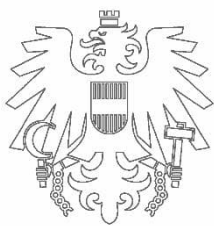


Branchenuntersuchung Gesundheit



BUNDES
WETTBEWERBS
BEHÖRDE

**Weil es uns um
Fairness geht!**

Teilbericht I:

Der österreichische
Apothekenmarkt
Zusammenfassung

Mai 2018

Bitte zitieren als

BWB (2018). Branchenuntersuchung Gesundheit. Teilbericht I: Der österreichische Apothekenmarkt, BWB/AW-431, Wien.

Der vorliegende Bericht enthält keine Geschäftsgeheimnisse. Vertrauliche Informationen wurden entfernt. Dadurch soll insbesondere verhindert werden, dass sensible Unternehmensinformationen der Marktteilnehmer in die Hände von Wettbewerbern fallen.

Bundeswettbewerbsbehörde (BWB)
Federal Competition Authority
Radetzkystraße 2, A-1030 Wien
T: +43 (0)1 245 08 - 0
F: +43 (0)1 587 42 00
E: wettbewerb@bwb.gv.at
W: <http://www.bwb.gv.at>

Inhalt

I. Zusammenfassung	4
II. Hintergrund der Untersuchung	7
III. Vorgehensweise der BWB	8
IV. Allgemeines zum Apothekenmarkt in Österreich.....	8
1. Gesundheitsausgaben in Österreich	8
2. Zahl der Apotheken.....	9
3. Umsätze in Apotheken	10
4. Aufgaben der Apotheken	11
V. Marktzutritt für Apotheken.....	12
1. Rechtliche Rahmenbedingungen.....	12
2. Wettbewerbliche Beurteilung	13
3. Positive Auswirkungen der Deregulierung.....	13
a) Bessere Versorgung mit Arzneimitteln durch höhere Zahl an Apotheken.....	13
b) Gesteigerter Qualitätswettbewerb zwischen Apotheken.....	14
c) Preiswettbewerb im OTC-Bereich	15
VI. Eigentumsverhältnisse an Apotheken.....	16
1. Rechtliche Rahmenbedingungen.....	17
2. Wettbewerbliche Beurteilung	18
a) Apotheker.....	18
b) Auf dem pharmazeutischen Sektor tätige Hersteller oder Großhändler.....	19
3. Erhöhung der Zahl der zulässigen Filialapotheken	22
VII. Beschränkungen des Betriebs von Apotheken	23
1. Öffnungszeiten.....	23
2. Angebot von Dienstleistungen.....	24
3. Online-Handel.....	26
a) Rechtliche Rahmenbedingungen	27
b) Wettbewerbliche Beurteilung.....	28
4. Apothekeneigene Zustelleinrichtungen	29
5. Apothekenvorbehalt für OTC-Arzneimittel.....	30
a) Rechtliche Rahmenbedingungen	31
b) Wettbewerbliche Beurteilung.....	32
VIII. Literatur	36
IX. Anhang.....	39

I. Zusammenfassung

Derzeit bestehen in Österreich **1.357 öffentliche Apotheken**.¹ Die Zahl der Apotheken ist im letzten Jahrzehnt um **10% angestiegen**, wobei der Großteil an Orten neu errichtet wurde, an denen bisher noch keine Apotheke angesiedelt war. Im europäischen Durchschnitt verfügt Österreich mit **15,4 Apotheken pro 100.000 Einwohner** über eine **geringe Apothekendichte**, allerdings besteht in Österreich eine subsidiäre Sicherstellung der Heilmittelversorgung durch niedergelassene Ärzte im Rahmen von Hausapotheken. Die **Ausgaben für pharmazeutische Erzeugnisse** machen mit **€ 3,7 Mrd** rund **13,5%** der gesamten öffentlichen Gesundheitsausgaben in der Höhe von € 27,3 Mrd aus. Der **Gesamtumsatz der öffentlichen Apotheken** in Österreich betrug im Jahr 2016 rund **€ 3,98 Mrd**, darauf entfielen € 2,69 Mrd auf Krankenkassenumsätze und € 1,29 Mrd auf Privatumsätze.

