werden alle Heilmittel einer der fünf Boxen[48] zugeordnet.

Eine erste Analyse nach den Boxen hat ergeben, dass es vor allem Heilmittel aus der dunkelgelben Box sind, die zu einem höheren Gesamtfallwert bei den Hapo-Ärzten führen.

Tabelle 1 und Abbildung 6 zeigen, dass Hapo-Ärzte bei der Verordnung aus der grünen (G) und gelben (Y) Box (bewilligungsfreie Boxen) ein überdurchschnittlich ökonomisches Verhalten zeigen. Umgekehrt weisen sie in den bewilligungspflichtigen Boxen D, N und R markant höhere Fallwerte auf.

	bewilligungsfrei		bewilligungspflichtig			
Box	G	Y	D	N	R	Gesamt
Land Hapo	40,80	4,06	20,55	5,08	0,43	70,92
Land ohne	42,11	4,33	16,25	4,40	0,24	67,33
Stadt	45,09	4,42	16,60	4,66	0,26	71,02

Tabelle 1: Kosten je Fall nach Box, Echtwerte 2015

48 Es gibt fünf Boxen:
G grüne Box (frei verschreibbar),
Y gelbe Box (yellow, mit Einschränkungen (Indikationsregeln) verschreibbar, RE2),
D dunkelgelbe Box (dark-yellow, mit chefärztlicher Bewilligung verschreibbar, RE1),
R rote Box (beinhaltet zeitlich befristet jene Heilmittel, für die ein vollständiger Antrag auf Aufnahme in den EKO vorliegt, mit chefärztlicher Bewilligung verschreibbar)
N no-Box (Heilmittel für die nie um eine Aufnahme in den EKO angesucht wurde oder deren Aufnahme abgelehnt wurde; mit chefärztlicher Bewilligung verschreibbar)
Anmerkung: In Oberösterreich existiert an Stelle einer chefärztlicher Bewilligung eine Zielvereinbarung mit entsprechender nachfolgender Kontrolle (inkl. Individualhaftung).

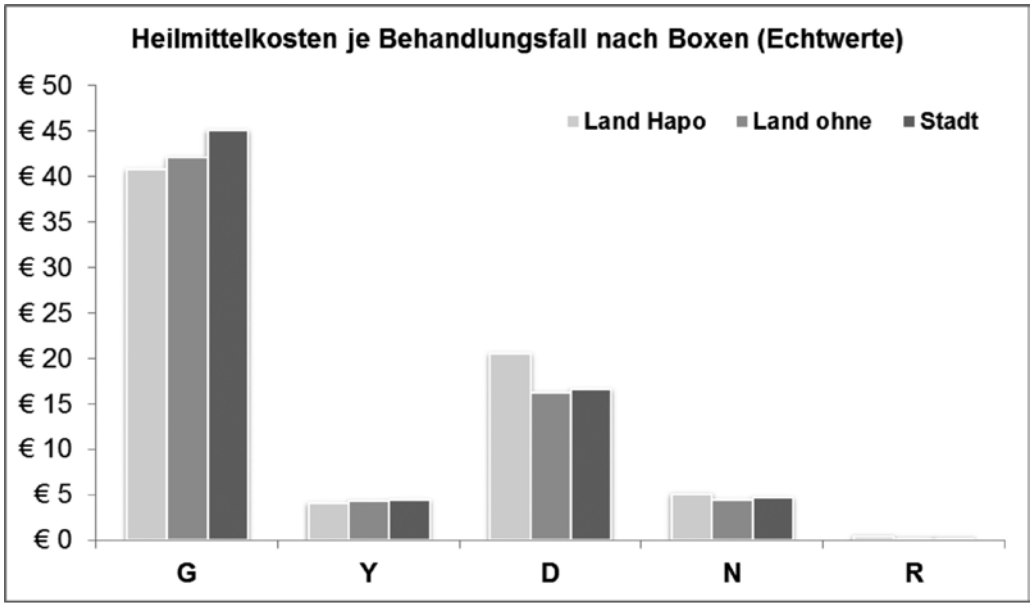


Abbildung 6: Heilmittelkosten je Fall (in €) nach Boxen, Echtwerte 2015

Dies ist ein Beleg dafür, dass oben zitierte Behauptung von Hofmarcher widerlegt ist und hausapothekenführende Ärzte keineswegs nicht notwendige Heilmittel verschreiben.

Auch die Behauptung, Hapo-Ärzte würden das verschreiben, woran sie am meisten verdienen, findet darin keinen Beleg. Heilmittel aus den bewilligungspflichtigen Boxen sind zwar teurer als jene aus der grünen und gelben Box. Die inhaltliche Bedeutung der bewilligungspflichtigen Boxen (Karzinomtherapien,) lässt aber keine leichtfertige Verordnung aus diesen Boxen zu. Niemand wird hausapothekenführenden Ärzten ernsthaft unterstellen, alleine aus wirtschaftlichen Gründen Patienten mit Heilmitteln aus bewilligungspflichtigen Boxen zu versorgen.

Diese aufgestellte Behauptung müsste sich also in der grünen oder gelben Box zeigen – eben in jener, wo Hapo-Ärzte relativ einfach auf teurere Produkte ausweichen könnten.

Tabelle 2 zeigt, dass es bei einem Niveau von rund € 13,50 je Verordnung keine relevanten Abweichungen zwischen den drei Ärztegruppen in dieser Box gibt.

	KO/VO in G
Land Hapo	13,73
Land ohne	13,52
Stadt	13,15
Gesamt	13,49

Tabelle 2: Kosten pro Verordnung (in €) von Heilmittel der grünen Box, Echtwerte 2015

Aus Tabelle 1 lässt sich auch der Beitrag der Box am Gesamtwert Kosten pro Fall ablesen. Man erkennt rasch, dass die grüne (G) und dunkelgelbe (D) Box den Löwenanteil am Gesamtwert ausmachen.

Die rote Box ist auf Grund ihres geringen Beitrages zum Gesamtwert nicht von Bedeutung. Auch der No-Box-Anteil am Gesamtfallwert ist in allen drei Subgruppen mit rund 7 % annähernd gleich und von untergeordneter Bedeutung. Das Augenmerk ist also auf die dunkelgelbe Box (D bzw. RE1) zu lenken.

Um zu erkennen, in welchen Alterskategorien diese Abweichungen der Hapo-Ärzte auftreten, werden in Tabelle 3 die Heilmittelkosten der dunkelgelben Box je Fall dargestellt.[49]

	Kosten pro Fall		
Altersgruppe	Hapo-Ärzte	gesamt	Abweichung
0–10	0,84	0,65	29 %
10–20	11,24	5,79	94 %
21–30	12,79	10,32	24 %
31–40	16,77	13,51	24 %
41–50	23,90	16,51	45 %
51–60	22,30	20,42	9 %
61–70	31,49	25,73	22 %
71–80	36,45	31,57	15 %
81–90	35,01	30,11	16 %
über 90	19,80	17,87	11 %
Gesamt	20,55	17,52	17 %

Tabelle 3: Kosten pro Fall (in) in der dunkelgelben Box (D) nach Altersdekade und Abweichung (in %), Hapo-Ärzte und gesamt, 2015

49 Hinweis: Hierbei handelt es sich um alle Behandlungsfälle dieser Altersgruppe und nicht nur um jene, die Heilmittel aus der dunkelgelben Box erhalten haben.

Der Tabelle 3 ist zu entnehmen, dass es also die Alterskategorien der 0- bis 50-Jährigen in der dunkelgelben Box sind, die bei der Altersstandardisierung zur in Abschnitt 3.3. beschriebenen Abweichung führen.

Die Heilmittelbehandlungskosten bei der Versorgung der 0- bis 50-jährigen Bevölkerung liegen bei den Ärzten mit Hausapotheken im Jahr 2015 in einzelnen Alterskategorien deutlich über jenen aller Allgemeinmediziner.

Dieses Verordnungsverhalten passt jedoch überhaupt nicht ins Bild. Wenn Ärzte mit Hausapotheken tatsächlich unökonomisch verschreiben würden, dann sollte sich dieses Verhalten erstens in allen Alterskategorien und zweitens auch in allen Boxen zeigen.

Eine nur auf eine Box und fünf Alterskategorien beschränkte Abweichung legt die Vermutung nahe, dass hier eine systemische Ursache zu Grunde liegt.

Um der Spur weiter zu folgen, ist die nächste Frage zu beantworten. Sind es die Verordnungen, also ist es ein Mengenproblem, oder sind es die Kosten pro Verordnungen, also ist es ein Preisproblem?

Ein Blick auf die zugehörige Tabelle 4 zeigt sofort, dass es nicht die Menge ist, die zu den höheren Fallwerten führt.

Altersgruppe	KO/VO	VO/Fall	KO/Fall
0–10	13 %	14 %	29 %
10–20	102 %	-4 %	94 %
21–30	200 %	-59 %	24 %
31–40	94 %	-36 %	24 %
41–50	62 %	-10 %	45 %
51–60	18 %	-7 %	9 %
61–70	18 %	4 %	22 %
71–80	7 %	8 %	15 %
81–90	2 %	14 %	16 %
über 90	-15 %	30 %	11 %
Gesamt	28 %	-8 %	17 %

Tabelle 4: Abweichung der Messgrößen KO/VO, VO/Fall und KO/Fall der Hapo-Ärzte zu allen Allgemeinmedizinern in der dunkelgelben Box (D), nach Altersdekaden

Während es bei der Mengenkomponente VO/Fall ein geringes Verordnungsvolumen gibt, liegen bei der Preiskomponenten KO/VO die hausapothekenführenden Ärzte in dieser Box in einzelnen Alterskategorien um das 2- bis 3-fache über jenen aller Allgemeinmediziner.

Um den Sachverhalt näher zu ergründen, werden im nächsten Abschnitt Analysen auf Produktebene durchgeführt.

3.5. Produktvielfalt

In diesem Abschnitt analysieren wir das Verordnungsverhalten auf Produktebene. Zum einen soll geklärt werden, ob hausapothekenführende Ärzte ein – was die Produktvielfalt betrifft – eingeschränktes Verordnungsverhalten haben. Anhand der verordneten Produkte und den Generikaanteilen wird diese postulierte eingeschränkte Produktvielfalt überprüft. Andererseits soll mit dieser Detailanalyse die Ursache für die Abweichungen in den Kosten pro Verordnung bei den hausapothekenführenden Ärzten gefunden werden.

Dem Mythos, dass hausapothekenführende Ärzte auf Grund ihrer geringeren Lagerkapazität geringere Generikaanteile aufweisen, wurde schon 2006 nachgegangen.[50]

Für die Analyse werden die Anteile der Generika nach Verordnung und Kosten an allen generikafähigen Heilmitteln untersucht.

50 Schableger, Karl, Schluß mit heilmittelökonomischen Mythen und Märchen über Hausapotheken führende Ärzte. In: Soziale Sicherheit, 09/2006, S. 227.

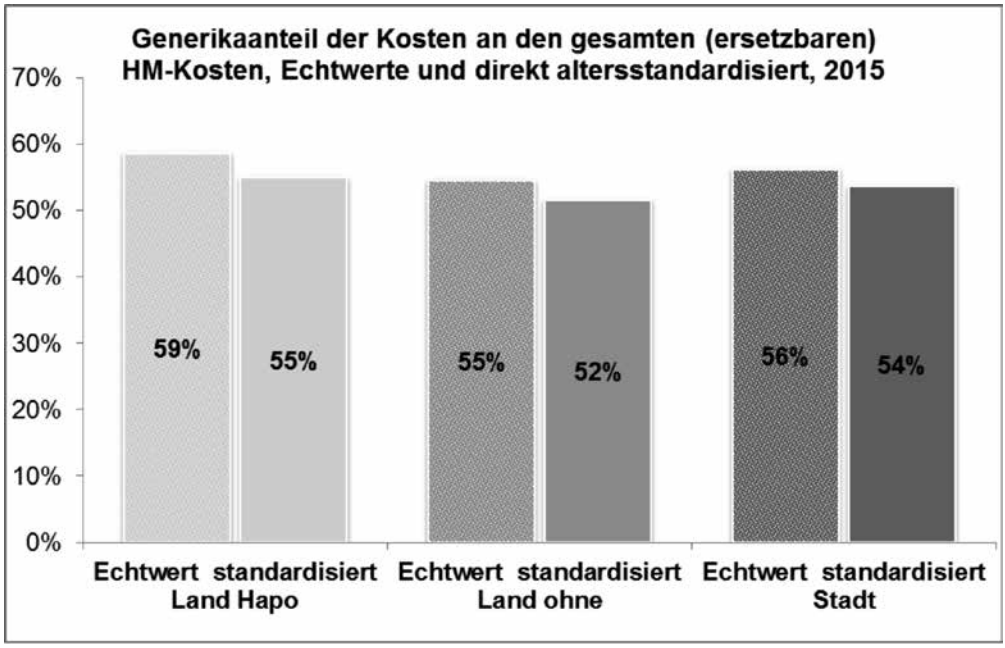


Abbildung 7: Generikaanteil der Kosten, Echtwerte und direkt altersstandardisierte Werte, 2015

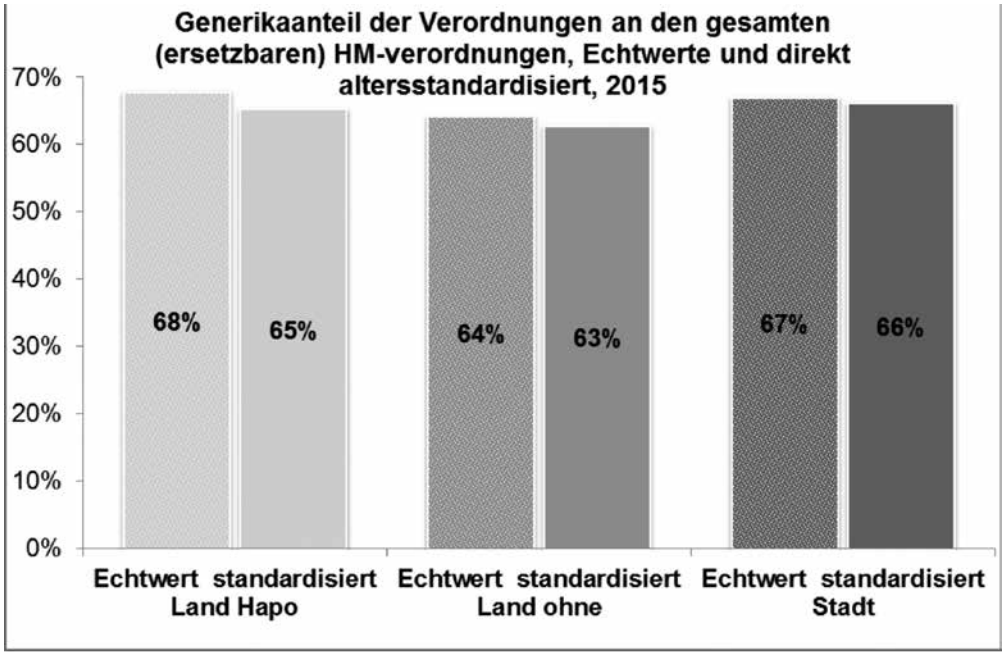


Abbildung 8: Generikaanteil der Verordnungen, Echtwerte und direkt altersstandardisierte Werte, 2015

Sowohl die Echtwerte als auch die direkt altersstandardisierten Werte zeigen, dass es bei den Generikaanteilen kaum Unterschiede gibt. Beim Generika-Verordnungsanteil (vgl. Abb. 8) sind es die hausapothekenführenden Ärzte, die mit 68 % knapp die Nase vor ihren Kollegen aus der Stadt haben. Auch beim Generika-Kostenanteil (vgl. Abb. 7) sind es die hausapothekenführenden Ärzte, die hier das Potential von Generika am besten zu nutzen wissen (59 % Generikaanteil an den HM-Kosten).

Nach erfolgter direkter Altersstandardisierung ändert sich das Bild wenig. Hausapothekenführende Ärzte nehmen weiterhin den Spitzenplatz beim Generika-Kostenanteil ein, beim Verordnungsanteil liegen sie knapp hinter den Stadtärzten auf den zweiten Platz.

Damit lässt sich das Argument eingeschränkter Lagerkapazität nicht aufrechterhalten. Ein Ergebnis, dass auch schon 2006 gefunden wurde.[51]

Hausapothekenführende Ärzte haben die höchsten Generikaanteile – und das ist nach erfolgter Altersstandardisierung somit nicht mehr nur auf das jüngere Patientenklientel zurückzuführen.

Betrachtet man die Generikaanteile nach Boxen (Abb. 9 und 10), so zeigt sich, dass hausapothekenführende Ärzte mit Ausnahme der dunkelgelben Box die höchsten Generikaanteile aufweisen.[52]

51 Schableger, Karl, Schluß mit heilmittelökonomischen Mythen und Märchen über Hausapotheken führende Ärzte. In: Soziale Sicherheit, 09/2006, S. 228.

52 Der Anteil der Generika an den generikafähigen Heilmitteln in der roten Box liegt bei allen drei Ärztegruppen bei 100 %. Bei den generikafähigen Heilmitteln aus der roten Box handelt es sich also zur Gänze um Generika.

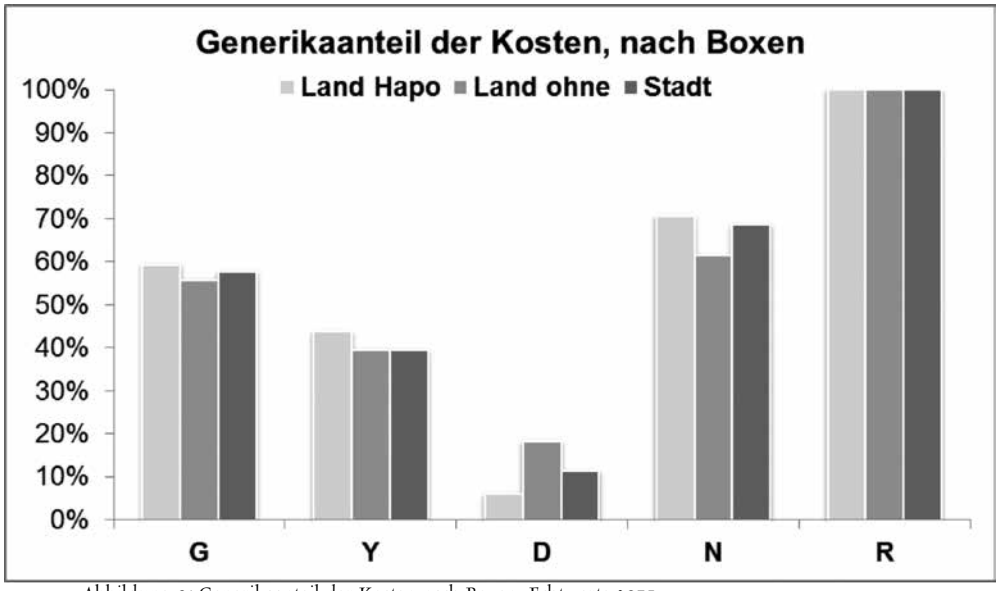


Abbildung 9: Generikaanteil der Kosten nach Boxen, Echtwerte 2015

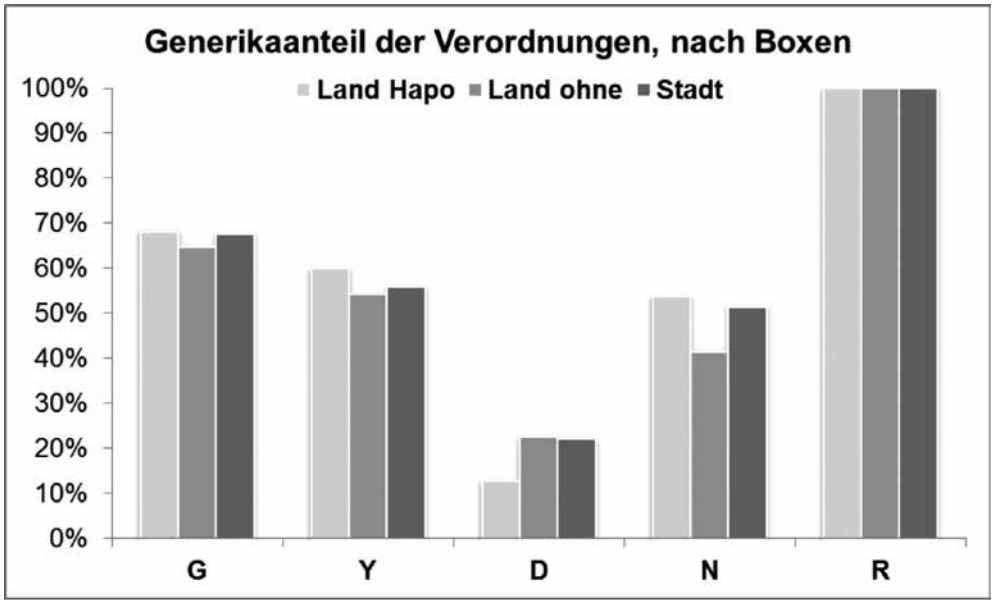


Abbildung 10: Generikaanteil der Verordnungen nach Boxen, Echtwerte 2015

Wie passen aber die hohen Generikaanteile zu den insgesamt höheren Fallwerten bei hausapothekenführenden Ärzten? Erste Hinweise haben wir schon in Tabelle 1 erhalten. Sieht man sich das Gewicht der einzelnen Box an Verordnungen und Kosten für jede dieser drei Subgruppen an (vgl. Tabelle 5), so lässt sich feststellen, dass hausapothekenführende Ärzte im Vergleich zu ihrer Kollegenschaft zwar eine gleiche Verteilung der Verordnungen auf die fünf Boxen haben, bei den Kosten die dunkelgelbe Box (D) mit 29 % aber einen überproportionalen Anteil im Vergleich zu Land- und Stadtärzten (mit 24 % respektive 23 %) einnimmt.

