

Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner

Kammeramtsdirektor, Ärztekammer für Oberösterreich

Rechtspolitische Überlegungen zur Neuregelung der Arzneimittel- versorgung in Österreich

Zum Zwecke der besseren Lesbarkeit werden in diesem Aktenvermerk Personenbezeichnungen in der männlichen Form gebraucht, auch wenn sie sich auf Männer und Frauen gleichermaßen beziehen.

1. Bedeutung der Hausapotheke für den Landarzt	56
2. Ärztliches Dispensierrecht	57
3. Entwicklung des Apothekenrechts	60
4. Probleme der aktuellen Regelung des Apothekenrechts	64
5. Vorschläge für eine Neuregelung des Apothekenrechts	66
6. Zusammenfassung	72

Ein Grund für die immer schwierigere Besetzung von Landarztstellen ist im Wegfall von ärztlichen Hausapotheken zu finden, wodurch das Führen einer Landarztstelle wirtschaftlich zunehmend unattraktiver wird. Historisch gesehen ist das Apothekenrecht immer von der Vorstellung ausgegangen, dass Apotheken in Ballungsgebieten die Arzneimittelversorgung der Bevölkerung übernehmen, während am Land diese Funktion von den Landärzten wahrgenommen wird. Dieses System, das fast 100 Jahre funktioniert hat, geriet durch verfassungsrechtlich induzierte Eingriffe des Gesetzgebers in der jüngeren Vergangenheit ins Wanken. Die geänderte Rechtslage hat dazu geführt, dass eine erhebliche Anzahl von ärztlichen Hausapotheken geschlossen werden musste bzw. unmittelbar vom Schließen bedroht ist, was nicht nur die medikamentöse Versorgung der Landbevölkerung erschwert, sondern auch dazu beigetragen hat, den Landarztberuf unattraktiver zu machen. Der vorliegende Beitrag enthält rechtspolitische Überlegungen, wie eine verfassungskonforme Abgrenzung der Apothekengebiete von jenen Regionen erfolgen könnte, in denen der verschreibende Arzt selbst das Medikament abgibt.

1. Bedeutung der Hausapotheke für den Landarzt

Die aktuelle gesundheitspolitische Diskussion befasst sich immer häufiger mit der Frage, wie es gelingen kann, die hausärztliche Versorgung auch in peripheren Regionen weiterhin sicherzustellen. Gab es früher in der Regel noch eine Mehrzahl an Bewerbern, unter denen auszuwählen war, wenn es darum ging, eine Landarztstelle nachzubesetzen, kommt es nunmehr in ganz Österreich immer häufiger vor, dass Landarztstellen erst nach wiederholter Ausschreibung oder – in Extremfällen – überhaupt nicht mehr nachbesetzbar sind. Diese Entwicklung ist deshalb dramatisch, weil die Ablöse der vor der Pensionierung stehenden geburtenstarken Jahrgänge Mitte bis Ende der 50er-Jahre noch bevorsteht, gleichzeitig aber die Zahl der unbesetzten Ausbildungsstellen für Allgemeinärzte ständig ansteigt. Es wird daher allgemein damit gerechnet, dass es bereits in naher Zukunft noch wesentlich schwieriger werden wird, freierwerdende Landarztstellen noch geeignet zu besetzen.

Wie Umfragen unter jungen Ärzten zeigen, hat die abnehmende Bereitschaft, sich in ländlichen Gebieten niederzulassen, eine ganze Reihe von Ursachen. Zu diesen Ursachen gehört auch, dass es das Apothekenrecht durch die Novellen des letzten Jahrzehnts erschwert hat, Landärzten die Führung einer sogenannten ärztlichen Hausapotheke zu ermöglichen, also das Recht einzuräumen, Arzneispezialitäten an die eigenen Patienten zu dispensieren. Da der Stellenplan für Kassenverträge im ländlichen Bereich im Interesse einer möglichst wohnortnahen Versorgung in Kauf nimmt, dass Landärzte in der Regel einen kleineren Patientenstock zu erwarten haben als in Ballungsgebieten, ist es wirtschaftlich von großer Bedeutung, dieses Manko durch Einnahmen aus einer Hausapotheke wettzumachen.

Die Zurückdrängung der ärztlichen Hausapotheke durch das aktuelle Apothekenrecht macht daher den Landarztberuf noch unattraktiver und wird damit zur Gefahr für die flächendeckende Versorgung der ländlichen Bevölkerung. Umgekehrt würde eine Erweiterung des Dispensierrechts in ländlichen Regionen dazu beitragen, Ärzte zu motivieren, Landarztpraxen zu übernehmen. Dass dies im Prinzip auch der Gesetzgeber so sieht, ist schon den Materialien zur Apothekengesetznovelle BGBl I 120/1998 zu entnehmen. Im Bericht des Gesundheitsausschusses wird darauf hingewiesen, dass die Schließung von Hausapotheken zu einer Verstärkung des negativen Effekts „Landarztsterben“ führen würde.⁴⁶ Trotzdem

46 GA 1381 BlgNR 20. GP, 1

ist zu konstatieren, dass die derzeitige Rechtslage es ländlichen Ärzten zunehmend unmöglich macht, Hausapotheken zu betreiben. Nicht zuletzt deshalb hat der Gesetzgeber in der letzten Novelle zum Apothekengesetz BGBl I 80/2013, in Reaktion auf das Erkenntnis des VfGH vom 30.6.2012⁴⁷, die Bestimmung des § 62 a Apothekengesetz faktisch nochmals bis 31.12.2018 verlängert, um damit Bedenkzeit zu erreichen und eine verfassungsrechtlich haltbare Dauerlösung für Hausapotheken zu schaffen.

2. Ärztliches Dispensierrecht

In einem weiteren Rahmen stellt sich zunächst die Frage, ob es nicht überhaupt sinnvoll wäre, Ärzten generell das Dispensieren von Arzneispezialitäten zu gestatten. Historisch gesehen bedeutete der Verkauf von Arzneimitteln im Kleinen, also die Abgabe an den Endverbraucher, nicht nur den Einkauf, die Lagerung und den Verkauf von Arzneimitteln, sondern vor allem auch deren Herstellung. Dadurch, dass magistrale Zubereitungen in der Apotheke gegenüber Arzneispezialitäten aber völlig an Bedeutung verloren haben, geht es auch in der Apotheke in der Regel „nur“ um den Verkauf von industriell hergestellten Arzneispezialitäten und damit um eine Tätigkeit, zu der auch Ärzte befähigt sind.