Die Apotheken unterliegen in Österreich einer **engmaschigen Regulierung**. Am Apothekenmarkt wird aus ökonomischer Sicht mit **Vertrauensgütern (credence goods)** gehandelt, die sich insbesondere dadurch kennzeichnen, dass der Konsument auch nach dem Kauf nicht beurteilen kann, welche Qualität das gekaufte Gut gehabt hat und ob es tatsächlich das benötigte Gut war. Darüber hinaus besteht zumindest im Bereich der verschreibungspflichtigen Arzneimittel **keine Preissensitivität der Nachfrager**.

Eine Regulierung des Apothekenmarktes ist in einem gewissen Ausmaß wegen der damit verbundenen **öffentlichen Interessen**, wie etwa der **Sicherstellung einer klaglosen Heilmittelversorgung**, notwendig.

Das vorliegende Teilpapier überprüft am Markt für öffentliche Apotheken die Bereiche **Marktzutritt, Eigentumsverhältnisse** und **Vorschriften über die Ausübung** auf Wettbewerbsbeschränkungen.

Wettbewerbsbeschränkende Regelungen bestehen in folgenden Bereichen:

- **Bedarfsprüfung** und damit monopolartige Wettbewerbsposition von öffentlichen Apotheken
- **Ketten- und Fremdbesitzverbot**
- Beschränkung des **Filialsystems**
- Beschränkung der **Öffnungszeiten**
- Beschränkung der **Erbringung von weiteren Dienstleistungen**
- Beschränkung des **Online-Handels** mit OTC-Arzneimitteln
- Beschränkung der apothekeneigenen **Zustelleinrichtungen**
- **Apothekenvorbehalt** für OTC-Arzneimittel

Daran anknüpfend wird analysiert, inwieweit verstärkt **Wettbewerbsprozesse** in die untersuchten Bereiche des Apothekenmarkts (bzw in die in Apotheken erbrachten Leistungen) implementierbar sind, ohne dabei die Sicherstellung einer klaglosen Heilmittelversorgung zu mindern, und **welche positiven Effekte von diesen Wettbewerbsprozessen zu erwarten sind**.

¹ Wenn im Folgenden der Begriff "Apotheke" verwendet wird, ist darunter eine öffentliche Apotheke iSd ersten Abschnitts des Apothekengesetzes (Gesetz vom 18. Dezember 1906, betreffend die Regelung des Apothekenwesens), StF RGBl Nr 5/1907 idF BGBl I Nr 127/2017, zu verstehen.

Folgende Empfehlungen werden abgegeben:

1. WEGFALL DER BEDARFSPRÜFUNG

Umsetzung im Rahmen einer gesetzlichen Maßnahme

Positive zu erwartende Effekte:

- Bessere Versorgung der Konsumenten durch eine gesteigerte Zahl an Apotheken
- Gesteigerter Qualitätswettbewerb zwischen Apotheken
- Preiswettbewerb im OTC-Bereich

2. LIBERALISIERUNG DES FILIALSYSTEMS

Umsetzung im Rahmen einer gesetzlichen Maßnahme

Positive zu erwartende Effekte:

- Erzielung von Skaleneffekten
- Sicherung der Heilmittelversorgung insb in ländlichen Gebieten

3. BEIBEHALTUNG DES KETTEN- UND FREMDBESITZVERBOTS

Eine vertikale Integration würde die Wahrscheinlichkeit des Auftretens negativer Folgen wie Marktzutrittsbarrieren, die Abschottung „fremder“ Apotheken und das Verschieben der Sortimentsbreite und -tiefe zu Gunsten der vom Großhändler angebotenen Waren massiv erhöhen

4. LIBERALISIERUNG DER ÖFFNUNGSZEITEN

Umsetzung im Rahmen einer gesetzlichen Maßnahme (Anpassung an die allgemeinen Ladenöffnungszeiten)

Positive zu erwartende Effekte:

Verbesserte Versorgung der Konsumenten mit Arzneimitteln

5. LIBERALISIERUNG DER DIENSTLEISTUNGEN

Umsetzung im Rahmen einer gesetzlichen Maßnahme

Positive zu erwartende Effekte:

- Stärkung des Qualitätswettbewerbs zwischen Apotheken
- Stärkung des Beitrags der Apotheke als Gesundheitseinrichtung für die Volksgesundheit

6. LIBERALISIERUNG DES ONLINE-HANDELS MIT ARZNEIMITTELN

Umsetzung im Rahmen einer gesetzlichen Maßnahme

Positive zu erwartende Effekte:

- Belebung des (Preis)Wettbewerbs zwischen österreichischen Online-Apotheken, zwischen österreichischen Online-Apotheken und stationären Apotheken sowie zwischen österreichischen und ausländischen Online-Apotheken

7. LIBERALISIERUNG DER ZUSTELLEINRICHTUNGEN

Umsetzung im Rahmen einer gesetzlichen Maßnahme sowie Überarbeitung der Standesvorschriften

Positive zu erwartende Effekte:

- Verbesserte, da breitere Versorgung der Konsumenten mit Arzneimitteln
- Transparenz und Gleichbehandlung bei der Zustellung von Arzneimitteln für Apotheken

8. LIBERALISIERUNG DES OTC-MARKTES

Umsetzung im Rahmen einer gesetzlichen Maßnahme

Positive zu erwartende Effekte:

- Verbesserte, da breitere Versorgung der Konsumenten mit OTC-Arzneimitteln
- Gesteigerter Preiswettbewerb durch Markteintritt der Drogerien
- Gesteigerter Qualitätswettbewerb insb bei der Beratungsleistung

II. Hintergrund der Untersuchung

Die BWB hat im Jahr 2017 mit der Durchführung der Branchenuntersuchung im Gesundheitsmarkt auf Grundlage von § 2 Abs 1 Z 3 WettbG begonnen. Die BWB ist zur **allgemeinen Untersuchung eines Wirtschaftszweigs** befugt, sofern Umstände vermuten lassen, dass der Wettbewerb in dem betreffenden Wirtschaftszweig eingeschränkt oder verfälscht ist. In den vergangenen Jahren wurden zahlreiche Beschwerden über den Gesundheitsmarkt an die BWB herangetragen, darüber hinaus erfolgte im Rahmen der Zusammenschlusskontrolle bereits eine intensive Auseinandersetzung mit einzelnen Bereichen des Gesundheitsmarktes.²

Der **Apothekenmarkt** wurde als einer jener Teilbereiche des Gesundheitsmarktes festgelegt, welcher im Rahmen der Branchenuntersuchung einer genaueren Überprüfung unterzogen werden sollte.

Die **klaglose Versorgung der Bevölkerung mit Heilmitteln** ist ein legitimes öffentliches Interesse für eine Beschränkung des Wettbewerbs. Wettbewerb führt grundsätzlich zu einem breiteren Zugang zu den jeweiligen Waren und zu niedrigeren Preisen für Konsumenten. In diesem Sinne ist aus wettbewerblicher Sicht im Folgenden zu erläutern, ob die derzeit bestehende umfassende Regulierung des Apothekenmarktes tatsächlich notwendig ist, um die klaglose Versorgung der Bevölkerung mit Heilmitteln sicherzustellen oder ob nicht (Teil)Liberalisierungen des Apothekenmarktes unter Berücksichtigung der öffentlichen Interessen zu effizienteren Ergebnissen für die Konsumenten führen würden. Das Solidarsystem wird hierbei nicht in Frage gestellt, vielmehr werden **wettbewerbsökonomische Defizite im bestehenden System aufgezeigt und im Rahmen einer Gesamtbetrachtung Adaptierungen im Sinne eines verbesserten Wettbewerbs vorgeschlagen.**

Der Wettbewerb kann seine positiven Auswirkungen nur dann entfalten, wenn die **Besonderheiten des Apothekenmarktes** und das ihm innewohnende Marktversagen dabei berücksichtigt werden. Am Apothekenmarkt wird mit Arzneimitteln gehandelt. Insbesondere die nicht bestimmungsgemäße Einnahme von Arzneimitteln kann negative Folgen für die Gesundheit und das Leben nach sich ziehen. Arzneimittel sind jedoch für die Volksgesundheit unerlässlich. Daraus folgen **hohe Ansprüche an die Herstellung, den Vertrieb und die Anwendung von Arzneimitteln.**

Aus einer wettbewerbsökonomischen Perspektive handelt es sich bei Arzneimitteln um sogenannte **Vertrauensgüter („credence goods“)**. Vertrauensgüter sind solche Güter, bei welchen der Konsument auch nach dem Kauf nicht beurteilen kann, welche Qualität das gekaufte Gut gehabt hat und ob es tatsächlich das benötigte Gut war, was zu einer erheblichen **Informationsasymmetrie** zwischen Anbieter (Arzt oder Apotheker) und Nachfrager (Konsument) führt.³ Es verfügen auch nicht sämtliche Marktteilnehmer über die relevanten Informationen wie Preis und Qualität (**mangelnde**