	Boxenanteil der Verordnungen					Boxenanteil der Kosten				
Box	G	Y	D	N	R	G	Y	D	N	R
Land Hapo	92 %	2 %	4 %	1 %	0 %	58 %	6 %	29 %	7 %	1 %
Land ohne	92 %	2 %	4 %	2 %	0 %	63 %	6 %	24 %	7 %	0 %
Stadt	92 %	2 %	4 %	2 %	0 %	63 %	6 %	23 %	7 %	0 %

Tabelle 5: Anteil der Boxen bei Verordnungen und Kosten, 2015

Um die Hypothese einer eingeschränkten Produktvielfalt zu überprüfen, bedarf es im Vorfeld einiger Begriffsbestimmungen. Im Erstattungskodex ist der Begriff des Heilmittelpräparates nicht definiert. Ebenso wenig findet man im Warenverzeichnis einen Hinweis auf diesen Begriff. Die Österreichische Apothekerkammer berichtet in Apotheke in Zahlen 2015[53], dass „von den 13.462 Humanarzneispezialitäten in Österreich 5.693 Präparate rezeptfreie (rd. 42 %) sind, bei 7.769 (rd. 58 %) Spezialitäten es hingegen notwendig ist, in der Apotheke ein Rezept vorzuweisen. Grundsätzlich werden von diesen Humanspezialitäten nach unterschiedlichen Kriterien (siehe Erstattungskodex) lediglich 6.927 von den Sozialversicherungsträgern erstattet."

Diese knapp 7.000 Arzneispezialitäten werden im Folgenden betrachtet.[54] Ergänzend ist die Anzahl der verwendeten anatomischen-therapeutisch-chemischen Gruppen (Wirkstoffe oder ATC-Code-Gruppen) angeführt. Da sich eine Analyse auf Ebene der Arzneispezialität (Pharmanummer) als zu fein, eine Analyse nur auf Wirkstoffebene (ATC-Ebene) als zu grob herausgestellt hat, wurde auch die Anzahl der Präparate erhoben. Präparate sind in unserer Definition Arzneispezialitäten (selber Name) in derselben Darreichungsform mit derselben Packungsgröße.

53 Ebd. S. 21f.

54 Da im Fall einer Rezeptgebührenbefreiung auch Heilmittel unter der Rezeptgebühr erstattet werden, ist die tatsächliche Anzahl der Arzneispezialitäten höher als jene, die im EKO gelistet sind.

Tabelle 6 gibt einen Überblick über die Häufigkeit der im Jahr 2015 verordneten Heilmittel für eben genannte Kennzahlen.

	Land Hapo	Land ohne	Stadt	Gesamt
ATC	1.114	1.132	1.039	1.202
Präparate	3.306	3.657	3.244	3.939
Arzneispezialitäten	6.649	7.615	6.807	8.282

Tabelle 6: Anzahl verschiedener ATC-Gruppen, Präparate und Arzneispezialitäten, 2015[55]

Im Jahr 2015 wurden von allen niedergelassenen Vertragspartnern 8.282 verschiedene Arzneispezialitäten verordnet. Diese Spezialitäten fanden sich in 1.202 verschiedenen Wirkstoffgruppen. Nach obiger Definition wurden 3.939 verschiedene Präparate abgegeben.

Eine eingeschränkte Produktvielfalt hausapothekenführender Ärzte lässt sich aus Tabelle 6 nicht ableiten. Hausapothekenführende Ärzte verordnen aus mehr verschiedenen ATC-Gruppen als ihre Kollegen in der Stadt. Auch bei den unterschiedlich verwendeten Präparaten liegen sie vor den Stadtärzten, während sie auf Ebene der Arzneispezialität knapp hinter den Stadtärzten liegen. Einzig Allgemeinmediziner vom Land ohne Hausapotheke weisen in allen drei Gruppen den ersten Platz auf.

Hausapothekenführende Ärzte liegen also bezüglich der Produktvielfalt im Wirkstoffbereich in der Größenordnung der Landärzte ohne Hausapotheken. Auf Präparat- bzw. Spezialitätenebene liegen sie im Bereich der Stadtärzte.

Im Fazit lassen weder Generikaanteil noch die Kennzahlen zur Produktvielfalt eine signifikant geringere Produktvielfalt bei hausapothekenführenden Ärzte erkennen.

Zu guter Letzt wollen wir noch die Ursachen für die Abweichungen in der dunkelgelben Box (RE1) untersuchen. Die Analyse der ATC-Gruppen hat ergeben, dass die größten Abweichungen mit relevantem Kostenvolumen in den acht in Tabelle 7 dargestellten Wirkstoffgruppen vorkommen. Diese acht ATC-Gruppen machen bei Hapo-Ärzten knapp 28 % aller Verordnungen in der dunkelgelben Box (RE1) aus.

55 Die Kennzahlen berücksichtigen nicht die Häufigkeit der verordneten Produkte.

ATC	Anteil des ATC	Anzahl VO Land Hapo	KO/VO (€) Land Hapo	KO/VO (€) gesamt	Abweichung KO/VO	Abweichung in Euro
L04	10,4 %	14.837	492,20	436,05	12,9 %	833.090,68
R03	6,6 %	96.659	35,39	33,43	5,9 %	189.254,92
N05	4,6 %	92.024	24,45	23,34	4,8 %	102.319,25
L02	2,2 %	8.737	156,45	138,11	13,3 %	160.229,36
C02	1,6 %	37.581	30,25	22,90	32,1 %	276.274,71
B02	1,3 %	2.004	848,42	591,49	43,4 %	514.885,94
L03	0,7 %	2.453	315,13	192,04	64,1 %	301.938,48
A16	0,5 %	397	2.288,41	702,84	225,6 %	629.470,22
	27,9 %					

Tabelle 7: Top acht ATC-Gruppen der hausapothekenführenden Ärzte im Vergleich zum OÖ- Schnitt

Warum weisen hausapothekenführende Ärzte ein ökonomischeres Verhalten bei der Verordnung von Generika auf, während sie in acht ausgewählten ATC-Gruppen große Abweichungen zum Schnitt aller Ärzte zeigen?

Die Vermutung liegt nahe, dass es sich hier um keine verhaltensbezogene Ursache, sondern um ein Problem der Zusammensetzung der jeweiligen ATC-Gruppe handelt. Um diese Vermutung zu überprüfen, betrachten wir die Wirkstoffgruppe L04 näher.

Kosten/VO	D	G	N	R	Y	gesamt
Hapo	1.042,94	112,24	4.975,80	2.034,78	180,14	492,20
gesamt	1.024,36	103,45	4.905,18	2.235,53	199,32	436,05
VO-Anteil						
Hapo	37,4 %	51,2 %	0,5 %	0 %	10,9 %	100 %
gesamt	32,3 %	57,2 %	0,5 %	0 %	10,0 %	100 %

Tabelle 8: Kosten pro Verordnung (in) und Verordnungsanteil nach Boxen, Wirkstoffgruppe L04

Tabelle 8 zeigt deutlich, dass auf Boxenebene die Unterschiede bei den Kosten pro Verordnung beinahe verschwinden. Es zeigt sich aber, dass die dunkelgelbe Box mit durchschnittlich € 1.024,36 Kosten pro Verordnung bei den Hapo-Ärzten mit 37,4 % Verordnungsanteil eine größere Bedeutung einnimmt als im OÖ-Durchschnitt mit 32,3 % Verordnungsanteil.

Bricht man den ATC der Ebene 2 (L04) noch einmal auf die 7-stellige Kodierung der Ebene 5 auf[56], so unterscheiden sich die Kosten pro Verordnung der Hapo-Ärzte in dieser Betrachtung nicht mehr von den Gesamtwerten.

56 L04AA06 bis L04AX06

Es ist also nicht das Verordnungsverhalten, das zu höheren Kosten pro Verordnung in der dunkelgelben Box führt, sondern die Tatsache, dass Verordnungen aus Wirkstoffgruppen stattfinden, die höhere Kosten pro Verordnungen aufweisen. Sehr stark kommt diese Tatsache auch in der Wirkstoffgruppe A16 zum Ausdruck. Die Hapo-Ärzte weisen dort in allen Boxen gleiche oder sogar geringere Kosten pro Verordnung auf (vgl. Tabelle 9).

Kosten/VO	D	G	N	R	Y	gesamt
Hapo	7.084,60	35,00	31,68			2.288,41
gesamt	7.084,60	35,00	62,52			702,84
VO-Anteil						
Hapo	32,0 %	15,1 %	52,9 %	0,0 %	0,0 %	100,0 %
gesamt	9,2 %	18,1 %	72,7 %	0,0 %	0,0 %	100,0 %

Tabelle 9: Kosten pro Verordnung (in €) und Verordnungsanteil nach Boxen, Wirkstoffgruppe A16

Der Unterschied von € 2.288,41 zu € 702,.4 kommt nur dadurch zustande, dass hausapothekenführende Ärzte 32 % ihrer 397 Verordnungen in diesem ATC aus der dunkelgelben Box durchführen, während es im OÖ-Schnitt nur 9,2 % sind (von 1.382 Verordnungen).

Sind es also tatsächlich diese acht ATC-Gruppen, wo hausapothekenführende Ärzte ihr Einkommen aus der Hausapotheke optimieren? Wählen sie bewusst (nur in diesen acht Wirkstoffgruppen bei vorwiegend 0- bis 50-Jährigen Patienten) Arzneispezialitäten aus der dunkelgelben Box, obwohl es mitunter kostengünstigere Alternativen gibt?

Am Beispiel A16 lässt sich zeigen, dass nur ein Heilmittel in der grünen Box (A16AX01) zur Verfügung steht, während in der dunkelgelben Box (RE1) neun Heilmittel im EKO angeführt werden.

Im speziellen Fall der Wirkstoffgruppe A16 handelt es sich um Heilmittel bei Stoffwechselerkrankungen, die also nicht ohne weiteres kostengünstig ersetzt werden können.

Warum liegt der Verordnungsanteil der Allgemeinmediziner ohne Hausapotheke so weit unter jenem der hausapothekenführenden Ärzte?

1. Gibt es bei Ärzten ohne Hausapotheke eine schlechtere Versorgung bei Stoffwechselerkrankung?

2. Werden Patienten mit Stoffwechselerkrankungen durch andere, in dieser Analyse nicht betrachtete Verordnergruppen (Ambulanzen, Fachärzte) versorgt?

3. Hausapothekenführende Ärzte haben – im Gegensatz zu nicht hausapothekenführenden Ärzten – einen Anreiz, verordnete Heilmittel auch abzugeben. Werden Heilmittelverordnungen, die durch andere Verordnergruppen erfolgt sind, also systematisch umgeschrieben?

4. Oder ist die (Weiter-)Verordnung und Abgabe von Heilmittel in diesen ATC-Gruppen eine Serviceleistung von hausapothekenführenden Ärzten, damit Patienten aus ruralen Gebieten der Weg zum Facharzt oder in die Ambulanzen, mit anschließendem Gang in eine öffentliche Apotheke, erspart bleibt?

Erste Frage kann auf Grund des Postulates 3 verneint werden. Es ist von keiner ungleichen Versorgung der Patienten mit Stoffwechselerkrankung auszugehen. Ebensowenig ist glaubhaft, dass Ärzte ohne Hausapotheke Patienten mit Stoffwechselerkrankungen nicht adäquat versorgen würden.

Die letzte Frage lässt sich ebenfalls nicht direkt beantworten. Eine Antwort ergibt sich bestenfalls aus dem Umstand, dass Frage 2 bejaht und Frage 3 verneint werden kann. Hinzu kommt, dass von dieser Stoffwechselkrankheit nur sehr wenige Patienten betroffen und somit in weiterer Folge nur von einigen wenigen hausapothekenführenden Ärzten behandelt werden. Im konkreten Fall betrifft es sechs Patienten und drei hausapothekenführende Ärzte.[57] Daraus ein generell unökonomisches Verhalten der Hapo-Ärzte abzuleiten, wäre falsch.

Die Detailanalyse der ATC-Gruppe A16 zeigt, dass von den insgesamt 127 Verordnungen, die durch hausapothekenführende Ärzte veranlasst wurden, 27 nicht in der Hausapotheke, sondern in einer öffentlichen Apotheke abgegeben wurden. Ein weiterer Beleg dafür, dass nicht ertragsmaximierendes, sondern patientenorientiertes Verhalten im Vordergrund steht. Keine der Verordnungen wurde umgeschrieben, alle waren chefärztlich bewilligt, so dass von Folgeverordnungen auszugehen ist. Frage 3 ist somit zu verneinen.

Ambulanzen sind die zweite große Verursachergruppe in der ATC-Gruppe A16. Mit 65 % der veranlassten Heilmittel in der dunkelgelben Box (RE1) stellen sie den Hauptteil der Verordnungen aus dieser ATC-Gruppe. Frage 2 ist somit zu bejahen, zumal es noch sechs weitere Fachgebiete gibt, aus denen Verschreibungen durch Fachärzte erfolgten.

Abweichungen der hausapothekenführenden Ärzte entstehen einzig dadurch, dass sie aus ATC-Gruppen mit höheren Kosten pro Verordnung verordnen. Dieses Verhalten trifft aber nur einige wenige Hapo-Ärzte bei einigen wenigen Patien-

57 In Oberösterreich wurden im Jahr 2015 insgesamt nur 12 Personen mit RE1-Präparaten aus der ATC-Gruppe A16 versorgt.

ten. Das ist daher weder ein generell unökonomisches Verhalten aller Hapo-Ärzte noch ist es ein Verhalten einiger weniger „schwarzer Schafe". Es ist vielmehr der Tatsache geschuldet, dass diese Verordnungen bei Ärzten ohne Hausapotheke mitunter durch andere Verordnergruppen (Fachärzte, Ambulanzen) vorgenommen werden. Hier dürfte sich die Krankenhausnähe und leichte Erreichbarkeit von Fachärzten auswirken.

Diese am Beispiel der ATC-Gruppe A16 dargestellte Analyse trifft auch auf andere ATC-Gruppen der Top acht aus Tabelle 7 zu.

Auf Ebene der 7-stelligen ATC-Gruppen zeigen sich keine Unterschiede im Verhalten von Hapo-Ärzten zu ihrer nicht hausapothekenführenden Kollegenschaft. Im Gegenteil, wie bereits oben allgemein festgestellt, haben sie auch hier höhere Generikaanteile. Einzig die Gewichtung der einzelnen ATC-Gruppen ist unterschiedlich, was zu höheren Kosten in der dunkelgelben Box (RE1) und im Folgenden zu insgesamt höheren Kosten pro Verordnung führt. Dieser Effekt bildet sich letztlich in höheren Kosten pro Fall ab.

Ein Gedankenexperiment soll das Ausmaß dieser „heavy User" bei hausapothekenführenden Ärzten darlegen: Würden die drei hausapothekenführenden Ärzte ihre sechs mit RE1-Präparaten versorgten Patienten (aus ATC-Gruppe A16) über Ambulanzen verordnen lassen, so würde der Fallwert in der dunkelgelben Box (RE1) der Hapo-Ärzte um mehr als einen Euro sinken (von € 20,55 auf € 19,47) (vgl. Tabelle 1). Und das nur wegen sechs Patienten!

4. Diskussion

Gebietsschutz, Einkommensquelle, Konkurrenzdenken oder Standespolitik. Hausapotheken und hausapothekenführende Ärzte sehen sich immer wieder der öffentlichen Kritik ausgesetzt. Der Wirbel um Hausapotheken verstummt nicht.

Ohne die Faktenlage zu kennen, wird ihnen – wie die eingangs erwähnten Beispiele zeigen – immer wieder ertragsmaximierendes und unökonomisches Verhalten unterstellt.

Die Ergebnisse dieser Analyse haben gezeigt, dass hausapothekenführende Ärzte auf den ersten unkritischen Blick höhere Kosten pro Fall aufweisen, obwohl sie sogar ein jüngeres Patientenklientel besitzen.

In der Analyse nach Boxen konnte belegt werden, dass sie aber im bewilligungsfreien Bereich (G- und Y-Box) die geringsten Fallwerte aufweisen. Eben dort, wo relativ leicht unökonomisches und ertragsmaximierendes Verhalten umzusetzen wäre.

Im teuren, bewilligungspflichtigen Bereich sind es einige wenige ATC-Gruppen, die für die Abweichung auf der obersten Ebene sorgen. Detailanalysen der top acht ATC-Gruppen brachten den Umstand zu Tage, dass hierfür einige wenige Patienten und somit hausapothekenführende Ärzte verantwortlich zeichnen. Es sind dies aber nicht die schwarzen Schafe der Branche, sondern vielmehr Ärzte, die ihren Versorgungsauftrag wahrnehmen und ihre Patienten entsprechend versorgen.

Dass damit nicht zwingend ertragsoptimierendes Verhalten verbunden ist, lässt sich auch damit belegen, dass bei Weitem nicht alle teuren Heilmittel, die von hausapothekenführenden Ärzten verordnet werden, auch in ihrer Hausapotheke abgegeben wurden.

Es ist zu hoffen, dass hausapothekenführende Ärzte ihren Versorgungsauftrag in den ruralen Regionen weiterhin wahrnehmen und nicht beginnen, schwerkranke, heilmittelkostenintensive Patienten durch andere Fachgebiete versorgen zu lassen. Sie würden schlagartig in allen Boxen Platz eins einnehmen. Die unsachgemäße öffentliche Diskussion darf nicht dazu führen, dass nur um der Kennzahlen willen das Versorgungsverhalten auf dem Rücken der Patienten ausgetragen wird.

Hausapothekenführende Ärzte haben mitunter das „Pech", keine Ambulanzen oder Fachärzte in ihrer Nähe zu haben, die ihre Patienten mit Stoffwechselerkrankungen oder mit Heilmitteln aus dem Bereich der antineoplastischen und immunmodulierenden Wirkstoffe (v.a. L02 bis L04) versorgen.

Hausapothekenführende Ärzte weisen die höchsten Generikaanteile auf. Sie zeigen hier das ökonomischste Verhalten aller drei Subgruppen. Hinsichtlich der Produktvielfalt stehen sie ihrer Kollegenschaft ohne Hausapotheken ebenfalls um nichts nach.

Die Verschiedenheit der verordneten Arzneispezialitäten, Produkte oder Wirkstoffe (ATC-Gruppen) unterscheidet sich nicht von jener der Land- oder Stadtärzte.

Heilmittelverordnungen der Hausapotheker kommen der Sozialversicherung auf Grund höherer Nachlassregelungen günstiger, sie stellen ob ihres geringen Anteils an der gesamten Gebarung von öffentlichen Apotheken keine relevante Bedrohung für diese dar und sie entsprechen den Kundenbedürfnissen, wonach 66 % der Patienten ihre Heilmittel in der Ordination erhalten möchten.

Nimmt man das – hier nicht überprüfte – Argument eines wesentlichen Einkommensbestandteils für Landärzte mit hinzu, so stellt sich die Frage, warum es überhaupt zu derartigen Diskussionen um Hausapotheken kommt?

Die nun zum zweiten Mal nach 2006 belegte Faktenlage rechtfertigt also keinen Wirbel um hausapothekenführende Ärzte. Sie weisen kein unökonomisches oder ertragsoptimierendes Verhalten auf. Sie nutzen die gesamte Wirkstoff- und Produktpalette in jenem Ausmaß, wie es Ärzte ohne Hausapotheken tun. Und das mit den höchsten Generikaanteilen.

Aus gesundheitspolitischer Sicht muss das Dispensierrecht für Ärzte vor dem Hintergrund der hier festgestellten Fakten wertfrei diskutiert werden. Wallner (2014) bietet hierzu entsprechende Vorschläge an.[58]

Sollen aber hausapothekenführende Ärzte weiterhin so honoriert werden, dass sie umso mehr verdienen, je teurer das Medikament ist? Auch wenn sich dieser Anreiz nicht im Verordnungsverhalten niederschlägt, würde bspw. eine preisunabhängige Abgabepauschale o.Ä. Kritikern den letzten Wind aus den Segeln nehmen.

Sind Hausapotheken nur „systemfremde Zugeständnisse" oder braucht es vor dem Hintergrund der Liberalisierung freie Niederlassungsfreiheit für Apotheken und ein generelles Dispensierrecht für Ärzte?

Wir werden diese Fragen hier nicht beantworten können, vorliegender Beitrag trägt aber dazu bei, die richtigen Fakten zu verwenden und die Diskussion um Hausapotheken abseits von Vermutungen und Behauptungen zu führen.

58 Wallner, Felix, Rechtspolitische Überlegungen zur Neuregelung der Arzneimittelversorgung in Österreich. In: Zeitschrift für Gesundheitspolitik, Hrsg. LIG, 01/2014, S. 66f.

Literatur

Apotheke adhoc, Pressemitteilung vom 5.11.2009
http://m.apotheke-adhoc.de/nachrichten/internationales/nachricht-detail-internationales/apotheker-werden-fischverkaeufer/?noMobile=1%3F&forceMobile=1
abgefragt am: 11.05.2016

Apothekergesetzes (ApoG), Gesetz vom 18. Dezember 1906, betreffend die Regelung des Apothekenwesens (Apothekengesetz). StF: RGBl. Nr. 5/1907 idF. BGBl. I Nr. 9/2016 (NR: GP XXV RV 939 AB 973 S. 111. BR: AB 9530 S. 850.) RIS, abgefragt am: 11.05.2016

Ärztekammer für Niederösterreich (Hrsg.), Consilium, 06/14, S.10
https://cms.arztnoe.at/cms/dokumente/1015881_241731/c1357636/consilium-aktuell-0614-low.pdf
abgefragt am: 11.05.2016

Erstattungskodex, Stand. 1. Jänner 2016. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hrsg.), Wien

Hausapotheke als Überlebensfrage. OÖN vom 13.11.2015
https://www.google.at/search?q=Hausapotheke+als+%C3%9Cberlebensfrage,+O%C3%96N+vom+13.11.2015&ie=utf-8&oe=utf-8&gws_rd=cr&ei=ykY0V4jpIOLv6QT-haL4Bw
abgefragt am: 11.05.2016

Hauser, Herbert, Dispensierfreiheit statt Hausapotheken. In: Hausarzt politisch, 10.04.2013
https://www.apotheker.or.at/Internet/OEAK/NewsPresse.nsf/1bd86a866fd269b-5c1256d21002d53da/1e0d0145fd60a9f8c1257b5f003d8c71/$FILE/HAUSARZT%2004-2013%20Coverstory%20Dispensierfreiheit%20Hausapotheken.pdf
abgefragt am: 11.05.2016

Heubacher, Anita, Streit um Hausapotheken geht in die nächste Runde. In: Tiroler Tageszeitung, 02.04.2014
http://www.tt.com/lebensart/gesundheit/8175335-91/streit-um-hausapotheken-geht-die-in-n%C3%A4chste-runde.csp
abgefragt am: 11.05.2016

Kiesl, Franz, Ärztemangel oder Nachbesetzungsprobleme bei Arztstellen. In. Soziale Sicherheit, 05/2015.