Fachliche Vorbehalte gegen den Verkauf von Arzneispezialitäten durch Ärzte werden in der Diskussion selten laut und wären schon deshalb substanzlos, weil diesen entgegengehalten werden müsste, dass das österreichische Apothekengesetz bereits seit seiner Stammfassung aus dem Jahr 1906 ärztliche Hausapotheken und damit die Dispensiermöglichkeit für Landärzte vorsah. Wären Ärzte nicht im Stande, Arzneimittel zu lagern und an den Patienten weiterzugeben, hätte der Gesetzgeber diese Möglichkeit wohl nie in Betracht gezogen. Obwohl das Institut der Hausapotheke schon so lange existiert und damit große Teile der ländlichen Bevölkerung versorgt werden, gibt es nicht eine einzige höchstgerichtliche Entscheidung, in der über eine Arzthaftung abgesprochen worden wäre, die in einer fehlerhaften Arzneimittelabgabe ihre Grundlage gehabt hätte. Es kann daher auch nicht ernsthaft bestritten werden, dass Ärzte fachlich in der Lage sind, Arzneispezialitäten abzugeben. Die dagegen vorgebrachten Einwände sind daher in der Regel auch anderer Natur.

47 G 33/12

Als Vorteil der öffentlichen Apotheke wird zunächst das umfangreichere Sortiment an Arzneimitteln angesehen. Dem ist allerdings entgegenzuhalten, dass Ärzte jene Arzneyspezialitäten verschreiben werden, die aufgrund ihrer persönlichen Erfahrung erfolgreich waren und daher auf ein spezifisches und eingeschränktes Spektrum von Arzneyspezialitäten zugreifen. Wenn Ärzte selbst Arzneimittel zu dispensieren haben, ist wohl naheliegenderweise davon auszugehen, dass sie auch genau jenes Sortiment in Vorrat halten, das sie aufgrund ihrer eigenen Erfahrung in der Betreuung ihrer Patienten benötigen. Im Gegenteil: In der Praxis stellt sich vor allem im Zusammenhang mit der Verordnung von Generika immer wieder das Problem, dass es – bei rechtskonformem Vorgehen wenigstens nach Rücksprache mit dem verordnenden Arzt – gerade bei Generika zu Aut-simile-Verordnungen kommt, weil der Apotheker das vom Arzt verordnete Generikum nicht lagernd hat. Dazu kommt aber vor allem, dass die Logistik der Arzneimittelbelieferung heute nicht mehr mit der Logistik vor 100 Jahre verglichen werden kann und der Großhandel in der Lage ist, innerhalb kürzester Zeit auch seltene Arzneimittel zu beschaffen, sodass sich das Argument des größeren Apothekensortiments (das sich nicht zuletzt dadurch erklärt, dass die Apotheke Verordnungen vieler verschiedener Ärzte einlöst) als wenig überzeugend erweist.

Als Argument gegen das Dispensierrecht der Ärzte ins Treffen geführt wird auch der Verdacht, dass damit für den Arzt ein Anreiz geschaffen werden könnte, mehr Arzneimittel als notwendig zu verschreiben, um sich einen geschäftlichen Vorteil aus der Hausapotheke zu verschaffen. Tatsächlich zeigen Untersuchungen, die von Seiten der Sozialversicherungsträger durchgeführt wurden, dass hausapothekenführende Ärzte nicht unökonomischer verschreiben als Ärzte, deren Rezepte in einer Apotheke eingelöst werden.⁴⁸

Hingewiesen wird schließlich auch darauf, dass Apotheken gesetzlichen Betriebspflichten unterliegen und damit verpflichtet sind, rund um die Uhr entweder offen zu halten oder für eine Vertretung Sorge zu tragen. Dies änderte aber nichts daran, dass rezeptpflichtige Arzneyspezialitäten eben einer Verschreibung durch einen Arzt bedürfen. Würde dieser Arzt gleichzeitig das Medikament abgeben können, wäre auch in der Nacht oder an Wochenenden, also außerhalb der üblichen Öffnungszeiten der öffentlichen Apotheken, eine sehr viel raschere Arzneimittelversorgung für den Patienten sichergestellt, weil dieser sich den Weg zur Apotheke erspart, der vor allem dann beschwerlich werden kann, wenn es – wie derzeit in ländlichen Gebieten üblich – zu großflächigen Vertretungslösungen zwischen Apotheken kommt.

48 Vgl. Schableger, Schluss mit heilmittelökonomischen Mythen und Märchen über hausapothekenführende Ärzte, SozSi 2006, 403

Man könnte schließlich auch einwenden, dass das Personal in der öffentlichen Apotheke mehr Zeit zur Beratung hat als der Arzt mit seinen Mitarbeitern, der sich nicht nur um die Abgabe der Arzneimittel kümmern muss, sondern vor allem um die ärztliche Betreuung. Dieses Argument spielt allerdings bei rezeptpflichtigen Arzneimitteln keine Rolle, weil es hier gar nicht darum geht, dass der Apotheker die Entscheidung des Arztes nochmals hinterfragt oder kontrolliert. Diese Beratungsfunktion des Apothekers hat schon aufgrund der derzeitigen Rechtslage nur dort Bedeutung, wo es um das Verschreiben von sogenannten OTC-Präparaten geht, also um Arzneimittel, die keiner Verordnung durch einen Arzt bedürfen. Diesem Argument wäre allerdings entgegenzuhalten, dass sich die Diskussion über das allgemeine Dispensierrecht von Ärzten derzeit vor allem auf das Dispensieren von rezeptpflichtigen Arzneimitteln konzentriert, also ohnehin der Verkauf von OTC-Präparaten in der öffentlichen Apotheke verbleiben würde. Bei den rezeptpflichtigen Arzneimitteln ist aber schwer erkennbar, worin die zusätzliche und für den Patienten notwendige Beratungsleistung des Apothekers liegen könnte, zumal der Arzt schon aus haftungsrechtlichen Gründen verpflichtet ist, den Patienten über die Einnahmemodalitäten und allfällige Nebenwirkungen aufzuklären.

In Summe sind daher wohl Zweifel angebracht, ob ein allgemeines Dispensierrecht für Ärzte tatsächlich die Arzneimittelversorgung der Patienten verschlechtern würde oder ob es nicht umgekehrt zu einer erleichterten Zugänglichkeit käme. Es geht bei der Ablehnung des allgemeinen Dispensierrechts wohl weniger um die Interessen der Patienten als um die wirtschaftlichen Interessen der öffentlichen Apotheken, weil davon auszugehen ist, dass Patienten in der Regel den für sie unbeschwerlicheren Weg der direkten Abnahme von Arzneispezialitäten beim Arzt wählen und sich den Gang in die öffentliche Apotheke ersparen würden.