² Vgl zB BWB/Z-2736 (OLG Wien als Kartellgericht 03.11.2015, 27 Kt 40,41/15), BWB/Z-2750 (OLG Wien als Kartellgericht 09.02.2016, 27 Kt 2/16w, 27 Kt 3/16t-68; OGH als KOG 07.07.2016, 16 Ok 5/16w).

³ Vgl statt vieler Dulleck/Kerschbamer/Sutter, The Economics of Credence Goods: An Experiment on the Role of Liability, Verifiability, Reputation, and Competition, American Economic Review 2011, 530 (530): „Generally speaking, credence goods have the characteristic that though consumers can observe the utility they derive from the good ex post, they cannot judge whether the type or quality of the good they have received is the ex ante needed one.“

Markttransparenz). Hinzu kommt, dass zumindest im Bereich der erstattungsfähigen Arzneimittel **keine Preissensitivität** des Nachfragers besteht, da der Nachfrager in der Regel keine Wahl bei der Auswahl des Arzneimittels hat und da die Kosten mit Ausnahme der Rezeptgebühr von der Krankenversicherung getragen werden.

Im Ergebnis ist deshalb eine **Regulierung des Apothekenmarktes** in einem gewissen Ausmaß unzweifelhaft **notwendig**. Diese grundsätzliche Notwendigkeit zur Regulierung vermag jedoch nicht jegliche Regulierung zu rechtfertigen. Die positiven Effekte von Wettbewerbsprozessen sollten vielmehr auch auf diesem Markt genutzt werden. Wettbewerb verlangt vergleichbare Leistungen. Im Gegensatz zu den Leistungen in Krankenanstalten oder von Ärzten, bei denen eine Vergleichbarkeit der Leistung in vielen Bereichen nur schwer erzielbar ist, sind die in **Apotheken erbrachten Leistungen jedoch vergleichbar und damit grundsätzlich wettbewerbsfähig**.

Der österreichische Apothekenmarkt ist durch eine **sehr engmaschige Regulierung** gekennzeichnet. In Europa herrscht in Bezug auf Apotheken keine einheitliche Wettbewerbs- oder Regulierungspolitik. In den letzten Jahrzehnten gab es in zahlreichen europäischen Mitgliedstaaten **umfassende Deregulierungs- und Liberalisierungsbemühungen**.

III. Vorgehensweise der BWB

Die Untersuchung umfasst drei Teilbereiche des Apothekenmarktes: den Zutritt zum Apothekenmarkt, die Eigentumsverhältnisse an Apotheken und die Ausübung der Tätigkeit am Apothekenmarkt. Diese Teilbereiche werden jeweils näher erläutert und überprüft, ob eine (Teil)Aufhebung der dort festgestellten (Wettbewerbs)Beschränkungen aus ökonomischer Sicht und vor dem Hintergrund der bestehenden öffentlichen Interessen zweckmäßig wäre und welche positiven Wettbewerbsprozesse zu erwarten wären.

Die Untersuchung der BWB stützt sich auf die existierende **wissenschaftliche Literatur**, bestehende **Untersuchungen anderer nationaler Wettbewerbsbehörden** und die **Erfahrungsberichte** aus anderen Ländern, die bereits eine Liberalisierung und/oder Deregulierung des Apothekenmarktes vorgenommen haben. Im Zuge der Untersuchung wurden **Auskunftsverlangen** gemäß § 11a Abs 1 Z 1 WettbG an verschiedene Marktteilnehmer versendet. Zudem wurden **Gespräche mit Marktteilnehmern** geführt. Die Analyse der bestehenden Beschränkungen auf wettbewerbslicher Basis erfolgte unter Berücksichtigung der Besonderheiten des österreichischen Arzneimittelmarktes. Aufgrund der derzeit bestehenden überaus hohen Regulierungsdichte ist ein Großteil der abgegebenen Empfehlungen mit der **Setzung entsprechender gesetzlicher Maßnahmen verbunden**.