Kniff soll Mooskirchen die Hausapotheke sichern. In: Kleine Zeitung, 17.06.2015
http://www.kleinezeitung.at/s/steiermark/weststeier/peak_weststeier/4756142/Mooskirchen_Kniff-soll-Mooskirchnern-die-Hausapotheke-sichern
abgefragt am: 11.05.2016

Österreichische Apothekerkammer (Hrsg.), Apotheke in Zahlen 2015.

Österreichische Apothekerkammer, Briefe und Pakete aus der Apotheke. Regelmäßige Pressemitteilungen. Beispielhaft: http://www.apotheker.or.at/Internet%5Coeak%5Cnewspresse.nsf/lookupDocuments/9F54692E83D08D05C125701300305FC6?OpenDocument
abgefragt am: 11.05.2016

Pradel, Julia, Container-Praxis statt Land-Apotheke. In: Apotheke ad hoc, 30.01.2016
http://www.apotheke-adhoc.de/nachrichten/internationales/nachricht-detail-internationales/niederoesterreich-container-praxis-statt-land-apotheke/
abgefragt am: 11.05.2016

Reisner, Christoph, Apotheken sind ersetzbar. In. Apotheke adhoc, 24.04.2015
http://www.apotheke-adhoc.de/nachrichten/internationales/nachricht-detail-internationales/apotheken-aerzte-niederoesstereich-selbstdispensation/?tx_ttnews[sViewPointer]=1
abgefragt am: 11.05.2016

Schableger, Karl, Schluß mit heilmittelökonomischen Mythen und Märchen über Hausapotheken führende Ärzte. In: Soziale Sicherheit, 09/2006.

Wallner, Felix, Rechtspolitische Überlegungen zur Neuregelung der Arzneimittelversorgung in Österreich. In: Zeitschrift für Gesundheitspolitik, Hrsg. LIG, 01/2014

Weiermair, Christoph, Apotheker kontern Ruf der Ärzte nach mehr Hausapotheken. In: Kurier, 28.02.2014
http://kurier.at/chronik/oberoesterreich/apotheker-kontern-ruf-der-aerzte-nach-mehr-hausapotheken/53.597.083
abgefragt am: 11.05.2016

WIGeoGIS GmbH, Wien/München/Warschau

Bewilligung von Hausapotheken gemäß Apothekengesetz – Ein geografischer Ansatz zur Neumodellierung

1. Zielsetzung der Analyse **88**

2. Neumodellierung auf Basis der Einwohner **88**

3. Ergebnisse **90**

Zielsetzung der vorliegenden Analyse ist es, alternative Modellierungsmethoden zur Abgrenzung der Versorgungsgebiete von Hausapotheken und Apotheken zu finden, welche einerseits klar definierte Abgrenzungsparameter haben und andererseits die bestehende Versorgungssituation der Bevölkerung optimal abbilden.

1. Zielsetzung der Analyse

Zielsetzung der vorliegenden Analyse ist es, alternative Modellierungsmethoden zur Abgrenzung der Versorgungsgebiete von Hausapotheken und Apotheken zu finden, welche einerseits klar definierte Abgrenzungsparameter haben und andererseits die bestehende Versorgungssituation der Bevölkerung optimal abbilden. Das Untersuchungsgebiet ist Österreich exkl. Wien.

2. Neumodellierung auf Basis der Einwohner

2.1. Methodischer Ansatz

Der methodische Ansatz eines neuen Modells beruht auf dem Versorgungsmodell, welches unter anderem auch im Rahmen des Postmarktgesetzes verfolgt wird (bei dem es ja auch um die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung mit entsprechenden Dienstleistungen geht).

Basis für die zu versorgende Fläche ist das Siedlungsgebiet. Dieses wird auf Basis der 100-m-Rasterzellen der Statistik Austria erstellt. Jede Rasterzelle enthält Informationen über die Anzahl der Haupt- und Nebenwohnsitze in der jeweiligen Zelle. In einem ersten Schritt werden alle aneinandergrenzenden Rasterzellen zu jeweils einem Gebiet zusammengefasst. Gebiete mit mehr als 40 Einwohnern (Hauptwohnsitze) werden als Siedlungsgebiet definiert.

Dies entspricht im Wesentlichen auch der Methodik, welche derzeit für die Modellierung von Siedlungsgebieten (Gebiete, welche zusammenhängend bebaut und dauerhaft besiedelt sind) bei der Beurteilung des Versorgungsgrades der Bevölkerung mit Briefkästen im Rahmen des Postmarktgesetzes angewandt wird.

In der weiteren Folge wird ein Einwohnergrenzwert angesetzt, welcher größere Siedlungsgebiete als Versorgungsgebiete für Apotheken einerseits und kleinere Siedlungsgebiete sowie Streusiedlungen als Versorgungsgebiete für Hausapotheken andererseits trennt.

In dem hier berechneten Modell wird davon ausgegangen, dass Siedlungsgebiete mit einer Einwohneranzahl (Hauptwohnsitze) von mehr als 2.500 Einwohnern der Versorgung durch Apotheken zugeordnet werden sollen. Apothekenstandorte dürften ausschließlich innerhalb dieser Siedlungsgebiete liegen, außerhalb dieser Siedlungsgebiete würde die Versorgung mit Arzneimitteln über hausapothekenführende Ärzte erfolgen.

Administrative Grenzen (wie z.B. Gemeindegrenzen) werden bei dieser Methodik nicht berücksichtigt, da für Menschen erfahrungsgemäß bei der Wahl von Dienstleistern (Nahversorgung, Arzt etc.) Gemeindegrenzen keine Barrieren darstellen.

2.2. Inputdaten

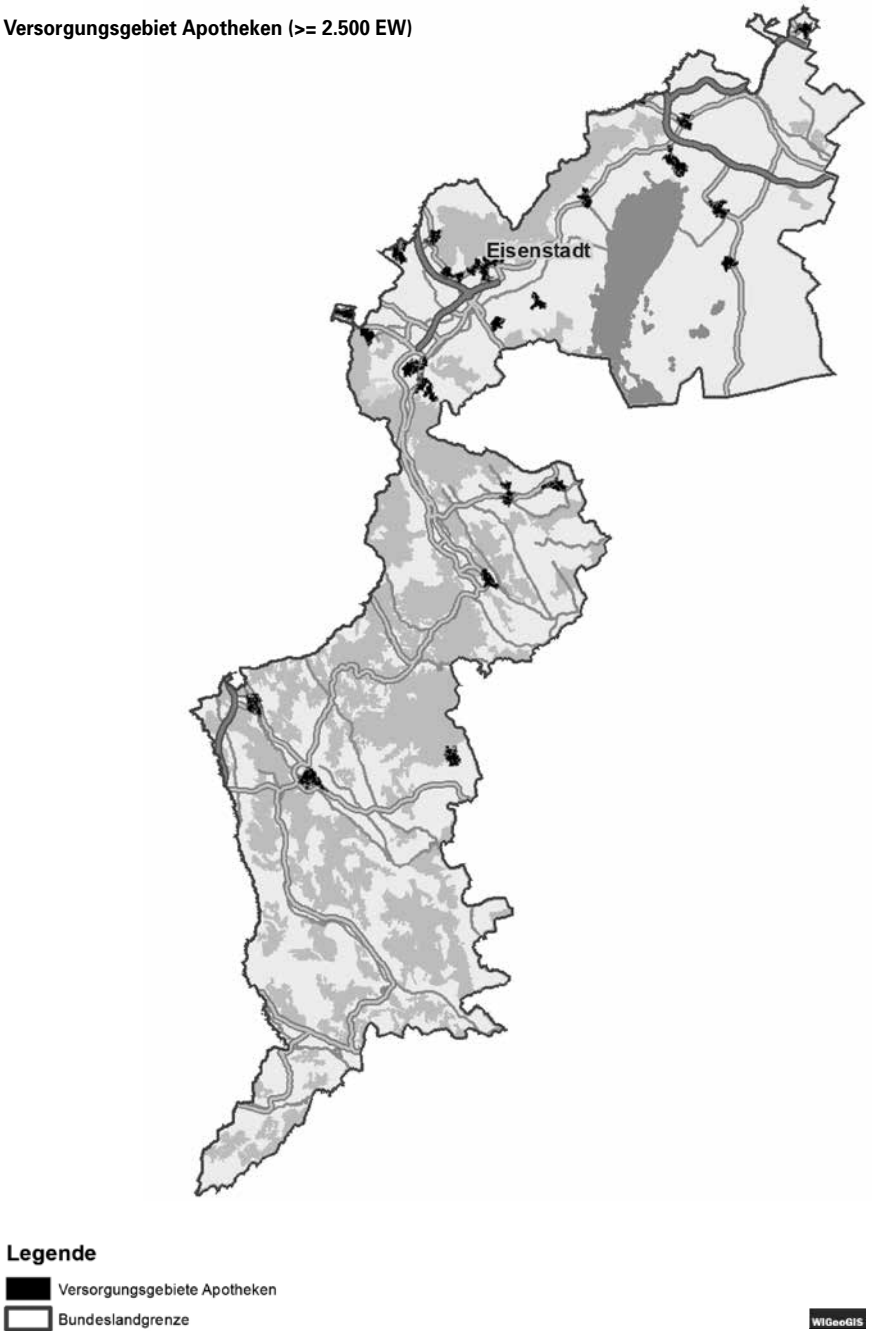
Für die Neumodellierung werden 100-m-Rasterzellen der Statistik Austria herangezogen. Dieser Datensatz ist flächendeckend für Österreich verfügbar. Eine Rasterzelle ist überall dort verfügbar, wo es mindestens einen Einwohner in dieser Rasterzelle gibt. Die Einwohnerkennzahlen sind auf dem aktuellsten verfügbaren Stand vom 01. Jänner 2015. Die Aktualisierung der Daten kann derzeit jährlich erfolgen.

3. Ergebnisse

Im Folgenden werden für jedes Bundesland (ausgenommen Wien) die Gebiete markiert dargestellt, die die in dem hier berechneten Modell vorausgesetzten Bedingungen für einen Apothekenstandort erfüllen, also zusammenhängende Siedlungsgebiete mit mindestens 2500 Einwohnern (Einwohner mit Hauptwohnsitz). **Nach diesem Modell sollen in den markierten Gebieten öffentliche Apotheken die Bevölkerung mit Arzneimitteln versorgen, außerhalb der markierten Gebiete soll die Versorgung über ärztliche Hausapotheken erfolgen.**

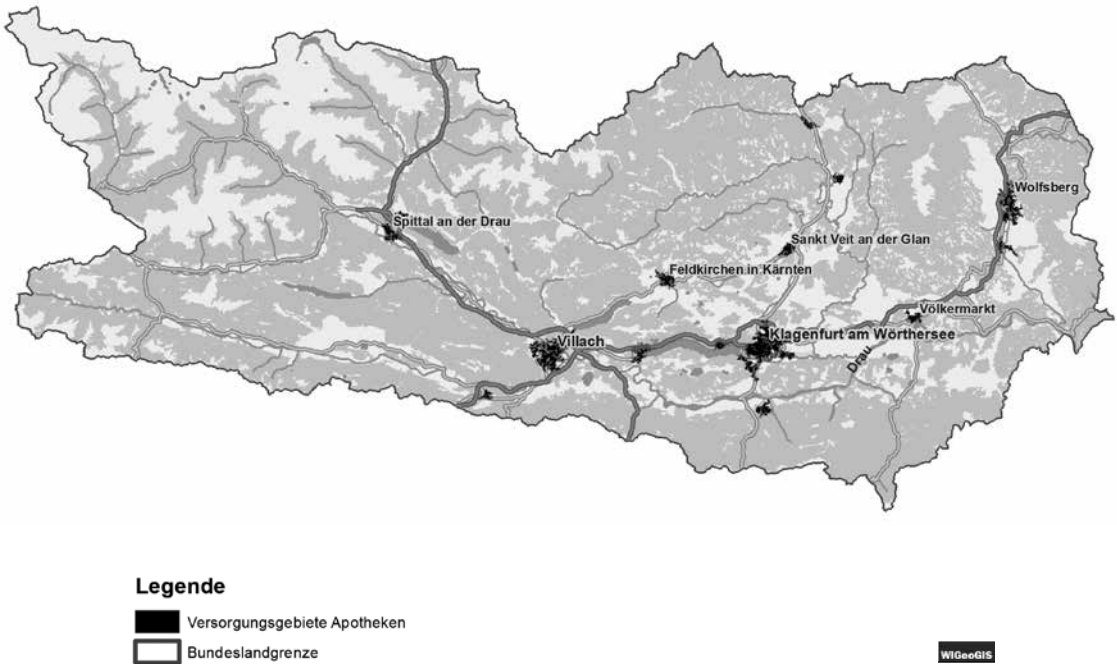
3.1. Burgenland

Versorgungsgebiet Apotheken (>= 2.500 EW)



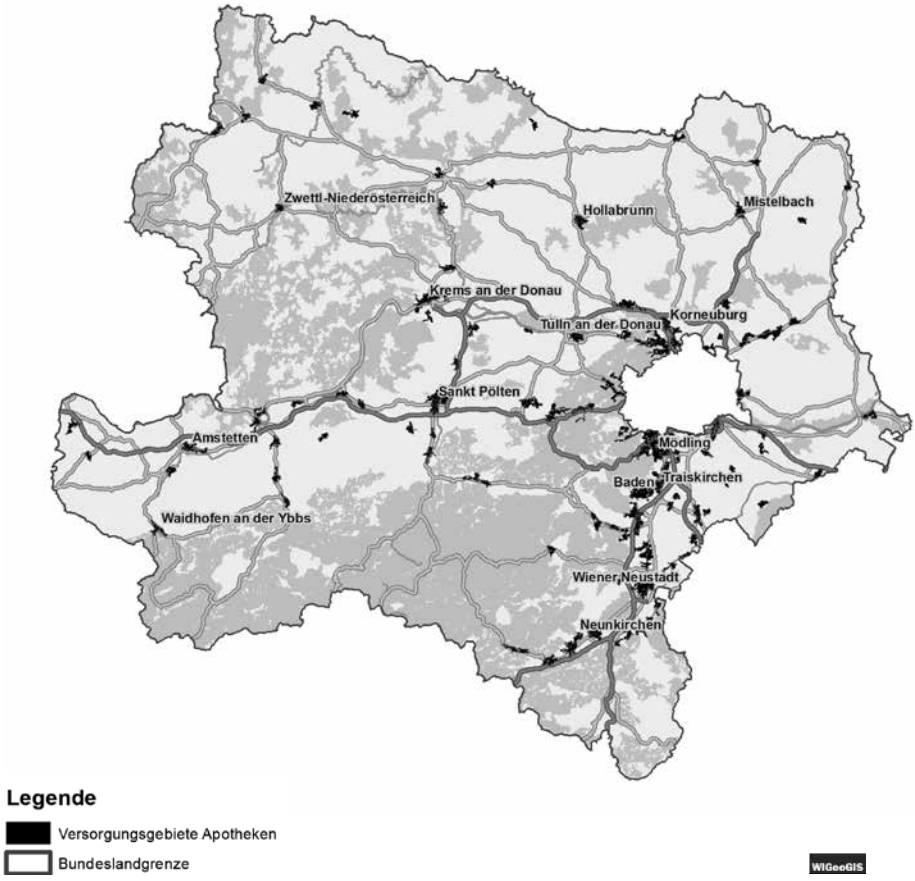
3.2. Kärnten

Versorgungsgebiet Apotheken (>= 2.500 EW)



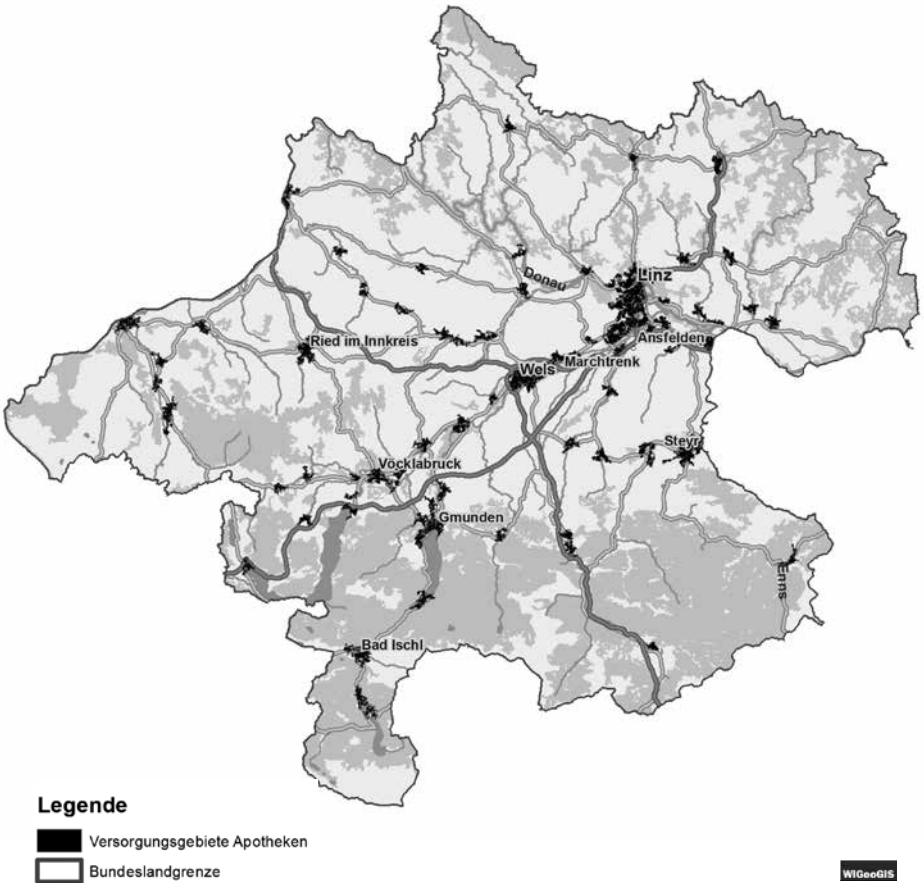
3.3. Niederösterreich

Versorgungsgebiet Apotheken (>= 2.500 EW)



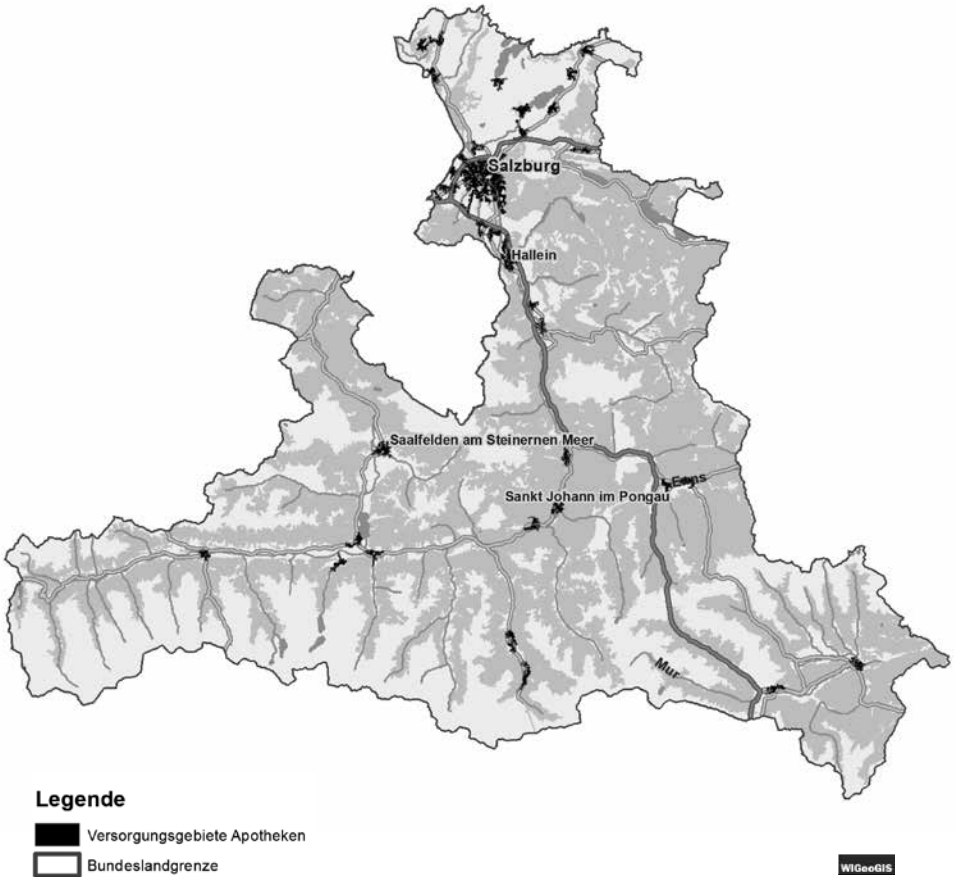
3.4. Oberösterreich

Versorgungsgebiet Apotheken (>= 2.500 EW)