Ob dieses Argument politisch legitimiert, das allgemeine Dispensierrecht für Ärzte abzulehnen, kann im gegebenen Zusammenhang allerdings dahingestellt bleiben. Da es hier nur um die Frage geht, welche Initiativen gesetzt werden können, um weiterhin eine flächendeckende ärztliche Versorgung am Land zu gewährleisten, geht es nicht um die Frage des generellen Dispensierrechts für Ärzte, sondern nur darum, unter welchen Bedingungen Allgemeinärzte in ländlichen Regionen Arzneispezialitäten dispensieren sollen.

3. Entwicklung des Apothekenrechts

Bereits in der ursprünglichen Fassung des Apothekengesetzes aus dem Jahr 1906 waren neben den öffentlichen Apotheken auch die ärztlichen Hausapotheken vorgesehen. Dem Wortlaut nach ergab sich aus diesen Regelungen, die praktisch unverändert bis 1985 Bestand hatten, ein Vorrang der öffentlichen Apotheke. Die Bewilligung zur Haltung einer Hausapotheke war nach der Urfassung des § 29 Apothekengesetz einem Arzt nur dann zu erteilen, „wenn sich in der Ortschaft, in welcher der Arzt seinen Wohnsitz hat, keine öffentliche Apotheke befindet und mit Rücksicht auf die Entfernung der nächsten derartigen Apotheke an dem Wohnorte des Arztes ein Bedürfnis nach einer Verabreichungsstelle von Heilmitteln besteht“. Allerdings sah § 10 Abs. 3 Apothekengesetz in der Stammfassung vor, dass die Konzession zur Neuerrichtung einer öffentlichen Apotheke zu verweigern war, wenn durch diese Neuerrichtung die Existenzfähigkeit der am Standort oder in der Umgebung bestehenden öffentlichen Apotheken, aber auch der eine Hausapotheke führenden Ärzte gefährdet war. Mit der Novelle 1984 wurde versucht, die bis dahin verhältnismäßig vagen und erst durch die Judikatur genauer definierten Voraussetzungen für die Errichtung öffentlicher Apotheken, aber auch Hausapotheken gesetzlich zu präzisieren.

§ 29 Abs. 1 Apothekengesetz i.d.F. Apothekengesetznovelle 1984 (BGBl 502/1984) sah als Voraussetzung für die Bewilligung zur Haltung einer ärztlichen Hausapotheke durch einen Allgemeinarzt vor, dass sich in der Ortschaft, in der der Arzt seinen Berufssitz hat, keine öffentliche Apotheke befindet und der Berufssitz des Arztes von der Betriebsstätte der nächsten öffentlichen Apotheke mehr als 6 Straßenkilometer entfernt ist. Zur Rücknahme der Bewilligung zur Haltung einer ärztlichen Hausapotheke führte nach § 19 Abs. 4 Apothekengesetz die Neuerrichtung einer öffentlichen Apotheke näher als 4 Straßenkilometer vom Berufssitz des hausapothekenführenden Arztes. Konsequenterweise war in § 29 Abs. 2 Apothekengesetz daher auch vorgesehen, dass Nachfolger eines Allgemeinarztes mit Hausapothekenbewilligung weiterhin ihre Hausapotheke betreiben konnten, wenn sie mindestens 4 (und nicht 6) Straßenkilometer von der nächsten öffentlichen Apotheke entfernt waren.

Die Judikatur hat darin den Ausdruck eines Primats der öffentlichen Apotheke gesehen.⁴⁹ Was aber theoretisch nach einer subsidiären Arzneimittelversorgung durch Hausapotheken in ländlichen Gebieten klang, war praktisch in seiner Umsetzung bereits ein duales System, das in Ballungsgebieten die Versorgung mit öffentlichen Apotheken, in dünner besiedelten Regionen hingegen die Versorgung mit ärztlichen Hausapotheken zur Regel erhob. Diese Konsequenz ergab sich daraus, dass nach § 10 Apothekengesetz einer öffentlichen Apotheke die Konzession grob gesprochen dann zu verweigern war, wenn im Umkreis von 4 Straßenkilometern von der künftigen Betriebsstätte aus nicht mindestens 5.500 Personen zu versorgen waren. In dünn besiedelten Gebieten war daher die Errichtung einer öffentlichen Apotheke nach dem Apothekengesetz ausgeschlossen und damit die Arzneimittelversorgung den ärztlichen Hausapotheken überlassen. Die ärztliche Hausapotheke war daher schon ursprünglich mehr als eine „Notlösung“, wie in der Literatur manchmal behauptet⁵⁰, sondern in dünn besiedelten Gebieten die vom Gesetzgeber intendierte Regelversorgung mit Arzneimitteln.

Dieses in praxi duale System der Arzneimittelversorgung, das davon ausging, dass eine öffentliche Apotheke nur in Ballungsgebieten Sinn macht und es nur in Ballungsgebieten den Patienten zumutbar ist, den Weg vom verschreibenden Arzt zur Apotheke auf sich zu nehmen, geriet durch die Entscheidung des VfGH vom 2.3.1998⁵¹ ins Wanken. Mit diesem Erkenntnis hob der VfGH Teile des § 10 Apothekengesetz als verfassungswidrig auf, weil er unter der Perspektive des Grundrechts auf Erwerbsfreiheit nach Art. 6 StGG kein hinreichendes öffentliches Interesse dafür sah, neuen öffentlichen Apotheken als Voraussetzung für die Konzessionerteilung den Nachweis eines Mindestmaßes an im Umkreis zu versorgenden Personen abzuverlangen. Wegen der zunächst aufrecht bleibenden Konsequenz, dass die Errichtung einer öffentlichen Apotheke näher als 4 Straßenkilometer von der ärztlichen Hausapotheke zur Rücknahme der Bewilligung letzterer führte, kam es tatsächlich zu der bis dahin nur theoretisch am Papier stehenden generellen Subsidiarität der ärztlichen Hausapotheke gegenüber der Arzneimittelversorgung durch öffentliche Apotheken.