IV. Allgemeines zum Apothekenmarkt in Österreich

1. Gesundheitsausgaben in Österreich

Im Jahr 2016⁴ betrugen die **Gesundheitsausgaben** in Österreich insgesamt über € 39,6 Mrd; das entsprach einem BIP-Anteil von 11,2%. Im Vergleich dazu lagen im

⁴ Zum Forschungszeitraum waren umfassende Daten über die Gesundheitsausgaben lediglich bis zum Jahr 2016 verfügbar.

Jahr 1990 die Gesundheitsausgaben noch bei rund € 11,4 Mrd.⁵ Bei den öffentlichen Gesundheitsausgaben mit einer Gesamtsumme von € 27,3 Mrd entfiel der größte Teil auf den stationären Bereich (€ 12,6 Mrd), gefolgt von den Ausgaben für den ambulanten Bereich (€ 6,9 Mrd) und den Ausgaben für pharmazeutische Erzeugnisse und medizinische Ge- und Verbrauchsgüter (€ 3,7 Mrd). Diese Ausgaben für pharmazeutische Erzeugnisse erfassen die Ausgaben für den Apotheken- sowie den Krankenhausmarkt inkl USt. Die Privatausgaben für Arzneimittel betrugen im Jahr 2016 € 2,6 Mrd.

Damit sind im Zeitraum von 1990 bis 2015 sowohl im Bereich der öffentlichen als auch im Bereich der privaten Gesundheitsausgaben die Ausgaben für pharmazeutische Erzeugnisse stark angestiegen.⁶ Die Gründe für diesen Anstieg liegen unter anderem in der älter werdenden und damit vermehrt auf Arzneimittel angewiesenen Gesellschaft, einer gesteigerten Zuwendung der Patienten zur Selbstmedikation am OTC-Markt, einer Veränderung des epidemiologischen Krankheitsspektrums hin zu chronischen Krankheitsbildern und im gehäuftem Einsatz innovativer Medikamente. Wenngleich die Kosten der öffentlichen Hand für Arzneimittel durch bestimmte Maßnahmen⁷ in den vergangenen Jahren gedämpft werden konnten, stellt der Arzneimittelmarkt noch immer einen **massiven Kostentreiber** sowohl im Bereich der öffentlichen als auch im Bereich der privaten Gesundheitsausgaben dar. **Dies macht die Überprüfung dieses Bereichs auf wettbewerbsökonomische Defizite besonders relevant.**

2. Zahl der Apotheken

Arzneimittel werden in Österreich in Apotheken, in Hausapotheken und in Krankenanstaltenapotheken an die Konsumenten abgegeben. Im Jahr 2017 gab es in Österreich **1.357 Apotheken**, die alle privatwirtschaftlich als unabhängige Unternehmen aufgrund einer Konzession von einem Apotheker geführt werden. Darüber hinaus wurden 28 Filialapotheken betrieben. Das bedeutete im Vergleich zum Jahr 2015 einen Anstieg um 17 Apotheken und im mittelfristigen Vergleich zum Jahr 2007 einen Anstieg um 140 Apotheken. Die höchste Apothekendichte findet sich im Bundesland Wien mit 325 Apotheken, gefolgt von Niederösterreich mit 237 Apotheken, Oberösterreich mit 201 Apotheken, der Steiermark mit 197 Apotheken, Tirol mit 121 Apotheken, Kärnten mit 97 Apotheken, Salzburg mit 90 Apotheken, Vorarlberg mit 51 Apotheken und dem Burgenland mit 38 Apotheken. Hier ist zu beobachten, dass die Apothekendichte in den Bundesländern Burgenland und Vorarlberg in den letzten zehn Jahren sehr stabil geblieben ist, wohingegen in den Bundesländern Niederösterreich, Oberösterreich, Steiermark und Wien der höchste Zuwachs an Apotheken zu verzeichnen ist. Diese Zahlen verdeutlichen, dass **für neu eröffnete Apotheken**

⁵ Vgl Statistik Austria, Überblick - Gesundheitsausgaben in Österreich laut System of Health Accounts (SHA) 1990 - 2016, in Mio. Euro; http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsausgaben/index.html [Stand 07.05.2017].