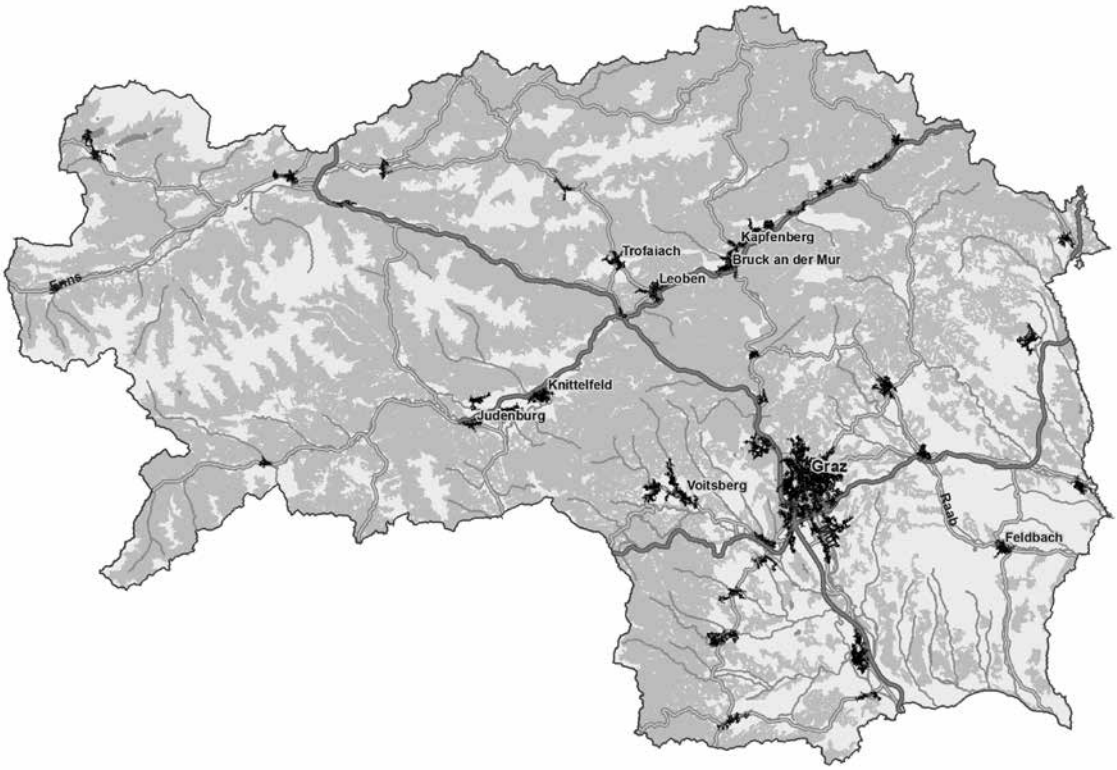
3.5. Salzburg

Versorgungsgebiet Apotheken (>= 2.500 EW)



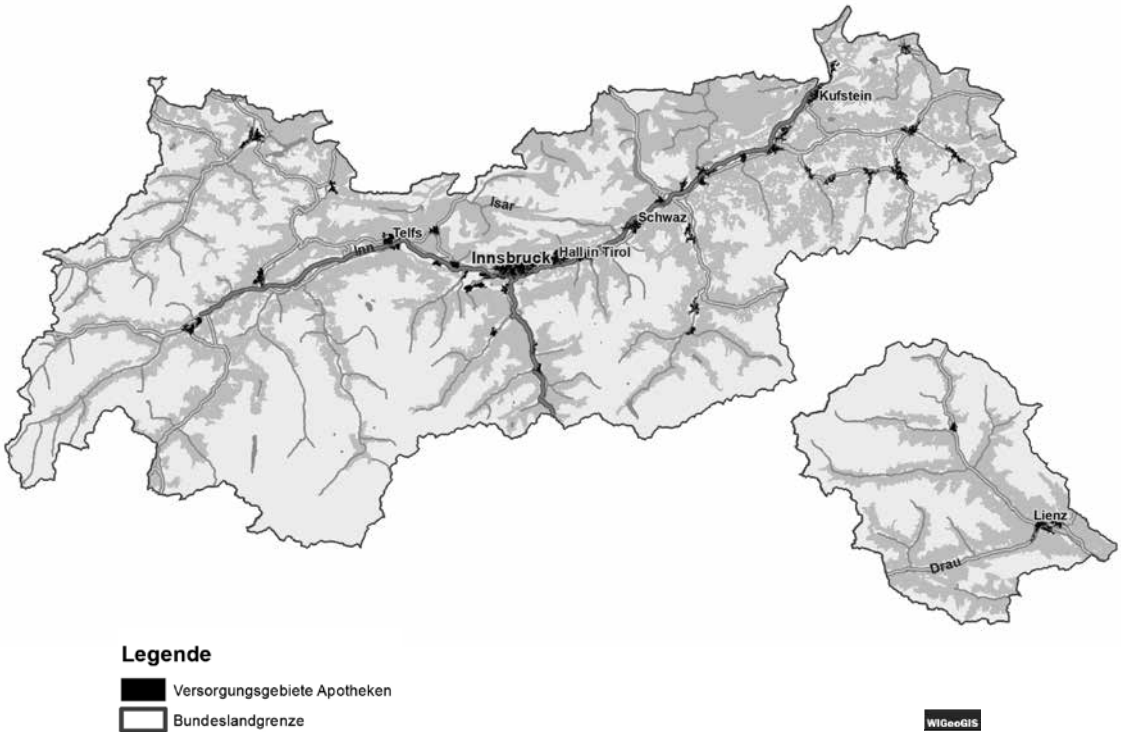
3.6. Steiermark

Versorgungsgebiet Apotheken (>= 2.500 EW)



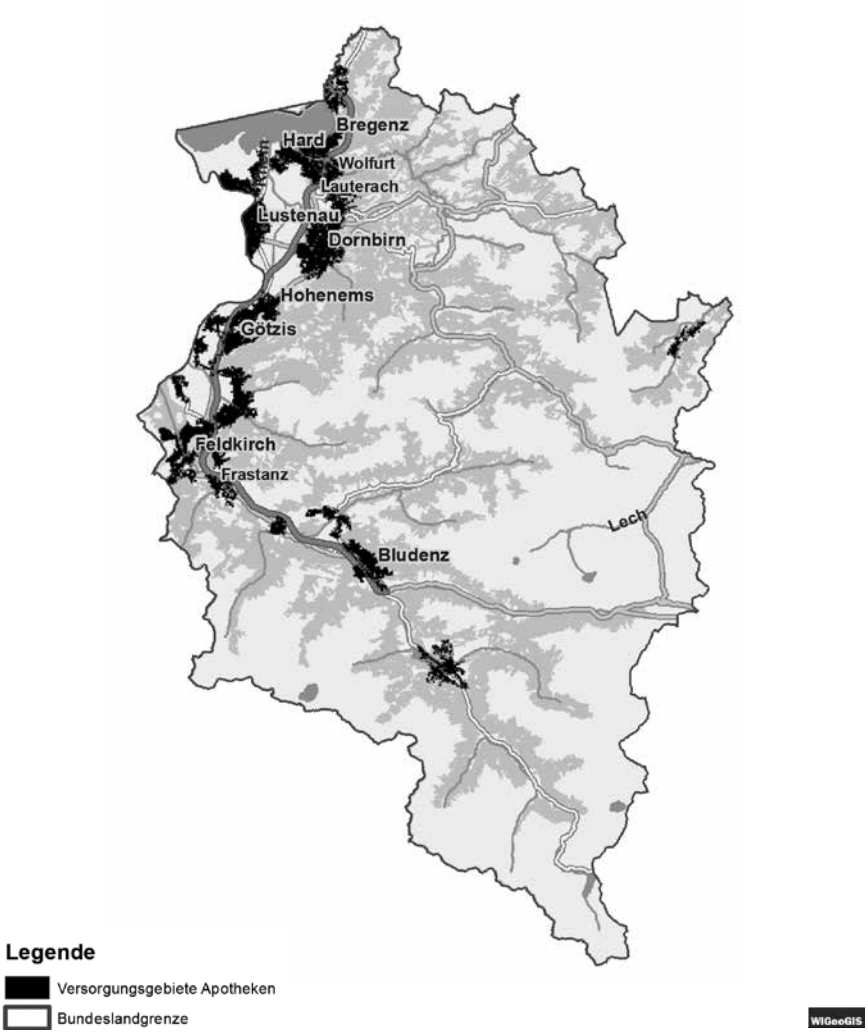
3.7. Tirol

Versorgungsgebiet Apotheken (>= 2.500 EW)



3.8. Vorarlberg

Versorgungsgebiet Apotheken (>= 2.500 EW)



Thomas Bergmair

wissenschaftlicher Mitarbeiter am Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung

Selbstdispensation in der Schweiz

Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wird in diesem Beitrag die männliche oder weibliche Form verwendet, auch wenn alle Geschlechter gemeint sind.

1. Einleitung **100**

2. Vorzüge der direkten Medikamentenabgabe **102**

3. Selbstdispensation in der Schweiz **105**

4. Studienlage **109**

5. Auswirkungen auf die Apothekenanzahl **112**

6. Fazit **113**

In der Schweiz ist die Heilmittelabgabe durch den Arzt – auch als Patientenapotheke oder Selbstdispensation bezeichnet – besonders eng mit dem ärztlichen Beruf verknüpft. Zumindest in der überwiegenden Mehrzahl der deutschsprachigen Kantone gehört sie zum medizinischen Alltag in der Arztpraxis. Die Argumente für und gegen ärztliche Hausapotheken unterscheiden sich zwischen Österreich und der Schweiz kaum. Die Furcht vor angebotsinduzierter Nachfrage und explodierenden Medikamentenkosten steht dem Patientennutzen und einer größeren Compliance gegenüber. Eine Vielzahl an Studien kommt zu „bemerkenswert unterschiedlichen" Ergebnissen. Selbst nachdem eine vom BMG in Auftrag gegebene unabhängige Studie die Auswirkungen der Selbstdispensation abschließend aufklären sollte, wird der wissenschaftliche Diskurs fortgesetzt. Die heterogene Preispolitik im Arzneimittelmarkt verleiht der Situation zusätzliche Brisanz. Der vorliegende Beitrag beleuchtet die Schweizer Situation, zieht Parallelen zu Österreich und betrachtet die Auswirkungen der Selbstdispensation auf den Schweizer Arzneimittelmarkt.

1. Einleitung

In Österreich hat sich in den vergangenen Wochen und Monaten die Diskussion um die Regelung der ärztlichen Hausapotheken einmal mehr zugespitzt. In einem Umfeld zunehmender Nachbesetzungsschwierigkeiten bei vakanten Landarztstellen wurde schließlich eine Gesetzesänderung zugunsten der Hausapotheken herbeigeführt. Während dieser Schritt vielfach als Entgegenkommen gegenüber der Ärzteschaft betrachtet wird, vergisst man in der Argumentation mitunter auf die Berücksichtigung des Patientenwunsches und vernachlässigt die Bedrohung durch eine lückenhafte ärztliche Versorgung.

Im Musterland der direkten Demokratie, der Schweiz, wurde die ärztliche Medikamentenabgabe als ergänzender Vertriebsweg für Arzneimittel in der Vergangenheit wiederholt von der Bevölkerung befürwortet und gefordert. Heute gelten kantonal unterschiedliche Regelungen zur Medikamentenabgabe – doch die Zahl der Hausapotheken-Kantone steigt. Natürlich wird auch in der Eidgenossenschaft heftig darüber debattiert, aber die grundsätzliche Ausgangslage ist eine gänzlich andere als in Österreich. Die ärztliche Hausapotheke, in der Schweiz als Recht zur ärztlichen Selbstdispensation bezeichnet, ist kantonal geregelt und in vielen Kantonen generell erlaubt – unabhängig von Kilometerregelungen oder anderen patientenunfreundlichen Parametern. So ist es Ärzten heute selbst in der 400.000-Einwohner-Stadt Zürich erlaubt, Medikamente an die Patienten abzugeben. Die tatsächliche Konsumentscheidung treffen schlussendlich die Patienten selbst.

Die grundsätzlichen Fragestellungen hinsichtlich der Vor- und Nachteile der ärztlichen Medikamentenabgabe im Vergleich zur reinen Abgabe in Apotheken unterscheiden sich trotz unterschiedlicher Ausgangslagen in beiden Ländern nicht. Die Auswirkungen einer angebotsinduzierten Nachfrage, des Wettbewerbs im Arzneimittelmarkt und die Abwägung des Nutzens für die Patienten sind sowohl in der Schweiz als auch in Österreich die zentralen Streitpunkte.[1] Aufgrund der Informationsasymmetrie zwischen Arzt und Patient hinsichtlich der optimalen medikamentösen Behandlung ist es die Aufgabe des Arztes, dem Patienten eine Behandlungsempfehlung auszusprechen. Was der Arzt verschreibt, wird in der Regel auch gekauft und eingenommen. Es wäre daher grundsätzlich denkbar, dass Ärzte dabei ihre eigenen unternehmerischen Interessen stärker berücksichtigen als die Interessen ihrer Patienten. Die Selbstdispensation könnte somit eine Anreizwirkung haben, die den Arzt dazu veranlasst, Medikamente zu verschreiben,

1 Slembeck (2008)

um damit seinen Profit aus dem Medikamentenverkauf anzukurbeln und dadurch die Medikamentenausgaben in die Höhe zu schrauben. Im Gesundheitsbereich findet aus diesem Grund im Allgemeinen das Kontravalenz-Prinzip Anwendung. Es besagt, dass prinzipiell medizinische Leistungserbringer kein Einkommen oder sonstige geldwerte Vorteile aus Leistungen beziehen dürfen, deren Nachfrage sie selbst beeinflussen können. Nur eine strikte Trennung von Verschreibung und Verkauf von Medikamenten kann diesem Prinzip entsprechen.[2] Über einen Vorzug der Selbstdispensation herrscht hingegen selbst unter Kritikern weitgehend Einigkeit. Für die Patienten ist es eine sehr vorteilhafte und bequeme Regelung. Es erspart Wege und erhöht die Therapietreue (Compliance).[3]

Oftmals aufgrund der topographischen Lage als Schweizer (und österreichische) Eigenheit dargestellt, gibt es die ärztliche Selbstdispensation sehr wohl auch andernorts. In Europa werden neben der Schweiz und Österreich auch in Liechtenstein, den Niederlanden, Großbritannien, Ungarn und vereinzelt auch in Griechenland, Frankreich, Spanien und Belgien Medikamente von Ärzten direkt abgegeben. Aber auch außerhalb Europas erfolgt die Medikamentenabgabe keineswegs ausschließlich in Apotheken. In den USA, in Neuseeland und in Südafrika gibt es ein ärztliches Dispensierrecht. In Kanada und Australien ist die Selbstdispensation zumindest mit Einzelgenehmigungen gestattet. Auch in zahlreichen weiteren Ländern in Afrika und Asien geben Ärzte Medikamente direkt an die Patienten ab – oft wäre es in den Entwicklungs- und Schwellenländern aufgrund der schlechten medizinischen Infrastruktur auch gar nicht anders möglich.[4]

2 Slembeck (2008)
3 z.B.: Slembeck (2008)
4 Müller (2010)

2. Vorzüge der direkten Medikamentenabgabe

Immer wieder wird betont, dass die Medikamentenabgabe durch den Arzt der patientenfreundlichste und kostengünstigste Abgabekanal sei. Diese Aussage allein ist durchaus kritisch zu hinterfragen. Als Beleg dafür dient eine von der santésuisse veröffentlichte Statistik, nach der die Medikamentenausgaben pro Kopf in Kantonen ohne Selbstdispensation deutlich über jenen der Kantone mit Selbstdispensation liegen.[5] Ähnliche Ergebnisse finden sich auch aus Österreich.[6] Diese nackten Zahlen allein rechtfertigen jedoch eine solche Schlussfolgerung noch keineswegs. Um die ursächliche Begründung für den Kostenunterschied einzugrenzen, ist es notwendig, beispielsweise sozioökonomische Faktoren oder regionale Unterschiede zu berücksichtigen. Entsprechende Ergebnisse werden in Abschnitt 4 diskutiert.

Neben dem Kostenaspekt und der Patientenfreundlichkeit stellt der potentielle medizinische Zusatznutzen den großen Vorteil einer Medikamentenabgabe durch den Arzt dar. Wer eine Patientenapotheke führt, kennt die Namen, Logos, Preise und Wirkstoffe seiner Präparate und weiß über Wirkungen und Nebenwirklungen noch besser Bescheid. Dadurch können Beratungsgespräche detaillierter geführt werden – und die Compliance wird erhöht.[7] Ein derartiges Patientenverhalten schildern hausapothekenführende Ärzte anhand ihrer eigenen Erfahrungen aus der Praxis:

> „Die Persönliche Abgabe an den Patienten bewirkt einen Placebo-Effekt und eine höhere Compliance, außerdem hat der Arzt Kontrolle darüber, ob der Patient ein Medikament auch wirklich einnimmt und welche Medikamente der Patient zusätzlich nimmt. Und beide erfahren, welche Kosten die Medikamente verursachen."
>
> *Dr. Urs Stoffel, Präsident der AerzteGesellschaft des Kantons Zürich, 2014*[8]

5 http://www.fmh.ch/files/pdf9/2012-02-27_Positionspapier_DMA.pdf
6 https://medonline.at/2014/dispensierrecht/
7 Bradke (2009)
8 https://medonline.at/2014/dispensierrecht/

„Die direkte Medikamentenabgabe in der Praxis erlebe ich als sehr sinnvoll. Die Patienten halten sich viel eher an die Therapie, weil ich Ihnen [sic!] die Medikamenteneinnahme direkt erklären kann. Zudem ist es für viele Patientinnen, besonders wenn sie Kinder haben oder ‚schlecht auf den Beinen sind', sehr praktisch, wenn sie die Medikamente gleich mitnehmen können. Ein finanzielles Interesse besteht für mich nicht."

Dr. Lukas Wagner, Präsident der Ärztegesellschaft Baselland zitiert eine junge Kollegin, einige Zeit als angestellte Ärztin in einer Hausarztpraxis tätig, 2003[9]

Obwohl die Selbstdispensation aufgrund der Möglichkeit zur direkten Mengenausweitung und deren Einfluss auf die Gesundheit der Patienten sowie die Ausgaben für die Gesundheitssysteme nach wie vor umstritten ist, wird sie von der Bevölkerung hoch geschätzt und wurde im direkt-demokratischen Gesetzgebungsprozess mehrmals bestätigt.[10] Eine Studie der Sanitätsdirektion Zürich belegt, dass den Patienten die Selbstdispensation am Herzen liegt.[11] 90 % der Bevölkerung empfinden einer repräsentativen Befragung zufolge eine Medikamentenabgabe durch den Arzt als bequem – 79 % sprechen sich für eine generelle Wahlfreiheit beim Medikamentenbezug aus.[12]

Am Beispiel der Stadt Zürich wurde dieser Patientenwunsch besonders eindrucksvoll zum Ausdruck gebracht. Dort forderten die Patienten das Recht, Medikamente beim Arzt beziehen zu können, vehement ein und wurden schlussendlich für ihre Mühen belohnt.

Beispiel: Zürich

Auf eine besonders bewegte Vergangenheit blickt die Selbstdispensation im Kanton Zürich zurück. Dort war die Selbstdispensation seit den 1950er Jahren zumindest in den Städten Zürich und Winterthur nicht gestattet, um Apotheken finanziell zu entlasten. Die anfangs freiwillige Beschränkung wurde schließlich per Gesetz zur Vorschrift.[13] Ab 2001 wurde jedoch von der Bevölkerung die Wiedereinführung von Hausapotheken per Volksentscheid gefordert. Zuerst wurden in zwei Volksabstimmungen die geltenden

9 Wagner (2003)
10 WHO, HiT Switzerland (2015)
11 santésuisse (2004)
12 Kull (2011)
13 http://www.fmh.ch/files/pdf9/2012-02-27_Positionspapier_DMA.pdf

Gesetze unter dem Motto „Ja zur Wahlfreiheit beim Medikamentenbezug" ausgehebelt, bevor in einer dritten Abstimmung („Ärzte und Apotheken sollen Medikamente abgeben dürfen"[14]) einer von Ärzten ausgearbeiteten Gesetzesinitiative zugestimmt wurde. Immer wieder wurde gegen die Entscheidungen von Apothekerseite Einspruch erhoben und es wurden weitere Fristen gefordert – diese wurden aber stets abgewiesen.[15] Seit Mai 2012 können nun Ärzte in den Städten wieder Medikamente abgeben. Jedoch nehmen bei weitem nicht alle Ärzte diese Möglichkeit auch in Anspruch. Per 31. Dezember 2013 betrug in der Stadt Zürich der Anteil der Ärzte mit Berufsausübungsbewilligung, der über eine Detailhandelsbewilligung verfügte, also der Anteil der Ärzte, die tatsächlich die Genehmigung zur Selbstdispensation hatten, rund 20 %. Zwar stieg dieser Anteil weiter an, ein Angleichen an den Selbstdispensationsanteil im übrigen Kantonsgebiet (46 %) scheint jedoch unwahrscheinlich.[16] Rund zwei Drittel der Züricher Ärzteschaft verzichten auf die Führung einer Hausapotheke, da sie den damit verbundenen beträchtlichen Aufwand nicht auf sich nehmen wollen.[17] Beim verbleibenden Drittel überlässt man die Wahl des Medikamentenbezuges den Patienten. Der Züricher Arzt Dr. Widler berichtet, dass etwa 80 % seiner Patienten die Medikamente von ihm beziehen würden.[18]

Slembeck (2008) erwartete im Kanton Zürich zahlreiche negative Folgen durch die Wiedereinführung der Selbstdispensation. Ein Induzierungseffekt würde die Nachfrage und somit die Kosten erhöhen, ein Umverteilungseffekt würde Apothekenschließungen verursachen und auch ländliche Arztpraxen in Bedrängnis bringen. Und ein Nutzeneffekt würde schließlich den effektiven Patientennutzen durch ein ausgedünntes Apothekenangebot verringern.[19] Vermehrte Schließungen öffentlicher Apotheken konnten zumindest bisher nicht beobachtet werden.[20] Vorerst scheinen sich Slembecks Erwartungen nicht zu bewahrheiten. Trotz Hausapotheken haben in der Stadt Zürich mittlerweile zusätzliche Apotheken eröffnet, ein respektvolles Nebeneinander scheint also sehr wohl möglich.[21]

14 Bradke (2009)
15 Kantonale Heilmittelkontrolle (2014)
16 Kantonale Heilmittelkontrolle (2014)
17 https://medonline.at/2014/dispensierrecht/
18 https://medonline.at/2014/dispensierrecht/
19 Slembeck (2008)
20 Kantonale Heilmittelkontrolle (2014)
21 https://medonline.at/2014/dispensierrecht/