Die daraus entstandenen Auswirkungen, insbesondere die damit verbundenen längeren Wegstrecken, die Patienten in ländlichen Gebieten auf sich nehmen mussten, um nach Wegfall der ärztlichen Hausapotheke zu ihren Arzneimitteln zu gelangen, wurden gesundheitspolitisch als unbefriedigend empfunden. Der Gesetzgeber hat sich daher mit der Apothekengesetznovelle 2006 dazu entschlos-

49 zB VfSlg 5648/1967; mwN Potacs/Scholz, Apothekenrecht in Resch/Wallner, Handbuch Medizinrecht, Kapitel XIX, RN 6

50 vgl Schwamberger, Zur Frage der Parteistellung des eine Hausapotheke führenden Arztes im Verfahren zur Erteilung der Konzession für eine öffentliche Apotheke, ZfV 1986, 545 f

51 VfSlg 15103/1998

sen, nun ausdrücklich ein duales System der Arzneimittelversorgung festzuschreiben. Seither sieht § 10 Abs. 2 Apothekengesetz vor, dass in Gemeinden, die mit weniger als zwei GKK-Kassenvertragsarztstellen für Allgemeinmedizin besetzt sind, kein Bedarf nach einer öffentlichen Apotheke besteht, was zur Folge hat, dass derartige Gemeinden primär durch ärztliche Hausapotheken versorgt werden. Mit dieser Novelle wurde daher explizit ein duales System der Arzneimittelversorgung eingeführt.⁵² Diesen neuen Bestimmungen des Apothekengesetzes lag ein parlamentarischer Abänderungsantrag zugrunde, der u.a. damit begründet wurde, dass in ländlichen Gebieten eine Trennung zwischen ärztlicher Tätigkeit und Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln aus ökonomischen Gründen nicht zu der gesundheitspolitischen Zielsetzung der ausreichenden flächendeckenden Versorgung führen kann. In besonderen ländlichen Strukturen (Ein-Kassenvertragsarzt-Gemeinden) stelle die Versorgung durch ärztliche Hausapotheken ausnahmsweise keine der öffentlichen Apotheke untergeordnete Form dar.⁵³

Der VfGH hatte auch diese Neuregelung einer Prüfung zu unterziehen und keine verfassungsrechtlichen Bedenken⁵⁴, sodass der Vorrang der ärztlichen Hausapotheke in Ein-Kassenarzt-Gemeinden weiterhin aufrecht blieb. Der VfGH war in einem späteren Erkenntnis allerdings der Meinung, dass die ebenfalls mit der Apothekengesetznovelle 2006 eingeführte Übergangsbestimmung des § 62 a für Hausapotheken in „Zwei-Kassenarzt-Gemeinden“ eine zu lange Übergangsfrist einräume.⁵⁵ Der Gesetzgeber hat mittlerweile auf dieses Erkenntnis reagiert und § 62 a Apothekengesetz dahingehend novelliert, dass die Übergangsregelung mit 31.12.2018 ausläuft (BGBl I 80/2013). Bis dahin soll eine tragfähige Neuregelung gefunden werden.

Auch der Europäische Gerichtshof hat sich bereits mit der Frage der Zulässigkeit von Bedarfsprüfungen für Apotheken aus der Sicht des Gemeinschaftsrechts befasst. In der Rechtssache Perez u.a.⁵⁶ hat er es für zulässig erachtet, die Errichtung einer öffentlichen Apotheke an eine Bedarfsprüfung zu knüpfen. Der EuGH war zwar der Meinung, dass derartige Zugangsbeschränkungen geeignet sind, die Ausübung der durch den Vertrag garantierten Niederlassungsfreiheit zu behindern oder weniger attraktiv zu machen, dass sie aber – sofern sie ohne Diskriminierung aus Gründen der Staatsangehörigkeit gelten – durch zwingende Gründe des Allgemeininteresses gerechtfertigt werden können. Als derartige zwingende

52 Potacs/Scholz, Apothekenrecht in Resch/Wallner, Handbuch Medizinrecht, Kapitel XIX, RN 12; Potacs, Öffentliche Apotheken und ärztliche Hausapotheken – ein verfassungsrechtlicher Dauerbrenner?, RdM 2009/164, 246

53 Abänderungsantrag 202, 22. GP 4

54 VfGH 26.6.2008, G 12/08

55 VfGH 30.6.2012, G 33/12

56 EuGH vom 1.6.2010, Rs C-570/07, 571/07

allgemeine Interessen kämen insbesondere Beschränkungen der Niederlassungsfreiheit mit dem Ziel in Frage, eine qualitativ hochwertige Arzneimittelversorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Der EuGH war der Auffassung, dass eine Bedarfsprüfung diesem Ziel dienen könne, wenn sie sich als unerlässlich erweist, um eventuelle Lücken im Zugang zu Leistungen des Gesundheitswesens zu schließen und um die Einrichtung von Strukturen einer Doppelversorgung zu vermeiden. Eine Bedarfsprüfung sei ein geeignetes Instrument, die Ansiedlung von Apotheken zu lenken, um auch in weniger attraktiven Gebieten den Zugang zu pharmazeutischen Diensten zu gewährleisten und eine gleichmäßige Verteilung der Apotheken sicherzustellen.

4. Probleme der aktuellen Regelung des Apothekenrechts

Die derzeit gültige, seit der Apothekengesetznovelle 2006 bestehende Regelung weist eine Reihe von Mängeln auf.

- Es erscheint nicht sonderlich logisch und ist wohl auch aus Sicht des verfassungsrechtlichen Sachlichkeitsgebots problematisch, dass seit der genannten Apothekengesetznovelle nur mehr Kassenärzte Hausapotheken führen dürfen. Es ist schon richtig, dass Wahlärzte sich vorrangig in Ballungsgebieten niederlassen, wo ohnehin derzeit die Arzneimittelversorgung durch öffentliche Apotheken erfolgt. Es gibt aber durchaus auch in dünn besiedelten Gebieten Wahlärzte, deren Patienten dann die benötigten Arzneimittel aus der öffentlichen Apotheke beziehen und damit entsprechend lange Wegstrecken in Kauf nehmen müssen.
- Da die Genehmigung zur Führung einer ärztlichen Hausapotheke personengebunden ist, muss im Fall einer Ordinationsnachfolge eine neuerliche Konzession beantragt werden. Dies führt dazu, dass auch in „Ein-Kassenarzt-Gemeinden“, für die an sich die Arzneimittelversorgung durch hausapothekenführende Ärzte vorgesehen ist, unter Umständen ein Allgemeinarzt dann keine Befugnis zur Arzneimittelabgabe erhält, wenn er (als Nachfolger) neu ansuchen muss und sich zwischenzeitig im Umkreis von 6 Straßenkilometern eine öffentliche Apotheke niedergelassen hat, womit das vom Gesetzgeber an sich intendierte „duale“ System unterlaufen wird.
- Die Bezugnahme auf das Gemeindegebiet als Anknüpfungspunkt für die Abgrenzung des Versorgungsgebiets der Hausapotheken von den öffentlichen Apotheken ist deshalb problematisch, weil derzeit in einigen Bundesländern Gemeindefusionen diskutiert werden bzw. zum Teil auch schon umgesetzt wurden. Es ist sachlich nicht nachvollziehbar, weshalb derartige Entscheidungen dazu führen sollten, dass plötzlich die Patienten wesentlich weitere Wege zur Beschaffung von Arzneimitteln in Kauf nehmen müssen (siehe dazu auch unten).
- Die ursprüngliche und fast das gesamte 20. Jahrhundert in Geltung gestandene Regelung sah praktisch vor, dass öffentliche Apotheken den Ballungsraum versorgen, während außerhalb der Ballungsgebiete die Arzneimittel direkt beim Arzt bezogen werden konnten. Dies wurde dadurch erreicht, dass außerhalb von Ballungsgebieten keine Konzession an öffentliche Apotheken verge-