⁶ So betrugen die privaten Ausgaben für pharmazeutische Erzeugnisse im Jahr 1990 noch € 654 Mio und die öffentlichen Ausgaben € 775 Mio; Vgl Statistik Austria, Überblick - Gesundheitsausgaben in Österreich laut System of Health Accounts (SHA) 1990 - 2016, in Mio. Euro; http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsausgaben/index.html [Stand 07.05.2018].

⁷ ZB eine Reduktion der MWSt für Arzneimittel von 20% auf 10%, der Abschluss eines Pharma-Rahmenvertrags zwischen dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger und der Pharmaindustrie und die Förderung eines ökonomischen Verschreibungsverhaltens der Ärzte.

sowohl ein Bedarf von Seiten der Konsumenten gegeben ist als auch ein wirtschaftlicher Anreiz für Apotheker, solche Apotheken zu gründen und zu betreiben.

In einem internationalen Vergleich fällt die **Apothekendichte** in Österreich mit 15,4 Apotheken pro 100.000 Einwohner **relativ gering** aus. Der OECD-Durchschnitt beträgt im Jahr 2015 25 Betriebsstätten pro 100.000 Einwohner.⁸ Spanien führt diese Statistik mit 47,2 Betriebsstätten pro 100.000 Einwohner an, auch Länder wie Irland (37,5), Frankreich (34) oder Italien (29,9) weisen eine hohe Apothekendichte auf, wohingegen Norwegen (15), Finnland (14,9) und Schweden (13,3) sich etwa auf einem Niveau mit Österreich bewegen. Dänemark bildet mit 3,9 das Schlusslicht in diesem Vergleich. In dieser Statistik erfasst sind ausschließlich öffentliche Apotheken, nicht jedoch andere Abgabeformen wie Krankenhausapotheken oder Hausapotheken von niedergelassenen Ärzten. In einigen der genannten Länder ist die Abgabe von Arzneimitteln durch niedergelassene Ärzte ein primärer Beschaffungsweg für Konsumenten. Auch in Österreich werden im ländlichen Gebiet Arzneimittel durch Hausapotheken führende niedergelassene Ärzte abgegeben.

Trotz der im internationalen Vergleich geringen Apothekendichte können laut Angaben der österreichischen Apothekerkammer 94,3% der österreichischen Bevölkerung die nächste Apotheke innerhalb von 10 Minuten erreichen.⁹

Rund **840** niedergelassene Ärzte betreiben in Österreich eine **Hausapotheke** und geben damit Arzneimittel ohne Zwischenschaltung einer Apotheke an die Konsumenten ab. Darüber hinaus bestehen 43 **Anstaltsapotheken**, die in Krankenanstalten betrieben werden.¹⁰

3. Umsätze in Apotheken

Im Jahr 2016 gab es am Apothekenmarkt und am Anstaltsapothekenmarkt eine sowohl **wertmäßige als auch mengenmäßige Steigerung** zu beobachten. So konnte der Apothekenmarkt wertmäßig nach Umsatz eine Steigerung von 5% wertmäßig nach Euro in Umsatz und 1,6% mengenmäßig nach Packungen verzeichnen, der Krankenhausmarkt eine Steigerung von 6,3% nach Euro in Umsatz und 1,8% mengenmäßig nach Packungen.¹¹

Die Apotheken in Österreich konnten im Jahr 2016 einen **Gesamtumsatz** von rund € 3,98 Mrd verzeichnen, darauf sind € 2,69 Mrd auf Krankenkassenumsätze und € 1,29 Mrd auf Privatumsätze entfallen.¹² Dies entspricht einer Steigerung des Gesamtumsatzes im Vergleich zum Jahr 2012 von € 600 Mio, wobei sowohl im Krankenkassen- als auch im Privatumsatzbereich eine ähnliche Steigerung

⁸ OECD Health at a Glance 2015, Pharmacists and pharmacies (http://www.oecd-ilibrary.org/sites/health_glance-2015-en/10/03/index.html?itemId=/content/chapter/health_glance-2015-67-en&mimeType=text/html) (Stand: 07.05.2018).

⁹ Österreichische Apothekerkammer, Apotheke in Zahlen 2017, 7. Diese Zahl sagt jedoch nichts über die konkrete Erreichbarkeit im Fall von Notdiensten aus.

¹⁰ 12 davon im Bundesland Wien, 11 in Oberösterreich, 6 in Niederösterreich, fünf in der Steiermark, drei in Kärnten und jeweils zwei im Burgenland und in Salzburg. In den Bundesländern Tirol und Vorarlberg gibt es jeweils eine Krankenhausapotheke.