3. Selbstdispensation in der Schweiz

Der pharmazeutischen Branche in der Schweiz ist ein besonderer Stellenwert zuzuschreiben. Zwei der zehn größten pharmazeutischen Unternehmen der Welt haben ihren Sitz in der Schweiz. Das Land zählt somit zu den größten pharmazeutischen Exporteuren überhaupt.[22] Die absoluten Ausgaben für pharmazeutische Wirkstoffe sind die höchsten in ganz Europa. Berücksichtigt man jedoch die Kaufkraftparitäten, liegen die Durchschnittsausgaben für Medikamente pro Person unter dem Niveau der Nachbarländer. In der Vergangenheit wurden durchaus erfolgreich einige Versuche unternommen, die vergleichsweise hohen Preise für Medikamente zu senken – beispielsweise durch eine Erhöhung des Generika-Anteils. So stieg dieser in der Vergangenheit zwar stark an, lag jedoch im Jahr 2013 mit 23,9 % immer noch deutlich unter Deutschland (fast 80 %) und Österreich (etwa 50 %).[23]

> „Die Abgabe von Medikamenten gehört zum ärztlichen Instrumentarium wie das Stethoskop."
>
> *Dr. Urs Stoffel, Präsident der AerzteGesellschaft des Kantons Zürich*[24]

Die Abgabe von Medikamenten ist seit jeher Teil des Arztberufes. Sowohl in Notfällen als auch im Spital und in vielen alltäglichen Situationen ist es nicht ein Apotheker, der die Gesundheit der Patienten wiederherstellt, indem er ein Medikament verabreicht oder verschreibt, sondern es sind Ärzte.[25] Grundsätzlich sind alle Schweizer Ärzte berechtigt, ihren Patienten im Notfall Medikamente abzugeben. Somit ist jede Arztpraxis mit einem ordnungsgemäßen Medikamentenlager und Arzneimitteln zum direkten Gebrauch in der Praxis und zur Notfallabgabe ausgestattet. Je nach kantonaler Regelung kann das Recht zur Medikamentenabgabe aber auch über diese Fälle hinaus gewährt sein. Laut Angaben des Verbandes der forschenden pharmazeutischen Firmen der Schweiz (interpharmaph) lag die Zahl der Schweizer Ärzte mit Hausapotheke im Jahr 2014 bei 5.800. Sie machte da-

22 WHO, HiT Switzerland (2015)
23 WHO, HiT Switzerland (2015)
24 https://medonline.at/2014/dispensierrecht/
25 Bradke (2009)

mit 40 % der praktizierenden niedergelassenen Ärzteschaft aus und betrifft Ärzte sämtlicher Fachrichtungen. Aufgrund der kantonal unterschiedlichen Regelungen zur Selbstdispensation ergeben sich dabei jedoch große Unterschiede in der Verteilung. Neun Kantone schließen die Selbstdispensation durch Ärzte komplett aus, in drei Kantonen herrschen Mischsysteme vor. In 14 Kantonen, die vorwiegend im deutschsprachigen Teil der Schweiz liegen, sind Ärzte uneingeschränkt dazu berechtigt, Medikamente selbst abzugeben. Zusätzlich wird ab 2018 in Schaffhausen, wo derzeit noch das Misch-System vorherrscht, die flächendeckende Medikamentenabgabe durch den Arzt freigegeben werden. Etwa 24 % der in der Schweiz abgegebenen Arzneimittel werden von Ärzten in Hausapotheken verkauft, 53 % in Apotheken.[26,27,28,29,30]

Somit können selbstdispensierende Mediziner die Medikamentenausgaben tatsächlich maßgeblich beeinflussen – und werden daher besonders kritisch beäugt. Rund 22 % der Kosten der Grundversicherung fließen in der Schweiz in die ambulante Medikamentenabgabe.[31] Die Medikamentenkosten pro Kopf unterscheiden sich kantonal um bis zu 100 %. Gründe dafür gibt es viele. Neben demographischen Unterschieden spielen auch der Grad der Urbanisierung, die Dichte der medizinischen Versorgung und die kulturellen Wurzeln der Bevölkerung eine entscheidende Rolle für den unterschiedlichen Medikamentenkonsum. So wird etwa im deutschsprachigen Teil der Schweiz typischerweise seltener auf Medikamenten zurückgegriffen als im restlichen Teil des Landes.[32]

Als Ausgleich für die zusätzlichen Einnahmen aus der Medikamentenabgabe werden in den selbstdispensierenden Kantonen niedrigere Tarife für ärztliche Leistungen angewandt als in den Kantonen ohne Selbstdispensation.[33] Ärzte mit Hausapotheken geben die Arzneimittel zum staatlich vorgeschriebenen Preis gemäß Spezialitätenliste (SL-Preis)[34] ab, der eine Profitmarge umfasst und so die damit verbundenen Kosten abdecken soll. Verhandlungen über die Einführung einer kostenneutralen und margenunabhängigen Kompensation der Medikamentenabgabe wurden zwischen der Schweizer Ärzteschaft und der Krankenversicherung ge-

26 http://www.interpharma.ch/fakten-statistiken/1897-kantonal-unterschiedliche-dichte-von-sd-aerzten-und-apotheken
27 WHO, HiT Switzerland (2015)
28 http://medizin-management.ch/glossar/selbstdispensation-sd-was-bedeutet-das-konkret/
29 WHO, HiT Switzerland (2015) zitieren Schiesser (2015)
30 https://medonline.at/2014/dispensierrecht/
31 Ziegler (2010)
32 Ziegler (2010)
33 http://www.hausaerzteschweiz.ch/fileadmin/Kundendaten/Sekretariat/Unterlagen_HACH/MF_Kurzform_Stellungnahme_HMG.pdf
34 http://www.fmh.ch/files/pdf9/2012-02-27_Positionspapier_DMA.pdf

führt, sind aber bisher gescheitert.[35] Für Apotheken wurde der SL-Preis um 2,5 % abgesenkt – dafür wird seit dem Jahr 2001 die Leistungsorientierte Abgeltung (LOA) zusätzlich verrechnet.[36] Generierten Apotheken ihre Erträge bis dahin aus proportionalen Preisaufschlägen, wurde 2001 auf ein Mischsystem umgestellt. Seitdem werden bei rezeptpflichtigen Medikamenten die Serviceleistungen der Apotheke in Form der LOA separat in Rechnung gestellt. Diese Abgeltung soll die Leistungen der Fachkompetenz und Beratung der Apotheker abdecken. Dazu zählt etwa eine Grundgebühr pro Patientenkontakt sowie eine Gebühr pro abgegebenem verschreibungspflichtigem Medikament. Zusätzlich werden Gebühren für Polymedikations-Checks, für überwachte Medikamenteneinnahme oder für den Ersatz eines verschriebenen Originalpräparats durch ein Generikum verrechnet. Dadurch sollte die Kosten-Effizienz von Medikamenten erhöht und die direkte Verknüpfung der Apothekeneinnahmen mit dem Finanzvolumen der abgegebenen Arzneimittel aufgelockert werden. 2010 wurde das System aktualisiert.[37;38]

Faktisch führt diese Kostenaufspaltung vor allem dazu, dass Medikamente in den Apotheken teurer erworben werden als in den Praxen der dispensierenden Mediziner. Oft herrscht bei Patienten dafür Unverständnis. Beim Apotheker kommt das Medikament teurer, da die Beratungsgebühr bezahlt werden muss. Also kaufen sie beim Arzt. Dadurch kommt es zu einer verstärkten Nachfrage der Arzt-Medikamente – die in der Debatte über das Für und Wider von Hausapotheken dann gerne als Argument der Mengenausweitung durch die Ärzte ausgelegt wird.[39]

Aufgrund der niedrigeren Medikamentenkosten ohne leistungsorientierte Abgeltung und eines häufigeren Einsatzes von Generika ist Selbstdispensation neben der Versandapotheke der deutlich günstigere Abgabekanal, beteuert die FMH, der ärztliche Berufsverband in der Schweiz.[40] Die Branchenorganisation der Schweizer Krankenversicherer santésuisse beteuert, der Selbstdispensation gegenüber keine Vorbehalte zu haben. Sie spricht sich aber für klare Bedingungen für Ärzte und Apotheker aus und will individuelle Genehmigungen erteilen.

Von Apothekerseite kommt häufig die Kritik, dass die Bedingungen für die Dispensation von Medikamenten nicht einheitlich seien. Während laut Apothekerverband pharmaSuisse eine Apotheke über ein Sortiment von bis zu 10.000 Medikamenten verfügt – mit unterschiedlichen Packungsgrößen und Generika-Varianten – umfasst die Patientenapotheke eines Arztes im Durchschnitt 50 bis 200

35 http://www.fmh.ch/files/pdf9/2012-02-27_Positionspapier_DMA.pdf
36 WHO, HiT Switzerland (2015)
37 WHO, HiT Switzerland (2015)
38 https://www.kpt.ch/de/services/faq/Seiten/medikamente-generika.asp
39 Wagner (2003)
40 http://www.fmh.ch/files/pdf9/2012-02-27_Positionspapier_DMA.pdf

Produkte.[41] Die strikten Bestimmungen zur Sortimentsbreite, den Öffnungszeiten und der Einrichtung gelten für dispensierende Arztpraxen gar nicht oder nur in abgeschwächter Form. Dadurch seien die Infrastrukturkosten der Ärzte im Vergleich zu denen der Apotheker niedriger – was wiederum dazu führt, dass bei gleichen Preisen die Gewinnmargen ungleich groß sind. Zwar soll die LOA diesem Kostennachteil Rechnung tragen, doch bewirkt sie durch eine Erhöhung der Gesamtpreise gleichzeitig einen Wettbewerbsnachteil und somit einen Nachfragerückgang. Außerdem, so das Argument der Apothekerseite, könne nur durch eine Medikamentenabgabe in der Apotheke das Vier-Augen-Prinzip der doppelten Überprüfung von Arzt und Apotheker gewährleistet werden.[42]

Als weitere Nachteile der Selbstdispensation in der Schweiz werden der limitierte Zugang während der Praxisöffnungszeiten, die Beschränkung des Zuganges für Patienten des Arztes, die geringe Sortimentsbreite sowie der befürchtete Rückgang regulärer Apotheken genannt. Die größten gesundheitspolitischen Befürchtungen betreffen jedoch die Auswirkung auf die Gesundheitsausgaben. Diese wurden in zahlreichen theoretischen und empirischen Studien untersucht.

41 pharmaSuisse (2013)
42 santésuisse (2004)

4. Studienlage

Um das Thema der Vor- und Nachteile der ärztlichen Selbstdispensation in der Schweiz herrscht ein reger akademischer Diskurs. Gegner und Befürworter bekämpften sich regelrecht mit Studien, um ihre Argumente bzw. Gegenargumente zu untermauern. Erst im Jahr 2014 sollte eine umfassende Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit für Klarheit sorgen – doch nach wie vor wird die Debatte fortgesetzt.

Dummermuth (1993) sowie Gröflin und Zuellig (1995) finden Kostenvorteile in den Kantonen ohne Selbstdispensation[43,44], werden aber von Schips und Sohre (1995) sowie Widmer (2001) methodisch in Frage gestellt. Nach Berücksichtigung sozioökonomischer Faktoren habe eine Unterscheidung der Form der Medikamentenabgabe keinen signifikanten statistischen Einfluss auf die Ausgaben.[45] Widmer (2001) verwendet Dummermuths Datengrundlage und findet geringere Medikamentenausgaben pro Kopf, wenn Ärzte dispensieren dürfen.[46] Ähnliche Ergebnisse bringen auch Beck et al. (2004) zutage.[47]

Zahlreiche Untersuchungen beschäftigen sich mit der ärztlichen Medikamentenabgabe in entfernteren Regionen der Welt. Chou et al. (2003) erforschen die Auswirkungen einer Policy-Änderung in Taiwan. Dort wurde die Möglichkeit zur Medikamentendispensation durch Ärzte abgeschafft. Die Autoren zeigen, dass dadurch zwar die Medikamentenausgaben und die Verschreibungshäufigkeit gesenkt werden konnten, aber aufgrund einer dadurch notwendigen Erhöhung der Arzt- und Apotheker-Honorare zur Kompensation des Einkommensausfalls die totalen Gesundheitsausgaben insgesamt nicht beeinflusst wurden.[48]

Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit untersuchen Trottmann et al. (2014) in der umfassenden Polynomics-Studie die Auswirkungen der Selbstdispensation anhand der Medikamentenausgaben, der Wahl von Generika und der Gesamtausgaben für Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP). Es handelt sich dabei um die wahrscheinlich ausführlichste und umfangreichste Arbeit zu diesem Thema. Die Studie kommt zu dem Schluss, dass Selbstdispensations-Patienten niedrigere Medikamentenausgaben aufweisen sowie eine höhere

43 Beck, Kunze, Oggier (2004) zitieren Dummermuth (1993)
44 Beck, Kunze, Oggier (2004) zitieren Gröflin und Zuellig (1995)
45 Beck, Kunze, Oggier (2004) zitieren Schips und Sohre (1995
46 Beck, Kunze, Oggier (2004) zitieren Widmer(2001)
47 Beck, Kunze, Oggier (2004)
48 Chou et al. (2003)

Wahrscheinlichkeit besteht, dass Generika zur Anwendung kommen. Die Ausgaben für ärztliche Leistungen sind jedoch höher, auch die Zahl der Konsultationen steigt. Es kann kein statistisch signifikanter Einfluss der Selbstdispensation auf die Gesamtausgaben für OKP-Leistungen nachgewiesen werden.[49]

Auch weiterhin beschäftigt sich eine Vielzahl wissenschaftlicher Arbeiten mit dem Thema der Selbstdispensation in der Schweiz. Burkhard et al. (2015) kommen zu dem Schluss, dass die Selbstdispensation zu häufigeren Verschreibungen, nicht aber zur Verschreibung von teureren Arzneimitteln führt, ihre Ergebnisse sind jedoch von großer Heterogenität geprägt. Ein Einfluss auf Gesundheitsparameter abseits der Medikamentenausgaben wird nicht überprüft. Als zentrale Schlussfolgerung aus der Arbeit ziehen die Autoren das Ergebnis, dass eine Mengenregulierung sinnvoller als eine Preisregulierung sei.[50]

Rischatsch (2014) negiert in seiner Arbeit eine angebotsinduzierte Nachfrage und beschränkt den Einfluss des selbstdispensierenden Arztes auf die abgegebene Packungsgröße. Durch die Abgabe kleinerer Packungsgrößen wird die Gewinnspanne bei der Medikamentenabgabe maximiert, so dass insgesamt höhere Medikamentenkosten im Ausmaß von 3 bis 5 % pro Dosis entstehen. Eine Anpassung der Preis- und Gewinngestaltung bei Medikamentenpreisen könnte das Problem der kleinen Abgabegrößen verringern. Rischatsch betont jedoch, dass seine Ergebnisse keinen Schluss auf die Kosteneffizienz der ärztlichen Selbstdispensation zulassen. Es sei denkbar, dass an anderer Stelle eine Kostenersparnis bewirkt werde – und somit die Selbstdispensation die günstigere Abgabeschiene für das Gesundheitswesen sei.[51] Kaiser und Schmid (2016) untersuchen die Auswirkung der Selbstdispensation auf die Schweizer Medikamentenausgaben und finden in Selbstdispensationskantonen sowohl einen Anstieg der Medikamentenkosten als auch der Arztkosten. Anzumerken ist jedoch, dass sie sich in ihrer Untersuchung nur auf Fachärzte beschränken und keine Allgemeinmediziner inkludieren.[52] In der Zeitschrift doXmedical (herausgegeben von einer der größten ärztlichen Einkaufsgemeinschaften in der Schweiz) werden die Studien von Kaiser und Schmid sowie Burkhard et al. mit der Polynomics-Studie verglichen und deren Glaubwürdigkeit angezweifelt. Kritisiert werden Stichprobengröße, mangelnde Berücksichtigung der gesundheitspolitischen Relevanz sowie eine nachträgliche Änderung der genauen Ergebnisse.[53] Schon 2010 wurden in dieser Zeitschrift vom selben Autor einige Studien angezweifelt und widerlegt.[54]

49 Trottmann et al. (2014)
50 Burkahrd et al. (2015)
51 Rischatsch (2014)
52 Kaiser, Schmid (2016)
53 Widmer (2016)
54 Widmer (2010)

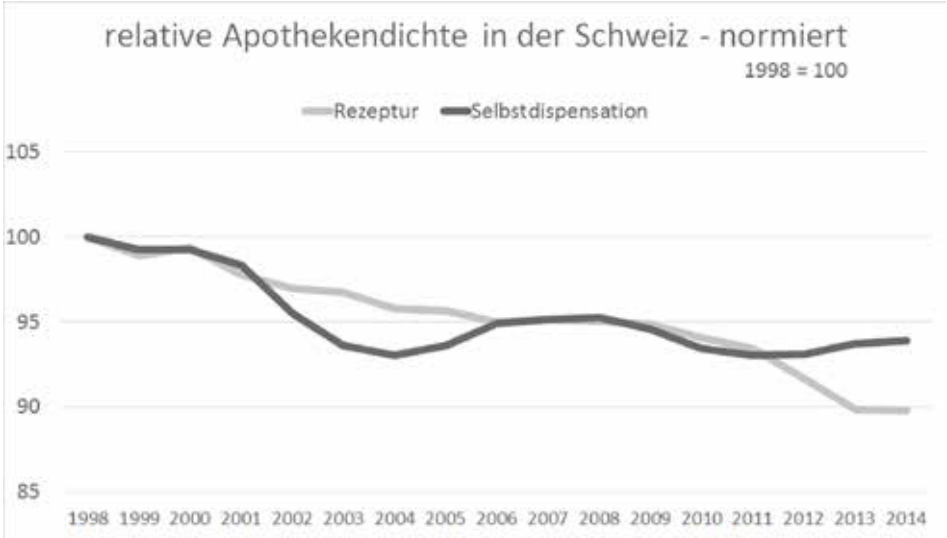
Eine wirklich seriöse abschließende Beurteilung der Selbstdispensation anhand der existierenden Literatur scheint kaum möglich zu sein. Ein Einfluss auf die Medikamentenkosten ist aus ökonomischer Sicht durchaus plausibel, aus ethischer Sicht jedoch äußerst fragwürdig. Messbare Effekte liegen möglicherweise in der geringeren Sortimentsbreite begründet, werden aber durch heterogene Preissetzungsmodelle verzerrt. Die damit verbundenen höheren Medikamentenkosten im Ausmaß von 3 bis 5 % je Dosis ließen sich bestimmt noch regulieren. Die analysierte Literatur weist generell auf die unvorteilhafte Preis- und Margengestaltung im Schweizer Arzneimittelwesen hin und suggeriert ein breites Optimierungspotential zur Verminderung etwaiger wirtschaftlicher Anreize. Zudem beschränken sich die meisten Analysen auf einzelne Aspekte der Gesundheitsausgaben oder vernachlässigen den entgegengebrachten Nutzen gegenüber den Patienten. Eine Vielzahl der Argumente – sowohl jene der Befürworter als auch der Gegner der Selbstdispensation – lässt sich mit bestehenden Studien untermauern. Aus Sicht des Autors muss daher der finanzielle Effekt der Selbstdispensation auf die Gesundheitsausgaben auf Basis einer umfangreichen Literaturrecherche generell in Frage gestellt werden.

Ohne Zweifel besteht in den Schweizer Selbstdispensations-Kantonen eine Konkurrenzsituation zwischen den unterschiedlichen Anbietern von Medikamenten. Die geringere Apothekendichte in diesen Kantonen ist jedoch nicht ausschließlich durch diese Wettbewerbssituation zu begründen. Sowohl topographische Gegebenheiten als auch kulturelle Unterschiede beeinflussen neben zahlreichen anderen Faktoren die Apothekendichte. Der folgende Abschnitt zeigt, wie sich die Apothekendichte in der Schweiz unter dem Einfluss der Selbstdispensation entwickelt.

5. Auswirkungen auf die Apothekenanzahl

Für die Darstellung der Apothekenzahlen wurden öffentlich verfügbare Daten zur Zahl der Apotheken in Rezeptur-Kantonen und Selbstdispensations-Kantonen in der Schweiz ausgewertet und in Relation zur jeweiligen Bevölkerung gesetzt. Die relativen Apothekenzahlen wurden dann zum Ausgangsjahr der Analyse, 1998, mit dem Wert 100 normiert, um eine vergleichbare Entwicklung abzubilden. Es zeigt sich ein genereller Trend zur Abnahme der Apothekenzahl im Verhältnis zur Einwohnerzahl. Ursächlich dafür könnte beispielsweise die zunehmende Bedeutung weiterer Vertriebswege, wie etwa der bequeme Onlineversand von Medikamenten, sein.

Der Verlauf der vergangenen 16 Jahre zeigt jedoch vor allem eines: Der Unterschied zwischen Rezeptur-Kantonen und Selbstdispensations-Kantonen entspricht keineswegs den Befürchtungen der Apothekervertreter. Während die Zahl der Apotheken in Rezepturkantonen im Vergleich zum Ausgangswert kontinuierlich sinkt, stagniert die Apothekenzahl in den Selbstdispensationskantonen seit einigen Jahren und konnte zuletzt sogar leichte Steigerungen verzeichnen.



1998 wurde als Basis Jahr gewählt, da in den Jahren 1990 bis 1997 keine eindeutigen Angaben zur Bevölkerungszahl im Datensatz enthalten sind

Quelle: Bundesamt für Statistik Ärzte, Zahnärzte und Apotheken, Entwicklung des Bestandes, eigene Berechnungen

Daraus lässt sich der Schluss ziehen, dass die Selbstdispensation, zumindest im von den Daten erfassten Zeitraum, kein überproportionales Apothekensterben bewirkt. Sowohl in den Rezepturkantonen als auch in den Selbstdispensationskantonen ist die Apothekendichte zur Bevölkerung seit 1998 rückläufig – der anteilsmäßige Rückgang in den Rezeptur-Kantonen ist sogar stärker als in den Selbstdispensations-Kantonen. Am Beispiel der Stadt Zürich (das in dieser Darstellung über den gesamten Beobachtungszeitraum den SD-Kantonen zugerechnet wird) zeigt sich, dass trotz einer Ausweitung des Selbstdispensations-Rechts die Apothekenzahl ansteigen kann.