ben wurde und damit der Weg für die Direktversorgung der Patienten durch den behandelnden Arzt frei war. Die in der jüngeren Vergangenheit entstandenen Neuregelungen haben diese bewährte Struktur in Frage gestellt und dazu geführt, dass etliche Hausapotheken ihren Betrieb einstellen mussten. Dies bedeutet in ländlichen Gebieten eine Verschlechterung der Versorgung mit Arzneimitteln, weil damit weitere Wegstrecken in Kauf genommen werden müssen, was sich dadurch verschärft, dass es im ländlichen Bereich auch ein wesentlich schwächer ausgebautes Netz von öffentlichen Verkehrsmitteln gibt. Das immer wieder geäußerte Gegenargument, dass die öffentliche Apotheke im Unterschied zum hausapothekenführenden Arzt einer Betriebspflicht unterliegt, erweist sich bei näherer Betrachtung als völlig irreführend. In ländlichen Bereichen ist es öffentlichen Apotheken aus wirtschaftlichen Gründen oft gar nicht möglich, rund um die Uhr den Betrieb aufrecht zu erhalten, weshalb es i.S.d. § 8 Apothekengesetz häufig dazu kommt, dass die Behörden großräumige Vertretungslösungen mit anderen öffentlichen Apotheken genehmigen, sodass sich der Vorteil der Betriebspflicht in sein Gegenteil verkehrt. Da der Abgabe des Arzneimittels in Notfällen praktisch immer eine Verschreibung durch einen diensthabenden Arzt zugrunde liegt, erweist sich nicht die Erreichbarkeit des Arztes als Problem, sondern die Erreichbarkeit der nächstgelegenen öffentlichen Apotheke.

- Die seit der Apothekengesetznovelle 1984 geltende Anknüpfung an die Straßenkilometer führt in der Praxis zu absurden Ergebnissen. Nicht nur, dass die nach ganz anderen Gesichtspunkten erlassenen Regelungen des öffentlichen Verkehrs (wie etwa auch die Regelungen für Einbahnstraßen) plötzlich eine entscheidende Rolle für die Art der Arzneimittelversorgung spielen können, werden auch Standortentscheidungen von Ärzten und Apotheken bisweilen danach getroffen, ob die vom Apothekengesetz geforderten Grenzen eingehalten werden. Dies kann nun wieder dazu führen, dass es zu einer für die Patienten nicht optimalen Standortwahl kommt und diese weitere Wege zum Arzt in Kauf nehmen müssen, um umgekehrt in den Vorteil zu kommen, die Arzneimittel beim Arzt direkt beziehen zu können. Es stellt sich daher die Frage, ob es nicht sinnvollere Parameter zur Abgrenzung der durch öffentliche Apotheken und der durch ärztliche Hausapotheken zu versorgenden Regionen geben könnte.

5. Vorschläge für eine Neuregelung des Apothekenrechts

Bei der Zuweisung der Gebiete zu öffentlichen Apotheken oder zu ärztlichen Hausapotheken handelt es sich naturgemäß um eine politisch äußerst sensible Frage, die nicht nur aus Sicht der Gesundheitsversorgung gesundheitspolitisch heikel ist, sondern existenzielle Fragen des Berufsstands der öffentlichen Apotheken, aber auch der Landärzte betrifft. Es gibt daher zu dieser Abgrenzung eine große Anzahl divergierender Meinungen und die folgenden Überlegungen können daher nur die ganz persönliche Auffassung des Autors wiedergeben.

Ausgegangen werden muss bei Überlegungen zur Abgrenzung der Arzneimittelversorgung jedenfalls – sofern sich der Gesetzgeber, was wohl kaum zu erwarten ist, nicht dazu durchringt, Apothekenregelungen im Verfassungsrang zu erlassen – von den Vorgaben, die die Verfassung und davon ausgehend auch die einschlägigen Entscheidungen des Verfassungsgerichtshofs entwickelt haben, wobei es insbesondere um das Grundrecht auf Erwerbsfreiheit nach Art. 6 StGG, aber auch um das Sachlichkeitsgebot i.S.d. Art. 7 B-VG geht.

Dabei ist zunächst davon auszugehen, dass der Gesetzgeber zur Sicherung einer klaglosen Heilmittelversorgung zwischen verschiedenen Ordnungssystemen wählen kann, wie dem System des Primats öffentlicher Apotheken oder einem dualen System, in dem ein bestimmter Versorgungsbereich grundsätzlich den ärztlichen Hausapotheken vorbehalten bleibt.⁵⁷ Klar ist aber auch, dass eine Zugangsschranke für den öffentlichen Apotheker, aber auch für den eine Abgabebewilligung anstrebenden Arzt einen Eingriff in das Grundrecht auf Erwerbsfreiheit bedeutet und daher nur dann verfassungskonform ist, wenn die Einschränkung im öffentlichen Interesse liegt, zur Verfolgung des öffentlichen Interesses geeignet und erforderlich sowie auch sonst adäquat ist.⁵⁸ Als im öffentlichen Interesse gelegene Ziele anerkennt der VfGH sowohl die Sicherung der Heilmittelversorgung, als auch die Sicherung der ärztlichen Versorgung⁵⁹, wobei Letzteres gerade für die Versorgung ländlicher Regionen mit Allgemeinärzten relevant ist.

57 Potacs, Öffentliche Apotheken und ärztliche Hausapotheken – ein verfassungsrechtlicher Dauerbrenner?, RdM 2009/164, 249

58 vgl Potacs, Öffentliche Apotheken und ärztliche Hausapotheken – ein verfassungsrechtlicher Dauerbrenner?, RdM 2009/164, 247

59 Potacs, aaO, 248

Im Verhältnis zwischen der Arzneimittelversorgung durch öffentliche Apotheken einerseits und niedergelassene Ärzten andererseits sind folgende Lösungen denkbar:

a) Vollständig duales System

Die liberalste Lösung würde darin bestehen, von der Bedarfsprüfung für öffentliche Apotheken völlig abzusehen (vielleicht ausgenommen das Erfordernis eines 500-m-Abstands zwischen den öffentlichen Apotheken) und damit die Errichtung jeder öffentlichen Apotheke sowohl im städtischen als auch im ländlichen Bereich zu ermöglichen, umgekehrt aber auch allen niedergelassenen Ärzten die Befugnis einzuräumen, an ihre Patienten die von ihnen verschriebenen Arzneyspezialitäten auch direkt abzugeben. Dies hätte für die Patienten den Vorteil, dass sie völlig frei wählen können, wo sie die benötigten Arzneimittel beziehen wollen. Eine solche Lösung würde den Patienten im städtischen Bereich Wege ersparen, weil auch niedergelassene Ärzte verschreibungspflichtige Arzneyspezialitäten abgeben dürften. Umgekehrt würde diese Lösung im ländlichen Bereich den Patienten unter Umständen eine zusätzliche Option eröffnen, weil sie näher als derzeit Zugang zu OTC-Präparaten aus einer Landapotheke hätten.

Auch aus verfassungsrechtlicher Sicht ergeben sich zumindest auf den ersten Blick keine Bedenken, weil es weder Zugangsbeschränkungen für öffentliche Apotheken gäbe noch die Befugnis der Ärzte zur Abgabe von Arzneimitteln eingeschränkt würde.

Allerdings ist nachvollziehbar, dass von Seiten der öffentlichen Apotheken die Befürchtung erheblicher Umsatzeinbußen besteht, weil zu erwarten ist, dass viele Patienten, die derzeit verschreibungspflichtige Arzneimittel aus öffentlichen Apotheken beziehen, diese im Fall eines allgemeinen ärztlichen Dispensierrechts direkt in der Ordination kaufen würden, um sich Wege zu ersparen. Es ist daher fraglich, ob eine derartige vollständige duale Lösung in der politischen Realität Umsetzungschancen hat.

b) Konsequentes Mischsystem

Sowohl die ursprüngliche faktische Konzeption des Apothekengesetzes als auch die explizite Regelung seit der Apothekengesetznovelle 2006 geht von einem Mischsystem aus, das die Regionen trennt, die von öffentlichen Apotheken versorgt werden sollen (nämlich die Ballungsgebiete), und jenen, in denen die Arzneimittelversorgung über hausapothekenführende Ärzte abgewickelt wird (dünn besiedelte Gebiete).

Angeknüpft wird derzeit an den zwischen den Sozialversicherungsträgern (in der Realität den Gebietskrankenkassen) und den Landesärztekammern vereinbarten Stellenplänen. In Gemeinden, in denen nur ein Kassenvertrag für einen Allgemeinarzt vorgesehen ist, soll die Versorgung grundsätzlich über ärztliche Hausapotheken erfolgen, in den anderen Regionen kann eine Bewilligung für öffentliche Apotheken erteilt werden.

Es stellt sich die Frage, ob dieser Anknüpfungspunkt tatsächlich optimal ist, weil man dagegen einige Einwände erheben kann:

- Die Entscheidung, ob eine Arzneimittelversorgung durch eine öffentliche Apotheke im Hinblick auf die damit verbundenen weiteren Wegstrecken den Patienten gegenüber zumutbar ist, hängt von der topographischen Situation und den Verkehrsverhältnissen ab. Diese spielen wohl auch eine Rolle bei der Kassenarzt-Stellenplanung, allerdings kommen eine ganze Reihe weiterer Faktoren hinzu, die zwar für die Frage wichtig sind, ob eine Kassenstelle errichtet werden soll, mit der Frage der Arzneimittelversorgung aber nichts zu tun haben.
- Im Hinblick auf aktuelle Diskussionen über die Zusammenlegung von Gemeinden kann die Bezugnahme auf Gemeindegrenzen zu sachfremden Ergebnissen führen. Wenn aus ökonomischen oder administrativen Gründen Gemeinden zusammengelegt werden, ändert dies nichts an der bisherigen Verkehrs- und topographischen Situation, kann aber auf einmal dazu führen, dass Patienten die Möglichkeit verlieren, direkt bei ihrem Arzt Arzneimittel zu beziehen. Das hat dazu geführt, dass sich der Bundesgesetzgeber in der letzten Apothekengesetznovelle BGBl I 80/2013 zu einer Art „Versteinerung“ entschlossen und in § 63 festgelegt hat, dass für die Beurteilung der Apotheken respektive Hausapothekenbewilligung die Gemeindegrenzen herangezogen werden sollen, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Hausapothekennovelle 2006 gegolten haben. Damit bekommt der Gesetzgeber zwar die Problematik der Gemeindezusammenlegungen in den Griff, allerdings stellt sich die Frage, ob eine solche Vorschrift tatsächlich administrativ auf Dauer sinnvoll ist.
- Der Stellenplan kann sich wesentlich rascher verändern als die demografischen Bedingungen. So wird etwa in den nächsten Jahren ein zunehmender Arztmangel erwartet, der durchaus dazu führen kann, dass Stellenpläne eingeschränkt oder bisher vollversorgte Gebiete nur mehr mit Zweitordinationen betreut werden können. Dies könnte dazu führen, dass aus ursprünglichen „Zwei-Kassenvertragsarzt-Gemeinden“ „Ein-Kassenvertragsarzt-Gemeinden“ werden. Hat sich in der Zwischenzeit eine öffentliche Apotheke niedergelassen, dann kann diese trotz Wegfalls der Bedarfsbedingungen

nicht zurückgenommen werden und die Patienten können weiterhin ihre Arzneimittel nicht direkt beim Arzt beziehen. Aber auch für die Apotheker ergibt sich eine prekäre Situation, weil die Apothekenkonzession persönlich erteilt wird und daher ein Betriebsübergang an einen Nachfolger nicht mehr in Frage kommt, was auch die Möglichkeit einengt, bis zur Schließung der Apotheke in diese zu investieren.