6. Fazit

Die existierende Literatur lässt keine wirklich seriöse abschließende Beurteilung der Selbstdispensation zu. Ein Einfluss auf die Medikamentenkosten scheint aus ökonomischer Sicht durchaus plausibel, aus ethischer Sicht jedoch äußerst fragwürdig. Messbare Effekte liegen möglicherweise in der geringeren Sortimentsbreite begründet, werden aber verzerrt durch heterogene Preisgestaltungsmodelle. Die Wertschätzung durch die profitierenden Patienten, medizinische Auswirkungen und Therapieeffekte werden in empirischen Arbeiten kaum erhoben. Tatsächlich sollten die Auswirkungen der Selbstdispensation aber vor allem daran gemessen werden.

Oftmals stellt die direkte Medikamentenabgabe durch den Arzt schon allein aus topographischen Gründen die einzig mögliche Form einer breiten Versorgung dar. In der Schweiz geht man einen Schritt weiter und erlaubt die Selbstdispensation mitunter ohne Einschränkungen. Die Entscheidung, wo Medikamente bezogen werden, liegt schließlich einzig und allein beim Patienten.

Die unterschiedlichen Apothekenzahlen in Rezeptur- und Selbstdispensations-Kantonen lassen sich entgegen anders lautender Behauptungen keineswegs ausschließlich auf die Konkurrenzsituation zurückführen. Ganz im Gegenteil, denn es konnte in einer eigenen Analyse aufgezeigt werden, dass die Entwicklung der Apotheken in der gesamten Schweiz rückläufig ist. Die Apothekendichte in Selbstdispensations-Kantonen ist sogar vergleichsweise weniger stark vom Rückgang betroffen als in den Kantonen ohne Selbstdispensation.

Quellen:

Beck, K.; Kunze, U.; Oggier, W.(2004): Selbstdispensation: Kosten treibender oder Kosten dämpfender Faktor? Managed Care 6/2014 S. 5-8
Zitieren:
Dummermuth, A.;(1993): Selbstdispensation: Der Medikamentenverkauf durch Ärzte: Vergleiche und Auswirkugnen unter besonderer Berücksichtigung der Kantone Aargau und Luzern; Pro-pharmacie, Cahiers de l'IDHEAP, Nr. 114
Gröflin, R.; Zuellig, C.; (1995): SWISSCARE unterstützt die günstige Medikamentenabgabe durch Ärzte. Schweizerische Ärztezeitung , Nr. 41; S. 1652-1654
Schips, B.; Sohre, P.;(1995): SD oder Rezeptur? Eine wissenschaftliche Analyse. Schweizer Apothekerzeitung, Nr. 24; S. 604-605
Widmer, H.;(2001): Selbstdispensation versus Rezeptur – die Diskussion geht weiter. Ars Medici; Nr. 7; S. 328-338

Bradke, S. (2009): Patientenapotheke Ja oder Nein?; Schweizerische Ärztezeitung; 2009;90:40 S. 1543

Burkhard, D.; Schmid, C.; Wüthrich, K.; (2015): Financial incentives and physician prescription behavior: Evidence from dispensing regulations; Discussion Paper; HYPERLINK „http://www.vwl.unibe.ch/papers/dp/dp1511.pdf%20abgerufen%20am%2024.5.2016" http://www.vwl.unibe.ch/papers/dp/dp1511.pdf abgerufen am 24.5.2016

Chou, Y.; Yip, W. C.; Lee, C.-H.; Huang, N.; Sun, Y-P.; Chang, H.-J.; (2003): Impact of separating drug prescribing and dispensing on provider behaviour: Taiwan's experience; Health Policy and Planning; Vol. 18, Nr. 3; S. 316-329

Czypionka, T.; (2016): Zur aktuellen diskussion zu ärztlichen Hausapotheken; Presseaussendung IHS HealthEcon; 15. April 2016

Kaiser, B.; Schmid, Ch.; (2016): Does physician dispensing increase drug expenditures? Empirical evidence from Switzerland; Health Economics; Vol. 25; S. 71-90

Kantonale Heilmittelkontrolle des Kanton Zürich – Regionale Fachstelle der Ost- und Zentralschweiz; (2014); Erfahrungsbericht – Inkraftsetzung von § 25a des Gesundheitsgesetzes per 1. Mai 2012

Kull, H.-U.; (2011): Die fast unendliche Geschichte der Selbstdispensation in Zürich; Sprechstunde 4/11; S. 6-7

Müller, P. H.; (2010): Weltweite ärztliche Medikamentenabgabe 2010 – Versuch eienr globalen Standortbestimmung; DoXMedical Nr. 1; Februar/März 2010; S. 1-3

pharmaSuisse (2013): Medienmitteilung vom 14. Februar 2013

Rischatsch, M.; (2014): Lead me not into temptation: drug price regulation dan dispensing physicians in Switzerland; European Journal of Health Economics; Vol. 15; S.697-708

Santésuisse (2004): Positionspapier – Selbstdispensation (Medikamentenabgabe der Ärzte): Fassung vom 26.5.2004

Slembeck, T.;(2008): Zusammenfassung – Gesundheitsökonomische Analyse von Abgabe und Verkauf kassenzulässiger Medikamente durch niedergelassene Ärzte; Gutacht erstattet zuhanden des Apothekerverbands des Kantons Zürich (AVKZ)

Slembeck, T.;(2008b) Wenn Ärzte auch Medikamente verkaufen – Zielkonflikt bei der ärztlichen Selbstdispensation und Lösungen aus ökonomischer Sicht; Neue Zürcher Zeitung, 16.10.2008

Spranger A, Wittenbecher F, Quentin W. Switzerland: Health system review.

Trottmann, M.; Früh, M.; Reich, O.; Telser; H.; (2014): Auswirkungen der Medikamentenabgabe durch die Ärzteschaft (Selbstdispensation) auf den Arzneimittelkonsum und die Kosten zu Lasten der OKP; Schlussbericht; Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit; POLYNOMICS; 10. Februar 2014

Wagner, L.;(2003): Vertrauen in die Selbstdispensation; PrimaryCare 3/2003 S.219

WHO, HiT Switzerland (2015): De Pietro C, Camenzind P, Sturny I, Crivelli L, Edwards-Garavoglia S, Health Systems in Transition (2015); 17(4):1–288
Zitieren:
Schiesser A. (2015). Medikamente. In: Oggier W, ed. Gesundheitswesen Schweiz 2015–2017. Bern, Verlag Hans Huber.

Widmer, H.; (2010): Blick auf die langjährigen und wiederholten Versuche, die Selbstdispensation abzuschiessen[sic!]!; doXmedical; 1/2010; S. 4-5

Widmer, H.; (2016): Selbstdispensation: Studien als gesundheitspolitisches Instrument; doXmedical; 2/2016; S. 4-6

Ziegler, M.; (2010): Die Selbstdispensation muss auf Tapet; santésuisse; infosantésuisse; Solothurn; 2010, Nr. 4, S. 6

Internetquellen:

Bundesamt für Statistik BFS: http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/03/03/key/01.html abgerufen am 27.4.2016; Ärzte, Zahnärzte und Apotheken, Entwicklung des Bestandes (je-d-14.04.05.01),

Bundesamt für Statistik BFS http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/03/03/key/01.Document.21519.xls abgerufen am 27.4.2016

http://medizin-management.ch/glossar/selbstdispensation-sd-was-bedeutet-das-konkret/ abgerufen am 27.4.2016

http://www.fmh.ch/files/pdf9/2012-02-27_Positionspapier_DMA.pdf abgerufen am 27.4.2016

http://www.hausaerzteschweiz.ch/fileadmin/Kundendaten/Sekretariat/Unterlagen_HACH/MF_Kurzform_Stellungnahme_HMG.pdf abgerufen am 27.4.2016

http://www.interpharma.ch/fakten-statistiken/1897-kantonal-unterschiedliche-dichte-von-sd-aerzten-und-apotheken abgerufen am 19.5.2016

https://medonline.at/2014/dispensierrecht/ abgerufen am 20.4.2016

https://www.kpt.ch/de/services/faq/Seiten/medikamente-generika.aspx abgerufen am 20.4.2016

Bürgermeister am Wort

Wir haben einige Bürgermeister aus Österreich eingeladen, uns über die ärztliche Versorgung in ihrer Gemeinde zu berichten. Viele folgten unserem Aufruf und erklärten sich bereit, ihre Situation und ihre Vorstellung einer vernünftigen Hausapothekenlösung darzustellen und sich in der Zeitschrift für Gesundheitspolitik zu Wort zu melden.

Labg. BM Jürgen Höckner

Scharten, Oberösterreich

Die hausärztliche Versorgung in der Gemeinde Scharten wird in erster Linie durch unseren Hausarzt Dr. Ralph W. sichergestellt. Ergänzend dazu gibt es Apotheken in Eferding und in der Nachbargemeinde Buchkirchen.

Da durch die Neuerrichtung der Apotheke in der Nachbargemeinde Buchkirchen der zu dieser Zeit gesetzlich erforderliche Abstand zur Führung einer Hausapotheke zum Standort der bisherigen Ordination nicht mehr gegeben war, musste ein neuer Standort etwas außerhalb des Ortskerns gefunden werden. Der wesentliche Aufwand der Gemeinde, insbesondere meines Vorgängers Bürgermeister Johann Meyr, bestand darin, einen geeigneten Standort zu ermitteln sowie zahlreiche Gespräche bzw. Verhandlungen mit Grundstücksbesitzern und interessierten Ärzten zu führen.

Die Möglichkeit zur Führung einer Hausapotheke war Voraussetzung für ein konkretes Interesse einiger Ärzte, eine Ordination in Scharten zu übernehmen! Selbstverständlich liegt diese auch im Interesse der Gemeinde bzw. der Bevölkerung! In den meisten Fällen ersparen sich die Bürgerinnen und Bürger dadurch nach einem Arztbesuch einen zusätzlichen Weg in die Apotheke. Gelegentlich muss trotzdem ein Medikament in der Apotheke besorgt oder ein weiteres Mal der Hausarzt konsultiert werden, weil ein Medikament bestellt werden muss.

Im Falle von Scharten überwiegen aber insgesamt eindeutig die Vorteile einer Hausapotheke gegenüber den Nachteilen der Lage der Ordination außerhalb des Ortskerns – weil auch der neue Standort mit einem öffentlichen Verkehrsmittel erreicht werden kann. Die Ordination wird von der Bevölkerung der Gemeinden Scharten, aber auch darüber hinaus, sehr gut angenommen.

Mittlerweile wurde eine Änderung in der Hausapothekenregelung herbeigeführt. Ein Kompromiss, der für so manche Gemeinde zwar eine Erleichterung bringen, das Problem aber langfristig nicht lösen wird. Ausreichend zur Verfügung stehende Ärzte sind für eine langfristige, flächendeckende hausärztliche Versorgung das wichtigste Erfordernis überhaupt. Darüber hinaus ist jedoch auch eine intensive Zusammenarbeit bzw. Kooperation von Hausärzten einer Region mit den Rettungs- und notärztlichen Diensten notwendig, um die medizinische Versorgung weiterhin auf höchstem Niveau aufrechterhalten zu können.

BM Jürgen Maschl

Schwadorf, Niederösterreich

Die Marktgemeinde Schwadorf befindet sich im Verwaltungsbezirk Wien-Umgebung und zählt derzeit 2061 Einwohner (Hauptwohnsitze). Aufgrund der Nähe zur Bundeshauptstadt Wien und der in unmittelbarer Nähe angesiedelten Industriebetriebe wächst die Gemeinde kontinuierlich. Diese Entwicklung wird sich auch in Zukunft so fortsetzen. Schwadorf liegt im Kreuzungspunkt der Bundesstraße 10 mit der Landeshauptstraße 156. Durch unseren Ort fließt die Fischa, dadurch ist das Ortsgebiet von Grünraum geprägt.

Die ärztliche Versorgung ist durch eine praktische Ärztin und eine Zahnärztin gewährleistet. Fachärzte für alle Gesundenbereiche sind in den umliegenden Städten gut erreichbar. Die nächstgelegenen öffentlichen Spitäler befinden sich in Mödling und in Hainburg. Gemeinsam mit der Gemeinde Rauchenwarth bildet die Marktgemeinde Schwadorf eine gemeinsame Sanitätsgemeinde. Viele Gemeindebürger der umliegenden Orte sind auch Patienten unserer praktischen Ärztin, die auch die Agenden der Gemeindeärztin für die Sanitätsgemeinde ausführt.

Obwohl die Anzahl der Fachärzte in der Umgebung relativ zufriedenstellend ist, wäre die Ansiedlung eines Facharztes in der Gemeinde sehr wünschenswert. Dies deshalb, da immer wieder wahrgenommen werden muss, dass viele Patienten einige Wochen auf Behandlungstermine warten und dann noch stundenlange Wartezeiten in der Ordination in Kauf nehmen müssen. Von einer Überlastung der angesiedelten Ärzte ist immer wieder zu hören. Ebenfalls wenig zufriedenstellend ist die Tatsache, dass Patienten aufgrund ihrer Zugehörigkeit zu Niederösterreich keine Aufnahme in einem Wiener Krankenhaus erhalten. Ein Umstand, der nicht nur aufgrund der medizinischen Ausstattung der Wiener Spezialkliniken zu Unmut führt, sondern auch deshalb, da die Wiener Spitäler mit öffentlichen Verkehrswegen weitaus besser erreichbar sind als die Krankenhäuser in Mödling oder Hainburg.

Seit jeher war es dem Schwadorfer Gemeindearzt erlaubt, eine Hausapotheke zu führen und somit die medikamentöse Versorgung der Bevölkerung zu sichern. In der Hausapotheke werden dringend notwendige Medikamente verabreicht, allfällige rezeptpflichtige Arzneimittel sind von den Apotheken zu beziehen. Diese befinden sich in Fischamend (Entfernung 6 km), Enzersdorf/Fischa (Entfernung 3 km), Schwechat (Entfernung 12 km) oder Bruck/Leitha (Entfernung 19 km). Das Zusammenspiel von Ärzten mit Hausapotheken und den öffentlichen Apotheken funktioniert bislang einwandfrei.

Für viele Schwadorfer Bürger stellt die ärztliche Hausapotheke eine immense Erleichterung dar, da sie ihre benötigten Medikamente in der Hausapotheke erhalten und nicht mit öffentlichen Verkehrsmitteln stundenlang fahren müssen, um ihre Medikamente zu bekommen. Für viele der betroffenen Personen wäre dieser Weg aufgrund ihrer Krankheiten überhaupt nicht zumutbar. Die Hausapotheke nimmt somit eine wesentliche Rolle in der örtlichen Gesundheitsvorsorge ein.

Dieses perfekte Zusammenspiel, aber auch die von den Bürgern bestens angenommene Hausapotheke soll es jedoch in Zukunft nicht mehr geben. Aufgrund der nicht durchsichtigen Regelungen des Apothekengesetzes gibt es Anstrengungen, der praktischen Ärztin die Bewilligung zur Führung der Hausapotheke zu untersagen. Begründet wird dies damit, dass die Hausapotheke innerhalb einer bestimmten Schutzzone zur nächsten öffentlichen Apotheke liegt. Ungeachtet der damit verbundenen Verschlechterungen für über 2000 Personen wird mit Nachdruck versucht, eine jahrzehntelang bestehende und bestens funktionierende Versorgungseinrichtung zu zerstören. Diese Absicht ist umso beachtenswerter, da es keine Ordinationsübergabe der Arztstelle gegeben hat. Die derzeitige praktische Ärztin führt die Hausapotheke seit Beginn ihrer Tätigkeit in Schwadorf. Ein weiteres Kuriosum ist, dass die öffentliche Apotheke erst viele Jahre nach der Hausapothekenbewilligung eröffnet wurde. Die Ärztin hat also ihre Einrichtung zu schließen, weil nachträglich eine Apotheke innerhalb von 6 km eröffnet wurde! Unverständlicher geht es nicht mehr.

Nachdem die zuständige Bezirksverwaltungsbehörde ein Verfahren für die Zurücknahme der Bewilligung zur Führung der Hausapotheke eröffnet hat, wird diese Entscheidung von der Gemeindeärztin mit allen rechtlichen Mitteln bekämpft. Große Unterstützung erhält sie dabei von der Bevölkerung, die innerhalb von wenigen Tagen mehr als 750 Unterstützungserklärungen für den Erhalt der Hausapotheke abgegeben hat. Auch seitens der Marktgemeinde Schwadorf wird alles unternommen, um die Hausapotheke erhalten zu können.

Anstatt den normalen Hausverstand walten zu lassen und funktionierende Abläufe beizubehalten, wird ein langwieriges und kostenintensives Verfahren eingeleitet, dessen Zweck alleinig zur Machtdemonstration einer Branche dient, dabei aber frappante Verschlechterungen für den Bürger mit sich bringt.

Völlig unverständlich ist die Tatsache, dass es – sofern die Hausapotheke tatsächlich zu schließen ist – auch zu keiner Ansiedlung einer öffentlichen

Apotheke oder Filialapotheke in der Marktgemeinde Schwadorf kommen kann. Die Folge wäre also, dass alle Patienten den Gang zu den umliegenden Apotheken antreten müssten und keine Versorgung im Ort mehr hätten. Viele BürgerInnen wären auf andere Personen angewiesen und könnten – im Notfall – erst verspätet ihre Arzneimittel einnehmen.

Dass eine solche Regelung nicht zeitgemäß sein kann, erklärt sich von alleine. Der Gesetzgeber ist daher mehr als je aufgefordert, das Zusammenspiel der öffentlichen Apotheker mit den ärztlichen Hausapotheken generell neu zu regeln. Und zwar so zu regeln, dass beide Seiten zufriedengestellt sind und die Bürger keine Verschlechterungen hinnehmen müssen. Öffentliche Apotheken sind genauso unersetzlich wie es für manche Gemeinden die Hausapotheken sind. Dennoch ist die derzeitige gesetzliche Regelung aufgrund der europäischen Grundwerte sehr zu hinterfragen. Es ist nicht nachvollziehbar, warum Entfernungsangaben oder eine gewisse zu versorgende Menschenanzahl die Frage der Hausapotheke klären soll.

Die unlängst getätigten gesetzlichen Neuregelungen werden dies jedoch nicht erfüllen, sie sind eher als Vorwand zu bewerten, als dass sie in der Sache weiterhelfen. Es ist nicht einsichtig, dass durch das Apothekengesetz viele Gemeinden überhaupt keine Versorgungsmöglichkeiten mit Medikamenten mehr haben können. Es ist dafür Sorge zu tragen, dass es in jeder Gemeinde eine Abgabestelle für Medikamente geben soll. Warum soll dies nicht der Arzt sein?

Der Umstand, die Hausapotheken auf ein Mindestmaß reduzieren zu wollen, wird sich auch auf die zukünftige ärztliche Versorgung niederschlagen. Viele Ärztepraxen werden nicht mehr nachbesetzt werden können, wenn keine Hausapotheke bewilligt wird. Dass dies nicht nur ländliche Gebiete betreffen wird, sondern auch Gemeinden wie Schwadorf im Umkreis von prosperierenden Betrieben, scheint völlig klar zu sein. Dann nützen auch gut ausgestattete öffentliche Apotheken nichts, wenn es niemanden gibt, der einem die notwendigen Medikamente verschreibt.

Meine Hoffnung besteht daher darin, dass die Verantwortlichen noch rechtzeitig erkennen, dass diese Entwicklung eine weitere Verschlechterung vor allem des ländlichen Raums bewirkt. Anstatt für mehr Ärzte und damit geringere Wartezeiten und mehr Betreuungszeit für die Patienten zu sorgen, sind wir am besten Weg, den derzeitigen unbefriedigenden Zustand noch zu fördern.

BM Engelbert Huber

Mooskirchen, Steiermark

Seit Generationen war Mooskirchen – in einem Sanitätsdistrikt mit rund 6000 BewohnerInnen – neben der ärztlichen Versorgung jeweils aus einer ärztlichen Hausapotheke auch mit Medikamenten bestens versorgt. Bis zum Juli 2014, als der überaus tüchtige Arzt Dr. Gustav S. unerwartet verstarb.

Seit diesem Zeitpunkt, also knapp 2 Jahre lang, ist die Versorgung mit Medikamenten für jüngere wie ältere BewohnerInnen unzumutbar. Während auch die ärztliche Versorgung vor Ort monatelang – eigentlich unvorstellbar im 21. Jahrhundert – nicht gewährleistet war und an bürokratischen Hürden vornehmlich der Gebietskrankenkasse scheiterte, ist diese zumindest sei April 2015 exzellent sichergestellt. Das „Theater" Apotheke scheinen wir noch länger „vorgespielt" zu erhalten. Allein unsere Gemeinde – aktuell mehr als 2200 Einwohner – darf sich mit Medikamenten aus öffentlichen Apotheken, die mindestens 6 km entfernt sind, versorgen lassen. Was das für jene unserer BewohnerInnen bedeutet, die ohne eigenes Fahrzeug oder alt bzw. gebrechlich sind, kann sich nur jemand vorstellen, der das Tag für Tag „erleben" darf.

Für Mooskirchen ist die ärztliche Hausapotheke die einzig korrekte und sicherste Versorgung der BewohnerInnen mit Medikamenten. Ein öffentliches Verkehrsmittel zur nächstgelegenen öffentlichen Apotheke gibt es nicht. Viele BewohnerInnen haben tagsüber kein eigenes Fahrzeug verfügbar. Andere wiederum sind nicht mehr in der Lage, ein solches zu lenken. Sie sind auch alleinstehend und damit immer auf fremde Hilfe angewiesen. Rund 4 Monate lang habe ich als Bürgermeister den BewohnerInnen angeboten, Sie zum Arzt zu bringen, damit sie sich Medikamente verschreiben lassen oder aus dessen Hausapotheke beziehen können.