Wird ein Standort aus Ärztemangel nur mehr über eine Zweitordination betreut, dann verlieren die an dieser Zweitordination zu betreuenden Patienten die Möglichkeit, von ihrem Arzt direkt die Medikamente zu beziehen, weil die Judikatur für Hausapotheken ein Kumulierungsverbot statuiert.⁶⁰ Dies ist deshalb absurd, weil gerade solche Gegenden, die dann nur mehr durch Zweitordinationen versorgt werden, typischerweise besonders abgelegen und verkehrstechnisch schlecht erschlossen sind.

- Die derzeitige Regelung ist außerdem insofern inkonsequent, als § 29 Abs. 1 Z 3 Apothekengesetz weiterhin vorsieht, dass auch in „Hausapothekenregionen“ (also in Gemeinden, die nur von einem Kassenarzt versorgt werden) die Hausapothekenbewilligung zu versagen ist, wenn die Betriebsstätte der nächsten öffentlichen Apotheke nicht mehr als 6 Straßenkilometer entfernt ist. Den dagegen in der Literatur erhobenen Bedenken⁶¹ ist der VfGH, wenn auch bedauerlicherweise ohne Auseinandersetzung mit den in der Literatur vorgetragenen Argumenten, nicht gefolgt.⁶² Wenn man aber bedenkt, dass selbst eine Wegstrecke von 6 Kilometern in Gegenden, in denen keine vernünftige Versorgung mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu erwarten ist, realistischerweise die Nutzung eines privaten Kraftfahrzeugs erfordert, zeigt sich, dass diese Lösung gerade für die ältere Bevölkerung wenig befriedigend ist.
- Schließlich und vor allem zeigt sich in den letzten Jahren ein ständiger Rückgang von ärztlichen Hausapotheken, der durch die apothekengesetzlichen Neuregelungen ausgelöst wurde. Dies führt – wie eingangs angesprochen – dazu, dass die Übernahme einer Landarztstelle für junge Ärzte immer unattraktiver wird und gefährdet damit auch die ärztliche Versorgung der Bevölkerung außerhalb der Städte.

Es erschiene daher aus all diesen Gründen, vor allem aber auch aus Gründen der Rechtssicherheit m.E. zielführender, anstelle der derzeitigen Kriterien klar

60 Vgl. Potacs/Scholz, Apothekenrecht in Resch/Wallner, Handbuch Medizinrecht, Kapitel XIX, RN 108

61 Potacs, Öffentliche Apotheken und ärztliche Hausapotheken – ein verfassungsrechtlicher Dauerbrenner?, RdM 2009/164, 249 ff

62 VfGH 16.12.2009, B 990/09

die Regionen zu definieren, die durch öffentliche Apotheken versorgt werden sollen, und jene, in denen die Ärzte ihre Patienten direkt mit Arzneimitteln versorgen. Kriterium dafür könnte die amtlich erhobene Bevölkerungsdichte sein, wobei diese so definiert werden müsste, dass tatsächlich das Ziel erreicht wird, öffentliche Apotheken in städtischen Gebieten und Hausapotheken außerhalb dieser zu positionieren. Aus Gründen der Rechtsklarheit könnte der gesetzlich verankerte Grenzwert der Bevölkerungsdichte durch eine Verordnungsermächtigung ergänzt und dem Ordnungsgeber aufgetragen werden, die (Stadt-)Gemeinden, die sozusagen „Apothekengebiet“ sind, ausdrücklich und in regelmäßigen Abständen (etwa alle fünf Jahre) aufzulisten. Damit würden sich auch die derzeitigen oft überraschend komplizierten Verfahren erübrigen, um die Entfernung zwischen Ordinationsstandort und nächster öffentlicher Apotheke zu berechnen. Für alle Beteiligten wäre von vornherein klar, ob sie mit einer Bewilligung zur Arzneimittelabgabe rechnen können. Sowohl die Ärzte als auch die Apotheker müssten nicht mehr ihre Standortwahl nach dem Apothekengesetz ausrichten, sondern könnten sich ausschließlich an den Bedürfnissen der Patienten orientieren. Vor allen Dingen aber wäre, wenn die Regionen außerhalb der Ballungsgebiete klar als Hausapothekengebiete definiert werden, ein wesentlicher Beitrag gegen das Landarztsterben geleistet.

Die vorgeschlagene Lösung, die die Abgrenzung zwischen Apotheken- und Hausapothekenbewilligungen nach der Bevölkerungsdichte vornimmt, wäre wohl auch aus verfassungsrechtlicher Sicht gut argumentierbar.

Im Unterschied zur unter a) diskutierten Lösung, nach der sich sowohl öffentliche Apotheken überall niederlassen als auch alle Ärzte in ihrer Ordination Arzneimittel dispensieren können, stellt sich allerdings bei einem „Mischsystem“ der Arzneimittelversorgung sowohl hinsichtlich der Ärzte, als auch (natürlich noch mehr) hinsichtlich der Apotheker die Frage der Rechtfertigung des Grundrechtseingriffs bezüglich der Erwerbsfreiheit.

Was die Ärzte anlangt, die in städtischen Gebieten (so wie bisher) Arzneimittel nicht vertreiben dürften, hat der VfGH schon bisher keine Bedenken gehabt und ist wohl davon ausgegangen, dass für diese Einschränkung sachliche Gründe der öffentlichen Arzneimittelversorgung ins Treffen geführt werden können. Was die Apotheken betrifft, hat der Verfassungsgerichtshof mit seiner Entscheidung vom 26.6.2008 (G 12/08) die Apothekengesetznovelle 2006, mit der ausdrücklich ein duales System der Arzneimittelversorgung eingeführt wurde, als verfassungskonform bestätigt. Der VfGH konnte auch die dafür in den Materialien geäußerten Motive des Gesetzgebers nachvollziehen, insbesondere dass in bestimmten ländlichen Gebieten aus ökonomischen Gründen die Trennung von ärztlicher Tätigkeit und Versorgung der Bevölkerung mit Arz-

neimitteln nicht sinnvoll und gesundheitspolitischen Zielsetzungen abträglich sei. Wo aber genau die Grenze zu ziehen ist, bis zu der die Versorgung mit öffentlichen Apotheken sinnvoll erscheint, liegt wohl im sachlichen Ermessen des einfachen Gesetzgebers.