Die Zuerkennung der ärztlichen Hausapotheke beim derzeitigen Arzt für Allgemeinmedizin Dr. Oliver W. ist mit erstinstanzlichem Bescheid der zuständigen BH Voitsberg erfolgt. Prompt – was sonst – erfolgte der Einspruch der Betreiber der öffentlichen Apotheken von Lieboch (knapp 6 km), Ligist und St. Stefan/Stainz (weit mehr als 6 km entfernt). Ausschlaggebender Grund für die Einspruchwerber ist, dass sie nicht anerkennen wollen, dass eine als Feldweg staubfrei ausgebildete Gemeindestraße teilweise aus dem öffentlichen Gut entlassen und über die Wintermonate für jeden Verkehr gesperrt wurde. Somit wäre die im Gesetz geforderte Mindestentfernung von 6 km zwischen Arzt und öffentlicher Apotheke vorhanden. Die Einspruchwerber behaupten,

die Entfernung kann/muss auch gemessen werden, wenn die Benützung von nicht für den täglichen Verkehr vorgesehenen ausgebauten Straßen eingerechnet wird. Damit würde die Entfernung bei 5,9 km liegen – ansonsten deutlich über 6 km.

Die im Grunde veraltete gesetzliche Regelung – man stelle sich vor, das Apothekengesetz stammt aus dem Jahr 1907 (!!!) – wurde seither nur geringfügig novelliert und ist einfach nicht mehr zeitgemäß. Sie nimmt keine Rücksicht auf die Bedürfnisse der Bevölkerung, auf die Lage einer Gemeinde, auf die Erreichbarkeiten; sie zielt lediglich auf die Entfernung zwischen Standort Arzt und Apotheke ab. Einfach unglaublich! Im 21. Jahrhundert auf einem Monopol „zu beharren", das Menschen und deren Schicksale außer Acht lässt, ist schlicht unfassbar. Und die Politik sieht – bis vor wenigen Tagen – einfach weg.

Die Bevölkerung hat der Gemeindevertretung, insbesondere mir als Bürgermeister, im Rahmen einer Bürgerversammlung zu diesem Thema und in vielen Einzelgesprächen den klaren, sehr deutlichen Auftrag gegeben, alles zu unternehmen, um die Versorgung mit Medikamenten aus einer ärztlichen Hausapotheke zu ermöglichen und auf Dauer sichergestellt zu wissen.

Die hausärztliche Versorgung wird künftig flächendeckend nur mehr aufrecht erhalten werden können, wenn einerseits Bürokratie abgebaut werden kann und es zum anderen gelingt, dass der Arzt seine Patienten rasch und ohne viele Umstände mit den notwendigsten, gängigen Medikamenten versorgen kann. Leistung, das Bemühen um den Menschen, soll im Vordergrund stehen und nicht Gedanken, die uns in das Mittelalter zurückversetzen. Mit Medikamenten aus der ärztlichen Hausapotheke ist eine rasche Hilfestellung in einer Landgemeinde – noch dazu auf Dauer, auch an Wochenenden ohne Probleme – gewährleistet. Keine weiten Wege, keine Umweltbelastung. Ohne Sorgen für die Bevölkerung.

BM Manfred Zeismann

Krenglbach, Oberösterreich

Die Gemeinde Krenglbach hat derzeit rund 3.300 Einwohner und wird mit einem praktischen Arzt mit Hausapotheke medizinisch versorgt. Um die ärztliche Versorgung aufrecht zu erhalten, war es notwendig, einen Standort für die neue Hausarztpraxis zu finden, der für die Führung einer Hausapotheke geeignet ist. Dazu wurde ein Grundstück entsprechend umgewidmet. Diese Fläche war auch die einzige Alternative, um eine Hausapotheke betreiben zu können.

Seitens des Landes wurde die Umwidmung negativ beurteilt. Der Gemeinderat hat auf Grund der Reaktionen der Bevölkerung, die auf eine Ordination mit Hausapotheke beharrte, einstimmig die Umwidmung beschlossen. Der Wunsch nach einer Hausapotheke bestand sowohl auf Seiten der Bevölkerung als auch auf Seite des Arztes, wobei die Gefahr bestand, dass die Niederlassung eines Hausarztes im Zweifel stand, sollte keine Hausapotheke angeboten werden.

Grundsätzlich wird diese Verlegung der Ordination – auch aufgrund der ansonsten drohenden Alternativen – sehr gut angenommen. Für Bewohner, welche nicht mobil sind, gibt es das Krenglbacher Anrufsammeltaxi.

Gerade für diese nicht mobile Bevölkerung hat die Hausapotheke den Vorteil, sofort das entsprechende Medikament zu erhalten. Nachdem die Hausapotheke nur ca. 700 m vom Ortskern entfernt ist, hat sich durch die neue Lage kein großer Nachteil ergeben.

Gerade im ländlichen Bereich ist eine Hausapotheke erforderlich. Grundsätzlich sollte man vom starren System der Entfernung abgehen und auf die Struktur und örtlichen Gegebenheiten der Gemeinde und deren Bevölkerung Rücksicht nehmen. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen müssen entsprechend angepasst werden, um auch zukünftig eine flächendeckende hausärztliche Versorgung zu gewährleisten.

BM Hannes Eder
MR Dr. Richard Lanner
GV Obm. Ausschuss Gesundheit und Soziales
Wildschönau, Tirol

Die Wildschönau ist eines der prominentesten Beispiele zur Gefährdung der Landmedizin in Österreich.

Im Jahr 2015 beendeten beide bis dahin aktiven Hausärzte in der Wildschönau ihren Dienst als Landärzte. Einer davon als altersbedingte Pensionierung, der zweite übernahm eine Ordination in einer anderen Gemeinde. Damit stand die Gemeinde Mitte letzten Jahres plötzlich ohne hausärztliche Versorgung da: 5.000 Einwohner und fast doppelt so viele Gästebetten!!

Es wurde von Seiten der Gemeinde an allen möglichen Stellen auf das Problem hingewiesen, doch wurde man von den vielen zuständigen Institutionen nur immer weiterverwiesen und letztendlich fast im Kreis geschickt. Trotz mehrerer Ausschreibungen, Sitzungen und Besprechungen mit dem Land Tirol, Tiroler Gebietskrankenkasse und Ärztekammer war es nicht möglich, die offenen Arztstellen zu besetzen.

Grund dafür sind unter anderem auch die sehr starren, unflexiblen Rahmenbedingungen. So ist mit dem Kassenvertrag eines Hausarztes immer auch die Bereitschaft an Wochenenden und Feiertagen verknüpft. Das ist der Attraktivität einer Arztstelle natürlich nicht unbedingt förderlich …

Schließlich ist es der Gemeinde dann nach mehreren Monaten doch gelungen, zwei Mediziner zu finden, die seit November 2015 wieder eine Arztpraxis in der Wildschönau betreiben. Doch nicht als Hausärzte, sondern als Wahlärzte, da die Mediziner die Voraussetzungen und Anforderungen für die Übernahme der Kassenstellen nicht erfüllen konnten bzw. sich darauf nicht einlassen wollten.

Zur Attraktivierung der Arztstellen in der Wildschönau beschloss die Gemeinde einen Zuschuss zu den Mietkosten für die ersten beiden Jahre. Die Wahlärzte kommen dafür den Wildschönauer Patientinnen und Patienten bei der Verrechnung der ärztlichen Honorare so weit entgegen, dass nur 80 % der Verrechnungssätze an die Patienten vorgeschrieben werden. Diese müssen die Rechnungen zwar selber bezahlen. Nach Einreichung bei der Krankenversicherung wird dieser Betrag dann wieder zur Gänze retourniert.

Für die Zukunft laufen die Vorbereitungen der Gemeinde, Praxisräumlichkeiten zu schaffen, die bei Bedarf dann zu günstigen Bedingungen an potentielle Hausärzte vermietet werden können.

Die Diskussion um die Hausapotheken-Regelung ist nur ein Symptom, das auf tiefergehende Probleme hinweisen sollte. Und zwar ist grundsätzlich die Trennung von Arzt und Apotheke ja sinnvoll. So sind beide Tätigkeiten jeweils eine eigene Wissenschaft und jeder Experte – Arzt und Apotheker – kann auf seinem Fachgebiet beste Arbeit leisten. Nur scheint es so, dass die Hausapotheke zur Finanzierung der Arztpraxis auf dem Land notwendig ist. Das ist keine zufriedenstellende Situation. Wenn das Landarztsystem auch Zukunft haben soll, dann müssen die finanziellen Rahmenbedingungen so sein, dass ein Arzt davon auch leben kann! Und dann erledigt sich die Diskussion um Hausapotheken schließlich von selbst. Letztendlich geht es doch um die beste medizinische Versorgung der Bevölkerung – vor allem auch am Land – und damit auch um ein Miteinander von Arzt UND Apotheker!

Für die Zukunft sind aus unserer Sicht zwei Maßnahmen notwendig, um eine Kassenstelle eines Landarztes wieder attraktiv zu gestalten:

Zum einen sollte auf die Verpflichtung zum Wochenend- und Feiertagsdienst verzichtet werden. Wir haben inzwischen ein gut funktionierendes Rettungs- und Notarztsystem, mit dem die durchgehende ärztliche Bereitschaft in Notfällen auch abgedeckt wird.

Zum zweiten ist wahrscheinlich auch die Tarifgestaltung etwas zu überdenken. Konkret sind die Einschleifregelungen bei der Tarifgestaltung (Wer viel arbeitet, wird dafür bestraft!) und die Verpflichtung, Gäste zum normalen Kassen- statt Wahlarzttarif abzurechnen, Hemmnisse für die Bewerbung von Allgemeinmedizinern.

Insgesamt sind wir trotz allem sicher, dass es in Zukunft wieder gelingen wird, Landärzte für unser Tal zu begeistern. Denn abgesehen von all diesen rechtlichen und vertraglichen Hemmnissen ist die Wildschönau eine überaus lebenswerte Gemeinde mit viel Natur und Freizeitmöglichkeiten und – nicht zu vergessen – sehr netten Leuten! Das beweisen allein schon die zahlreichen Gäste, die jedes Jahr die Wildschönau als Urlaubsziel für die schönste Zeit des Jahres auswählen!

BR BM Peter Oberlehner

Pötting, Oberösterreich

In der Marktgemeinde Neumarkt am Hausruck und der Nachbargemeinde Pötting leben insgesamt etwa 2000 Einwohner, für die es derzeit keine unmittelbare ärztliche Versorgung gibt. Allerdings gibt es eine Apotheke – und aus diesem Grund große Probleme, einen Arzt zu finden, da dieser keine Hausapotheke führen darf.

In der Vergangenheit gab es im Gemeindegebiet gleich mehrere Ärzte, die ebenfalls keine Hausapotheken führten, doch seit der Pensionierung des letzten Neumarkter Ärzteehepaars stehen die beiden Nachbargemeinden ohne Arzt da.

Die Suche nach einem Nachfolger gestaltete sich mega-schwierig! Zwei (!) Jahre lang suchte man vergeblich, wandte sich an die Ärztekammer und an die Gebietskrankenkasse. Die Stelle wurde unzählige Male ausgeschrieben, doch die Suche blieb ergebnislos. Schließlich wurde versucht, über persönliche Kontakte einen Interessenten für die vakante Stelle zu finden. Es gab bereits mit mehreren Ärzten konkrete Verhandlungen, wir als Gemeinde wollten uns aktiv an der Praxisgründung beteiligen und neben finanzieller und infrastruktureller Unterstützung auch emotional und organisatorisch zur Seite stehen. Doch stets zogen die Personen ihre Interessensbekundungen wieder zurück, weil ihnen eine andere Stelle die Möglichkeit bot, eine Hausapotheke zu führen. Schließlich beauftragten wir ein deutsches Unternehmen als Headhunter, das für einen nicht unwesentlichen Geldbetrag im umliegenden Ausland einen Arztnachfolger finden wollte, doch dieser Versuch blieb genauso ergebnislos, wie die vorangegangenen.

Eine Lösung ergab sich schließlich zufällig. Eine junge Ärztin will nicht auf Dauer im Krankenhaus bleiben und ist auf der Suche nach einer Hausarztstelle – ein bekannter Arzt mit Bezug zu Pötting und Neumarkt vermittelt sie schließlich in unsere Gemeinden – im Jänner 2017 will sie ihre Praxis im neugeschaffenen Medizinzentrum eröffnen – und zwar ohne Hausapotheke. Aber wir haben aus der Vergangenheit gelernt Tatsächlich glauben können wir unser Glück erst dann, wenn die erste e-card durchgezogen wurde.

Im März beteiligte ich mich an einer dringlichen Anfrage der OÖ Bundesräte an die Bundesministerin für Gesundheit – jetzt gibt es eine neue Regelung. Ich maße mir nicht an, dass wir mit unserer Aktion den Stein ins Rollen brachten – wahrscheinlich war zu diesem Zeitpunkt hinter verschlossenen Türen bereits

längst alles beschlossen –, aber wir haben auch mit unseren Aktionen in der Vergangenheit dazu beigetragen, dass ein Handlungsbedarf erkannt wurde. Die Ereignisse und die Fortschritte der nahen Vergangenheit zeigen deutlich auf, dass ein verstärktes Problembewusstsein besteht – man hat dieses Ungleichgewicht erkannt und ist bemüht, eine Lösung herbeizuführen.

Die neue Hausapothekenregelung senkt die relevante Distanz zwischen Arzt und Apotheke auf 4 Kilometer – das macht bestimmt viele aktuelle Streitfälle lösbar, aber in meinen Augen bleibt trotzdem die Suche nach Allgemeinmedizinern überall dort, wo sich Apotheken befinden, massiv erschwert. Eine Hausapotheke scheint heute einfach zum geforderten Standard zu gehören. Wenn ein Arzt die Wahl hat, eine Praxis mit und eine Praxis ohne Hausapotheke zu übernehmen, wird er sich stets für die Variante mit Möglichkeit zur Medikamentenabgabe entscheiden – das ist ja auch wirtschaftlich nachvollziehbar.

Ich habe daher zwei Vorschläge: Entweder schafft man Zusammenarbeitsformen zwischen Ärzten und Apotheken, es könnten beispielsweise Ärzte die Medikamente für ihre Hausapotheken von den Apotheken beziehen und sie damit am Umsatz beteiligen, oder man schafft einen Ausgleichsfonds, in den hausapothekenführende Ärzte einzahlen und aus dem nicht-hausapothekenführende Ärzte entschädigt werden. Diesen Vorschlag habe ich schon an mehreren Stellen gemacht und auch mit Ärzten besprochen. Zumindest führte dieser Vorschlag zu eingehender Diskussion und regte zum Nachdenken bei allen Betroffenen an.

In Anbetracht der Veränderungen in der Primärversorgung in Österreich braucht es ein umsetzbares Konzept, das die hausärztliche Versorgung auch zukünftig gewährleistet. Dabei können medizinische Zentren, wie wir es gerade schaffen, Primärversorgungszentren und Hausapotheken ganz unterschiedliche Rollen spielen. In Neumarkt entsteht derzeit zum Beispiel ein Medizinzentrum aus privater Hand – dort werden sich Fachärzte, Therapeuten und ein Masseur einmieten. Auch unsere zukünftige Hausärztin wird dort ihre Ordination haben. Wir müssen aber ganz generell neue Modelle entwickeln. Junge Ärzte sollten schon in der Ausbildung mit dem Hausarztberuf am Land konfrontiert werden und seine Vorzüge kennen und lieben lernen. Die Ausbildung muss stärker auf Praxisführung ausgelegt werden, es sollte die Möglichkeit bestehen, eine Begleitausbildung zur wirtschaftlichen Praxisführung zu absolvieren. In meinen unzähligen Gesprächen habe ich gelernt: Die Hilflosigkeit junger Absolventen ist mintunter grenzenlos. Das medizini-

sche Wissen ist hervorragend ausgeprägt – aber beim Drumherum herrscht enorme Unsicherheit.

Aber auch eine generelle Attraktivierung des Arztberufes ist unumgänglich. Die Zeiten haben sich geändert, junge Mediziner legen Wert auf eine ausgeglichene Work-Life-Balance, wollen ihre Freizeit und ihr Familienleben voll auskosten und nicht permanent zur Verfügung stehen. Da ist mit dem HÄND bereits viel passiert, aber der Weg ist noch weit. Ich bin davon überzeugt, das Einkommensniveau allein ist nicht schlecht. Sicher will man immer mehr, aber Geld ist nur ein Hilfsmittel in unserer Gesellschaft. Ich erinnere daher auch an den hippokratischen Eid und appelliere an die Berufung des Arztes

Ich glaube, in dieser Sache wurde tatsächlich schon alles gesagt. Nun ist die Zeit, um miteinander Probleme zu erkennen und zu lösen. Ideal wäre ein runder Tisch, an dem alle beteiligten Stellen zusammenkommen und in einem produktiven und konstruktiven Verhandlungsklima eine Lösung erarbeiten. Natürlich will niemand etwas hergeben, aber für eine Sicherung der Versorgung müssen sich alle bewegen und ein Stück zusammenrücken.

BM Mag. Stefan Deutschmann

Grafenstein, Kärnten

Die Marktgemeinde Grafenstein hat ca. 3.000 Einwohner. Hier arbeiten 2 praktische Ärzte mit Hausapotheke und eine Zahnärztin. Ein Hausarzt wird in den nächsten 5 Jahren, der zweite innerhalb der nächsten 10 Jahre in den Ruhestand wechseln. Zusätzlich wurde im Herbst des vergangenen Jahres eine Apotheke, die „Kornblumen-Apotheke" eröffnet. Die Ärzte haben durch die Apotheke derzeit keine Einbußen. Die Apotheke kann aufgrund des intensiven Durchzugverkehrs auch überleben. Jedes zusätzliche Angebot wird von der Bevölkerung positiv gesehen. Die Bevölkerung steht aber auch hinter ihren Ärzten, weil diese in unserer Gemeinde eine ausgezeichnete Arbeit verrichten. Sie sind Vertrauenspersonen, die von der Bevölkerung sehr geschätzt werden.

Besonders für die älteren Menschen, die von den Ärzten auch zu Hause besucht werden, spielt die Hausapotheke eine wesentliche Rolle. Auch für die Ärzte ist sie ein notwendiger wirtschaftlicher Faktor. Ohne Hausapotheke wird eine Serviceleistung, wie sie in der Vergangenheit geboten wurde, nicht möglich sein. Auch wird es für viele Jungärzte unattraktiv, eine Praxis am Land zu begründen. Die neue Regelung, dass Ärzte wirtschaftlich gestärkt werden, finde ich besonders für den ländlichen Raum sehr positiv. Wenn es die Ärzte am Land nicht mehr geben sollte, dann würde das einer wesentlichen Verschlechterung der allgemeinen infrastrukturellen Situation entsprechen.

Ich hoffe, dass es auch zukünftig immer noch Ärzte geben wird, die sich im ländlichen Raum etablieren wollen. Selbstverständlich müssen diese Ärzte für ihre nahezu 24 Stunden Verfügbarkeit entsprechend entlohnt werden. Das völlige Verbieten einer Hausapotheke wird sich eindeutig negativ auf diese Bereitschaft auswirken. Man sollte den Ärzten am Land doch eine Grundausstattung mit Medikamenten erlauben. Dies sollte auch der Apotheke die Daseinsberechtigung gewährleisten.

Auf den StandPunkt gebracht

Die Rubrik „Auf den StandPunkt gebracht“ beinhaltet Positionen und ExpertInnenwissen aus der Standesvertretung der Ärzte und Ärztinnen in Österreich und aus weiteren Interessensgruppen zum jeweiligen Schwerpunktthema der Ausgabe. In dieser Ausgabe wurde unter anderem versucht, den Gesundheitssprechern aller Nationalratsparteien die Möglichkeit zu geben, Stellung zu nehmen. Dazu waren jedoch nicht alle bereit.

Helmut Mödlhammer
Präsident des Österreichischen Gemeindebundes

„Die Problematik, dass sich auf manche Kassenstellen kaum noch Ärzt/innen bewerben, ist schon real. Wir können nicht dabei zuschauen, wie die ärztliche Versorgung in Gefahr gerät."

Für viele Ärzte im ländlichen Raum ist eine Hausapotheke ein wichtiger wirtschaftlicher Faktor. Für uns im Gemeindebund, vor allem aber für die Bevölkerung ist am wichtigsten, dass die Versorgung mit Medikamenten gewährleistet ist, ohne dass zu lange Wege in Kauf genommen werden müssen.

Mit der neuen Regelung wurde es nun erleichtert, dass die Nachfolger/innen von Hausärzten auch deren Hausapotheken übernehmen können, wenn die nächstliegende Apotheke nicht näher als vier Kilometer entfernt ist. Das ist eine Reduktion der Entfernung, die den Ärzten eine kleine Erleichterung bringt. Außerdem dürfen in einer Gemeinde sowohl Hausapotheke als auch öffentliche Apotheke gemeinsam existieren, sofern sechs Kilometer zwischen ihnen liegen. Das betrifft vorwiegend sehr lang gestreckte Gemeindegebiete, sogenannte „Straßendörfer".

In manchen Fällen ermöglicht das ein besseres Miteinander von Ärzten und Apotheken. In anderen Fällen lässt sich damit vielleicht leichter ein Nachfolger für eine Kassenstelle finden.

Ich würde mir ein noch engeres Miteinander zwischen Apotheken und Ärzten wünschen. Die Kilometerregelung haben wir ja nach wie vor. Und es ist nicht gut, wenn Ärzt/innen wirtschaftlich auf eine Hausapotheke angewiesen sind. Viel wichtiger wäre, dass die Kassenverträge so sind, dass Ärzte davon leben können. Wir sehen ja alle, dass die Zahl der Wahlärzte zunimmt, weil das Verhältnis zwischen Einnahmen und Aufwand bei einem Kassenarzt oft nicht mehr attraktiv ist. Hier ist auch die Ärztekammer gefordert, Verhandlungen mit den Krankenkassen aufzunehmen.

Wir haben im Grunde gute Mechanismen, um den Bedarf an medizinischer Versorgung zu quantifizieren. Es ist bekannt, wo es wie viele Kassenstellen braucht. Die Hürde ist: Zu wenige Ärzte interessieren sich überhaupt dafür,

diese Karriere ins Auge zu fassen. Die meisten sind lieber in einem Spital mit fixen Arbeitszeiten und machen nebenbei ein bisschen Wahlarzt-Arbeit. Das ist für das System nicht gut, denn daraus entsteht ja dann bei den Patienten auch eine Zwei-Klassen-Gesellschaft. Medizinische Versorgung muss für alle Menschen in der gleichen Qualität möglich sein. Das betrifft im Übrigen auch die Fachärzte. Es ist nicht zufriedenstellend, wenn Menschen monatelang auf Termine warten müssen.