c) „Gemäßigtes“ Mischsystem

Die derzeitige Rechtslage des Apothekengesetzes durchbricht das Konzept der dualen Versorgung insofern, als es in den Regionen, die prinzipiell durch ärztliche Hausapotheken versorgt werden sollen, den öffentlichen Apotheken eine gleichsam ergänzende, wenn auch in der Praxis weitgehend theoretische Rolle zuweist. Nach § 10 Apothekengesetz könnte eine Bewilligung zur Errichtung einer öffentlichen Apotheke auch in „Ein-Kassenarzt-Gemeinden“ erteilt werden, also in Gebieten, in denen die Versorgung durch ärztliche Hausapotheken erfolgen sollte. Dies dann, wenn der niedergelassene Kassenarzt nicht von der Möglichkeit Gebrauch macht, eine ärztliche Hausapotheke zu führen. Praktisch kommt ein derartiger Fall natürlich nicht vor. Einerseits deshalb, weil niedergelassene Ärzte aus wirtschaftlichen Gründen, aber auch im Sinne ihrer Patienten immer ein Interesse daran haben, eine Hausapotheke zu führen, wenn ihnen diese Möglichkeit gesetzlich eingeräumt ist. Andererseits aber auch deshalb, weil in solchen Gebieten die ökonomische Führung einer öffentlichen Apotheke praktisch ausgeschlossen ist.

Theoretisch gebe es noch einen weiteren Fall, der aber wieder praktisch nicht vorstellbar ist. Da § 10 Apothekengesetz für die Erteilung einer Konzession zur öffentlichen Apotheke lediglich voraussetzt, dass in der in Aussicht genommenen Standortgemeinde ein Arzt seinen Berufssitz hat, Voraussetzung für die Führung einer ärztlichen Hausapotheke hingegen nach § 29 Abs. 1 Z 1 Apothekengesetz ein aufrechter Kassenvertrag zu einer Gebietskrankenkasse ist, wäre es theoretisch denkbar, dass in einer Gemeinde mit einem nur als Wahlarzt oder als Vertragsarzt der sogenannten kleinen Kassen tätigen Allgemeinarzt eine öffentliche Apotheke eine Konzession erlangen könnte. Dies ist noch theoretischer als der zuvor genannte Fall, weil das Einzugsgebiet der öffentlichen Apotheke noch bescheidener und damit die wirtschaftlichen Chancen einer solchen noch mäßiger wären.

In der Praxis erweist sich daher eine derartige „Subsidiaritätsregel“, die die Versorgung der ländlichen Gebiete um die Möglichkeit ergänzt, im Bedarfsfall eine öffentliche Apotheke zu errichten, als völlig entbehrlich.

Wenn der Gesetzgeber – entgegen der praktischen Erfahrung – tatsächlich befürchtet, dass die Ärzte in den „Hausapotheken-Regionen“ von der Möglichkeit

keinen Gebrauch machen, ihre Patienten mit Arzneimittel zu versorgen, könnte allenfalls daran gedacht werden, den Spieß umzudrehen und die Allgemeinärzte in den ländlichen Gebieten zu verpflichten, eine Hausapotheke zu führen. Angesichts der Realität der Arzneimittelversorgung erscheint eine derartige Verpflichtung zwar wie gesagt überflüssig, wäre aber zumindest sachgerechter als die in der Praxis ohnehin nicht eingelöste Ergänzungsrolle der öffentlichen Apotheke.

6. Zusammenfassung

Nachdem fast ein Jahrhundert lang die Regelungen des Apothekengesetzes die Gebiete, in denen öffentliche Apotheken die Arzneimittelversorgung übernehmen, klar von jenen unterschieden haben, in denen die Allgemeinärzte ihren Patienten Arzneimittel verschaffen, ist dieses System durch das Erkenntnis des VfGH vom 2.3.1989/63 aus den Fugen geraten. Mehrfache Novellierungen im letzten Jahrzehnt zeigen, dass es bisher nicht gelungen ist, einen für die medizinische Versorgung der Landbevölkerung sinnvollen Abgrenzungsmodus zu finden, der gleichzeitig den verfassungsrechtlichen Vorgaben gerecht wird.

Da von dieser Abgrenzung auch existenzielle berufliche Fragen betroffen sind, verläuft die gesundheitspolitische Diskussion äußerst heftig und ist die Lösung dieser Frage entsprechend heikel.

Will man Konflikte mit dem Grundrecht auf Erwerbsfreiheit vermeiden und den Patienten möglichst viele Optionen für die Arzneimittelversorgung geben, wäre es vermutlich am Einfachsten, sowohl die Bedarfsprüfung für öffentliche Apotheken abzuschaffen als auch ein allgemeines Dispensierrecht für alle niedergelassenen Ärzte einzuführen.

Da es gesundheitspolitisch aber wenig wahrscheinlich ist, dass der Gesetzgeber sich zu einer derartig radikalen Lösung durchringt, bedarf es einer klaren Abgrenzung zwischen den Gebieten, die durch öffentliche Apotheken versorgt werden sollen (städtische Regionen), und jenen, in denen der Hausarzt für die Arzneimittelversorgung zuständig ist (ländliche Gebiete). Nach der persönlichen Auffassung des Autors erschiene als empfehlenswerteste Lösung dafür das Anknüpfen an die Bevölkerungsdichte. In städtischen Regionen, die einen gesetzlich exakt festzulegenden Grenzwert der Bevölkerungsdichte übersteigen, sollten öffentliche

Apotheken zugelassen werden, außerhalb dieser Regionen sollte der Auftrag zur Arzneimittelversorgung an die niedergelassenen Allgemeinärzte ergehen. Könnte man sich auf einen entsprechenden Grenzwert einigen, wäre es möglich, gleichzeitig eine Verordnungskompetenz zu schaffen, die es erlauben würde, in regelmäßigen Abständen (etwa alle fünf Jahre) die Apothekengebiete (aus denen sich dann umgekehrt auch die Regionen ergeben, die mit ärztlichen Hausapotheken zu versorgen sind) ausdrücklich zu bezeichnen. Damit würde auch das Verfahren auf Konzessionserteilung einer öffentlichen Apotheke bzw. ärztlichen Hausapotheke wesentlich einfacher als bisher abgeführt und ein Mehr an Rechtssicherheit erreicht werden können. Die Abgrenzung müsste allerdings berücksichtigen, dass die ärztliche Hausapotheke mittlerweile ein wesentlicher Standortfaktor für die Übernahme von Landarztordinationen geworden ist und dass daher gerade Landärzten das Dispensieren von Arzneimitteln ermöglicht werden muss, um die unmittelbar drohende Gefahr eines Landarztsterbens in den Griff zu bekommen.