Ich würde mir wünschen, dass alle beteiligten Interessensgruppen gemeinsam nach Lösungen suchen und nicht nur die eigenen Bedürfnisse in den Vordergrund stellen. Wir brauchen auch flexible Lösungen, die wir vor Ort gestalten können. Oftmals redet man sich vor Ort einfach leichter zusammen, als wenn man durch starre Regeln so eingegrenzt wird. Jede/r Bürgermeister/in hat in erster Linie die Interessen seiner/ihrer Bevölkerung im Auge, sowohl die medizinische als auch die Versorgung mit Medikamenten muss sichergestellt sein. Daran sollten wir gemeinsam arbeiten und nicht mit dem Zollstock die Kilometer und Meter abmessen müssen.

Nabg. Erwin Spindelberger
Gesundheitssprecher SPÖ

„Gerade für ältere und weniger mobile Menschen in ländlichen Regionen ist es wichtig, wenn sie Medikamente beim Arzt vor Ort bekommen."

Für die PatientInnen erreicht: Hausapotheken bleiben erhalten

Ich bin froh, dass wir eine rasche und unbürokratische Lösung für den Erhalt der Hausapotheken gefunden haben, bei der die PatientInnen im Mittelpunkt stehen. Denn Hausapotheken sind gerade für die medizinische Versorgung in ländlichen Regionen von entscheidender Bedeutung. Aus diesem Grund haben wir eine Neuregelung der ärztlichen Hausapotheken beschlossen, durch die akut von der Schließung bedrohte Hausapotheken erhalten werden können. Mit der Neuregelung haben wir auf zunehmende Probleme bei der ärztlichen Betreuung am Land reagiert und die Versorgung mit Medikamenten gerade von älteren Personen in entlegenen Regionen gesichert.

Anlass für die Reform waren zunehmende Probleme, NachfolgerInnen für ärztliche Kassen-Ordinationen zu finden, weil in vielen Fällen die Hausapotheke nicht weitergeführt hätte werden dürfen. Das Problem des Ärztemangels am Land ist durch den aktuell hohen Altersschnitt der HausärztInnen und anstehende Pensionierungen akut geworden. Mit der Novelle wurde nun geregelt, dass eine Hausapotheke bei Übernahmen bestehen bleibt, wenn die Entfernung zur nächsten öffentlichen Apotheke 4 km (bisher 6 km) beträgt. Das erleichtert es, Bewerbungen für Ordinations-Nachfolgen zu finden – so können 130 Hausapotheken erhalten bleiben, die akut von der Schließung bedroht waren.

Außerdem sieht die Änderung vor, dass in flächenmäßig großen Gemeinden, in denen jetzt schon eine Apotheke vorhanden ist, in Zukunft ein Arzt dann eine Hausapotheke betreiben darf, wenn die Apotheke mehr als sechs Kilometer entfernt ist. Das betrifft 10 bis 15 Gemeinden. Gerade für ältere und weniger mobile Menschen ist es wichtig, wenn sie sich Medikamente beim Arzt vor Ort besorgen können.

Grundsätzlich bleiben wir auch mit dieser Novelle dem Grundsatz verpflichtet, dass der Zugang zu Medikamenten in erster Linie über öffentliche Apotheken erfolgt. Im Sinne der PatientInnen wird dieses System aber in ländlichen Regionen mit geringerer Bevölkerungsdichte durch ärztliche Hausapotheken ergänzt, die nun dank der Neuregelung erhalten werden können. Gleichzeitig wird auch das Problem der Ärzteversorgung am Land entschärft, weitere Schritte wie neue Formen der Zusammenarbeit, andere Honorierungen und attraktive Arbeitszeiten müssen natürlich im Rahmen der neuen Primärversorgung folgen.

NR-Abg. Dr. Erwin Rasinger
ÖVP-Gesundheitssprecher, Arzt für Allgemeinmedizin

„Wir wollen entsprechend dem Regierungsprogramm die flächendeckende und wohnortnahe hausärztliche Versorgung stärken. Ein wichtiges Element ist die Sicherung der bestehenden ärztlichen Hausapotheken."

Die derzeit noch geltende Grenze von 6 Straßenkilometern ist patientenfeindlich: Am Wochenende im ländlichen Raum werden daraus leicht einmal 30 oder mehr Kilometer, unmöglich für nicht mobile Patienten. Und die starre Grenze führt oft wegen ein paar Metern zu absurden Ergebnissen: Ordinationen am Ortsrand oder auf der grünen Wiese, der Ordinationseingang ans andere Ende eines Grundstücks verlegt, oder die Verkehrsorganisation wird mit Einbahnen oder Abbiegeverboten geändert. Das solche Maßnahmen notwendig sind, ist peinlich und kostet die betroffenen Gemeinden eine Menge Geld, das besser verwendet werden kann.

Der Zugang zu Medikamenten wird erschwert. Und in vielen Fällen kann eine Kassenordination nicht nachbesetzt werden, weil durch den Entfall der Hausapotheke ein notwendiges wirtschaftliches Standbein fehlt. Wo es keinen Arzt gibt, kann auch keine Apotheke wirtschaftlich leben. Das kann dazu führen, dass es in vielen kleineren Gemeinden bald gar keinen Arzt und auch keine Medikamentenversorgung mehr gibt. Für Familien mit kleinen Kindern, für chronisch Kranke oder pflegebedürftige Menschen und für ältere, nicht mobile Patienten ist das auf Dauer unzumutbar.

Die vielbeschworenen „Primärversorgungszentren" in Bezirksstädten oder Ballungsräumen sind kein Ersatz für die wohnortnahe flächendeckende Hausarztversorgung und schon gar nicht für Landärzte. Die Patienten wollen und brauchen eine persönliche Versorgung durch den Arzt oder die Ärztin ihres Vertrauens, der oder die auch das Umfeld kennt.

Ich habe daher vor mehr als einem Jahr konkrete Vorschläge zur Stärkung der niedergelassenen Versorgung, besonders durch Allgemeinmediziner, vorgelegt:

- flexiblere Kassenverträge, z.B. geteilter Vertrag,
- Honorar in Richtung Fachärztetarife entwickeln, Landarztzuschläge,
- weniger Kassenbürokratie und Kontrollwahn,
- Lehrstühle für Allgemeinmedizin an den Universitäten,
- Lehrpraxis ausbauen und finanzieren.

In einem ersten Schritt reduzieren wir jetzt die bisherige Grenze für den Abstand zu nächsten Apotheke von 6 km auf 4 km. Das wird Ende Mai/Anfang Juni in Kraft treten, löst beinahe alle laufenden Streitfälle und ist ein guter und wichtiger Schritt. Diese Änderung gilt für alle seit dem 1. Mai 2015 angetretenen Ordinationsnachfolgen von Kassenvertragsärzten in „1-Arzt-Gemeinden", also ein Jahr rückwirkend. Leider war kurzfristig nicht mehr durchsetzbar. Ich möchte darüber hinaus, dass alle bestehenden ärztlichen Hausapotheken abgesichert werden und die Kilometergrenze überhaupt entfällt.

Derartige Veränderungen für die Hausapotheken können nur durch weitere Änderungen im Apothekengesetz herbeigeführt werden. Das Gesundheitsministerium hat angekündigt, bis zum Sommer eine große Novelle auszuarbeiten. Die Stärkung der hausärztlichen Versorgung ist zunächst Aufgabe der Krankenkassen. Ohne Anstoß aus dem Gesundheitsministerium wird sich aber nichts ändern. Wenn sich herausstellt, dass auch gesetzliche Änderungen erforderlich sind, sollen diese zügig ausgearbeitet werden.

Eva Mückstein
Gesundheitssprecherin der Grünen

„Die Trennung der Funktion zwischen Arzt und Apotheker spielt durchaus eine bedeutsame gesundheitspolitische Rolle. Nur so sind das Vier-Augen-Prinzip und das Prinzip der Trennung zwischen verschreibender und abgebender Stelle gewährleistet. Prinzipiell soll nicht gefördert werden, dass jene ÄrztInnen Medikamente verschreiben, die gleichzeitig vom Verkauf profitieren."

Die seit 2006 gültige Hausapothekenregelung sieht vor, dass AllgemeinmedizinerInnen nur dann eine Hausapotheke führen dürfen, wenn es in der Gemeinde nur eine allgemeinmedizinische Praxis und keine bewilligte öffentliche Apotheke gibt. Zudem muss die nächstgelegene Apotheke mehr als sechs Straßenkilometer entfernt sein, unabhängig von der Gemeindegrenze.

Darüber hinaus ist die Bewilligung zur Haltung einer ärztlichen Hausapotheke zurückzunehmen, wenn zwischen Arztpraxis und einer neu zu errichtender Apotheke nicht mehr als vier Straßenkilometer liegen.

Von Seiten der HausärztInnen in ländlichen Regionen wird nunmehr beklagt, dass es aufgrund dieser Regelung bei der Übernahme schwieriger geworden sei, NachfolgerInnen für die kassenärztliche Praxis zu finden und somit insbesondere die landärztliche Versorgung gefährdet sei.

Vor diesem Hintergrund haben die Regierungsparteien SPÖ und ÖVP Anfang März 2016 einen Initiativantrag (1601/A XXV. GP) eingebracht, der das Führen von Hausapotheken erleichtern soll. Explizit wird argumentiert, dass das Einkommen von LandärztInnen durch das Führen einer Hausapotheke aufgebessert und damit dem LandärztInnen-Mangel entgegengewirkt werden soll.

Diese Sichtweise kann ich nicht teilen: Eine Hausapotheke soll keinesfalls die Funktion haben, das Einkommen von LandärztInnen zu verbessern. Das einzig legitime und gesundheitspolitisch relevante Argument dafür kann nur sein, dass PatientInnen, die weniger mobil sind, auch im ländlichen Raum

zu ausreichender, medikamentöser Versorgung kommen. Die Arzneimittelversorgung der Bevölkerung ist mit der derzeitigen Regelung aber ohnehin durchaus gewährleistet. Der Wegfall von Hausapotheken hat gerade in Landgemeinden dazu geführt, dass neue Apotheken eröffnet wurden. Die verbesserte Apothekendichte ist eine positive Entwicklung in der Versorgung der PatientInnen mit Arzneimitteln, da sie ihre Rezepte wohnortnah und zu akzeptablen Öffnungszeiten einlösen können. Die Diskussion um die Aufweichung oder Flexibilisierung der Hausapothekenregelung hat sich nur aus der mangelnden Reformbereitschaft der Regierungsparteien und den berufspolitischen Interessen der Ärzteschaft heraus entwickelt. Was dabei herauskommt, ist Klientelpolitik auf Kosten der Versicherten und der Apotheker. Wesentliche gesundheitspolitische Prinzipien werden dabei schlicht zur Disposition gestellt.

Grundsätzlich geht der Gesetzgeber davon aus, dass die Trennung der Funktion zwischen Arzt und Apotheker durchaus eine bedeutsame Rolle spielt. Nur so sind das Vier-Augen-Prinzip und das Prinzip der Trennung zwischen verschreibender und abgebender Stelle zu gewährleisten. Prinzipiell soll nicht gefördert werden, dass jene ÄrztInnen Medikamente verschreiben, die gleichzeitig vom Verkauf profitieren. Die unkritische und manchmal auch unsachgemäße Medikamentenverschreibung ist in Österreich ohnehin ein nicht zu vernachlässigendes Problem. Viele Menschen erkranken an den Nebenwirkungen und unerwünschten Wechselwirkungen von Medikamenten. Auch soll eine klare Kompetenzaufteilung zwischen den Gesundheitsberufen gefördert und jedenfalls nicht beliebig und aus berufspolitischen Interessen aufgeweicht werden. Nicht umsonst sind die spezifischen Kompetenzen an jahrelange, meist streng geregelte Ausbildungen gebunden. Bei der Versorgung mit Arzneimitteln sollen in Österreich jedenfalls grundsätzlich die öffentlichen Apotheken den Vorrang haben.

Falls in einer entlegenen Region tatsächlich eine notwendige Verbesserung der Medikamentenversorgung festgestellt wird, ist diesem Mangel nicht mit Hausapotheken, sondern mit liberaleren Regelungen für Apotheken beizukommen. Zum Beispiel wäre der Betrieb von Zustelldiensten zu erleichtern.

Die bestehende Problematik, dass kassenfinanzierte Landarztstellen nicht mehr oder nur noch schwer nachbesetzt werden können, muss mit einem Maßnahmenpaket zur Attraktivierung der landärztlichen Praxis gelöst werden. Durch Flexibilisierung der Organisations- und Zusammenarbeitsformen

wie Jobsharing, Anstellung von ÄrztInnen, bessere gegenseitige Vertretungsregelungen, Vernetzung und Zusammenarbeit mit nicht ärztlichen Berufen und dem zügigen Ausbau von Primärversorgungsnetzwerken sollte die landärztliche Praxis aufgewertet werden. Zudem sollen ein eigenes, verbessertes Honorierungssystem und Anreize, wie sie auch in anderen europäischen Ländern existieren, den Fortbestand der landärztlichen Kassenpraxis sichern.

Mag. Gerald Loacker
Gesundheitssprecher und stv. Klubobmann der NEOS im Nationalrat

„Eine Hausapotheke hat nicht die Funktion, das Einkommen von Landärzten aufzubessern."

Gesundheitsministerin Sabine Oberhauser hat die jüngste Ausweitung der Hausapotheken-Regelung ganz eindeutig mit dem finanziellen Anreiz für Ärzte begründet, sich im ländlichen Bereich niederzulassen. Damit vermischen die Regierungsparteien leider zwei aus gutem Grund getrennte Bereiche. Eine Hausapotheke hat nicht die Funktion, das Einkommen von Landärzten aufzubessern. Deren Einkommen muss aus ihrer eigentlichen Tätigkeit angemessen hoch sein, eine Querfinanzierung aus dem Arzneimittelbereich ist nicht der richtige Weg.

Die Trennung von Arzneimittelverschreibung beim Arzt und Arzneimittelabgabe mit Beratung beim Apotheker erfüllt wichtige Funktionen, die nicht einfach ignoriert werden können. Das Vier-Augen-Prinzip garantiert höchste Sicherheit für die Patienten. Die einzige Rechtfertigung für eine ärztliche Hausapotheke ist die Versorgung der Bürgerinnen und Bürger in besonderen Versorgungsregionen. In Europa gibt es deshalb nur rund 2.000 Hausapotheken, davon aber mehr als 800 in Österreich. Die neue Regelung, in Gemeinden, in denen bereits eine öffentliche Apotheke besteht, nun zusätzlich Hausapotheken zu bewilligen, ist absurd. Ganz besonders, wenn für ‚Nachfolger' bei Übernahmen mit einer reduzierten 4-km-Grenze andere Regeln gelten. Es entsteht eine Wettbewerbsverzerrung, über die sich die benachteiligten Ärzte und Apotheker zu Recht beklagen können.

Mit dieser Maßnahme den Mangel an Interesse von jungen Ärzten an einer Niederlassung auf dem Land bekämpfen zu können, ist ein Irrglaube. Was die Regierung verkennt, ist ein Wandel der Erwartungen junger Ärzte an ihren Beruf: Junge Mediziner wollen oft nicht als Einzelkämpfer tätig sein. Sie sind aus Schule und Studium gewohnt, in Teams und über Berufsgrenzen hinweg zusammenzuarbeiten. Das saniert man nicht mit dem Zugeständnis einer Hausapotheke. Stattdessen braucht es liberalere Regelungen für die Zusammenarbeit von Ärzten untereinander und von Ärzten mit anderen Gesundheitsberufen. Ärzte müssen die Freiheit bekommen, andere Ärzte an-

zustellen. Und das Betreiben von wohnortnahen Primärversorgungszentren gehört rasch vorangetrieben. Leider ist davon nichts in Sicht.

Wer eine Verbesserung der Medikamentenversorgung für die Bevölkerung will, braucht liberalere Regelungen für die Eröffnung von Filialapotheken, längere Öffnungszeiten für Apotheken und Erleichterungen für die Zulassung und den Betrieb von Zustelldiensten der örtlichen Apotheken und Versandapotheken.

NAbg. Ulla Weigerstorfer
Gesundheitssprecherin Team Stronach

„Die Menschen vor Ort sollen selbst entscheiden und bestimmen können, was für sie das Beste ist."

Das Team Stronach ist angetreten, um Österreich zu verändern und so zu reformieren, dass auch für kommende Generationen und deren Bedürfnisse bestmöglich gesorgt ist.

Mit großer Bestürzung stellen wir bei unserer täglichen Arbeit fest, wie weit sich die Politik von den tatsächlichen Bedürfnissen der österreichischen Bürger entfernt hat. Als der Nationalrat im März 2006 vollkommen überraschend eine neue Hausapotheken-Regelung beschlossen hat, konnte niemand erahnen, welche weitreichenden Konsequenzen dies für die betroffenen Bürger ein Jahrzehnt später haben sollte.

Bereits zum damaligen Zeitpunkt wurde argumentiert, dass auch dem Wunsch der Bevölkerung nach Erhalt der Hausapotheken im ländlichen Raum Rechnung zu tragen ist, was letztendlich aber nicht eingehalten werden konnte. Der Erhalt des Hausarztes vor Ort bedeutet den Erhalt der Regionalität und ist ein wirksames Mittel, um einer weiteren Abwanderung im ländlichen Raum entgegenzusteuern.

Die vor kurzem beschlossene Neuregelung ist ein Schritt in die richtige Richtung, sie geht aber nicht weit genug. Es wurde zum Teil umgesetzt, was das Team Stronach schon seit längerem gefordert hat. Ein Hausapothekensterben wird verhindert. Diese Lösung kommt den Bedürfnissen der Patienten und den Hausärzten entgegen, sie erhöht vor allem die Lebensqualität von älteren und nicht mehr so mobilen Patienten.

Derzeit gibt es rund 880 Hausärzte mit Hausapotheken. Sie garantieren eine patientenfreundliche und kostengünstige medizinische Versorgung in den ländlichen Regionen. Gerade Hausärzte am Land machen oftmals auch am Wochenende Hausbesuche, viele sind Tag und Nacht erreichbar, was eine Apotheke vor Ort dezidiert nicht ist.

Niemand erwartet von einem Hausarzt das ganze Versorgungsspektrum einer Apotheke, aber eine demokratische Entscheidung der Bürger vor Ort sollte

ein ausreichendes Kriterium und Argument für den Erhalt von Hausapotheken sein. Die Fähigkeit, die Auswirkungen der Medikation zu beurteilen, hat gerade der Arzt am Land, der seine Patienten kennt und zumindest ein halbes Leben lang begleitet. Einen optimaleren Partner gibt es nicht und Raum für ein funktionierendes Nebeneinander des Hausarztes mit seiner großen Erreichbarkeit und einer Apotheke mit den entsprechenden Öffnungszeiten und dem großen Angebot gibt es hier genug.

Wir vom Team Stronach wollen ein System, welches nach wirtschaftlichen, demokratischen und sozialökonomischen Grundsätzen funktioniert und keine in Wien ausverhandelte Kammerwirtschaft vorbei an den Interessen der Menschen, welche das österreichische Gesundheitssystem finanzieren, den Steuerzahlern.

Aus diesem Grund ist es für uns wichtig, dass in den Gemeinden und Kommunen die Menschen vor Ort entscheiden und bestimmen können, was für sie das Beste ist. Nur sie sind in der Lage, die richtige Entscheidung für ihre Situation zu treffen. Dabei wollen wir vom Team Stronach sie unterstützen.

In Österreich stehen große Umbrüche bevor. Das Sozialpartner- und Kammernsystem in der Ausgestaltung des letzten Jahrtausends wird von der jungen Generation sukzessive abgewählt. Wir verlangen daher einen einfachen Beschluss im Nationalrat: „Die Bundesregierung, insbesondere die Bundesministerin für Gesundheit, wird aufgefordert, dem Nationalrat einen Gesetzesvorschlag zuzuleiten, der vorsieht, dass im ländlichen Bereich ärztliche Hausapotheken und Apotheken nebeneinander existieren können, wenn es der Wunsch der Mehrheit der vor Ort ansässigen Bevölkerung ist."

Wann ist es Zeit, an morgen zu denken?

Wenn Sie Ihr Vermögen langfristig erhalten möchten.
Nehmen Sie sich Zeit für ein Gespräch mit uns: LGT Bank Österreich
Wien Tel. 01 227 59-0 und Salzburg Tel. 0662 2340-0.

LGT. Partner für Generationen. In Wien, Salzburg und an mehr als 20 weiteren Standorten weltweit. **www.lgt.at**

LGT **Private Banking**

Die Zeitschrift für Gesundheitspolitik (ZGP) des Linzer Instituts für Gesundheitssystem-Forschung (LIG) versteht sich als Medium zur Veröffentlichung neuer Denkanstöße und Perspektiven zu aktuellen Problemen des österreichischen Gesundheitssystems. Sie will damit einen Beitrag zur innovativen Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheitssystems leisten. Themenbereiche sind etwa intra- und extramurale Versorgung, Nahtstellenmanagement, Finanzierung, Organisation und Akteure des Gesundheitssystems. Die ZGP richtet sich an Personen aus Politik, Sozialversicherung, Kammern, Wissenschaft und an alle, die am Gesundheitssystem interessiert sind.

Erscheinungsweise: vierteljährlich

Gerne lassen wir Ihnen unverbindlich und kostenlos ein Exemplar zukommen.

Bestelladresse:

Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung (LIG)
Dinghoferstraße 4, 4010 Linz
Tel.: ++43/732/77 83 71-320
Fax: ++43/732/78 36 60-320
E-mail: bergmair@aekooe.at

Bestellformular: http://www.lig-gesundheit.at/abonnieren

LIG LINZER INSTITUT FÜR GESUNDHEITSSYSTEM-FORSCHUNG

aekooe Ärztekammer für Oberösterreich