¹¹ Pharmig, Daten und Fakten 2017 - Arzneimittel und Gesundheitswesen in Österreich.

¹² Österreichische Apothekerkammer, Apotheke in Zahlen 2017, 8. Die Privatumsätze erfassen hier jedoch über OTC-Produkte hinausgehende Produktgruppen wie etwa Kosmetik.

stattgefunden hat. Die Median-Apotheke machte im Jahr 2016 einen Gesamtumsatz von rund € 2,9 Mio. Das Gesamtvolumen des **OTC-Marktes**, dem Markt mit rezeptfreien Arzneimitteln, belief sich in Österreich im Jahr 2016 zu Apothekenverkaufspreisen auf rund € 821,3 Mio.¹³

Zum **Online-Handel mit Arzneimitteln** in Österreich liegen kaum aktuelle Verkaufszahlen vor (vgl jedoch grundsätzlich zum Online-Handel Punkt VII.3.). Der Online-Handel mit nicht rezeptpflichtigen Arzneimitteln ist für österreichische Apotheken erst **seit 2015 gesetzlich erlaubt**. Derzeit sind **52 Apotheken** in die Liste von registrierten Versandapotheken beim BASG eingetragen.¹⁴

4. Aufgaben der Apotheken

In der Regel haben Apotheken etwa 6.000 unterschiedliche **Arzneimittel lagernd**, in Arzneimittelpackungen gerechnet rund 19.500.¹⁵ Apotheken werden von **pharmazeutischen Großhändlern** oder direkt von **Herstellern** von pharmazeutischen Produkten beliefert. Derzeit gibt es in Österreich sechs vollsortierte Großhändler und zahlreiche teilsortierte Großhandelsbetriebe.¹⁶ Lieferungen finden mehrmals täglich statt und die österreichische Großhandelslogistik hat im internationalen Vergleich einen ausgezeichneten Ruf.

Die von Apotheken angebotenen Produkte unterteilen sich in **rezeptpflichtige Arzneimittel**¹⁷, rezeptfreie, aber apothekenpflichtige Arzneimittel (**OTC-Arzneimittel**) und das sogenannte **Nebensortiment**, wie etwa die nicht bloß rein dekorative Kosmetik.¹⁸ Die Preise und Margen für Arzneimittel sind Gegenstand **umfassender gesetzlicher Regelungen und behördlicher Kontrollen**. Die Apothekenspanne in Form eines degressiven Aufschlagsystems wird in der Österreichischen Arzneitaxe geregelt sowie die Vergütungssätze für die bei der magistralen Herstellung von Arzneimitteln aufgewendete Arbeit. Die Preise in der Österreichischen Arzneitaxe sind **Höchstpreise**.¹⁹ In diesem Sinne können die Apotheken im Bereich der nicht erstattungsfähigen Arzneimittel, das sind jene Arzneimittel, die vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger nicht in den Erstattungskodex aufgenommen worden sind, in einen **Preiswettbewerb** treten. Bei den erstattungsfähigen Arzneimitteln ist ein solcher Preiswettbewerb nicht möglich, da die (Fix)Kosten von den gesetzlichen Sozialversicherungsträgern getragen werden.

Apotheken bieten nicht nur **Arzneimittel** an, sondern auch sonstige Produkte wie etwa High-End-Kosmetik oder Nahrungsergänzungsmittel. Neben der Arzneimittelversorgung und der damit verbundenen Beratung können in Apotheken

¹³ Vgl Statista, Verteilung der verkauften OTC-Arzneimittel in Österreich nach dem Indikationsbereich im Jahr 2016.

¹⁴ Siehe die beim BASG geführte Liste der registrierten und geprüften österreichischen Versandapotheken:

https://versandapotheken.basg.gv.at/versandapotheken/verify/main?_afrLoop=81834163732998711&_afrWindowMode=0&_adf.ctrl-state=172skn1dut_4 (Stand 7.5.2018).

¹⁵ Österreichische Apothekerkammer, Apotheke in Zahlen 2017, 8.

¹⁶ Im Jahr 2016 gab es 280 Betriebe mit Großhandelskonzession in Österreich (Quelle: PHAGO).

¹⁷ Rund 80% der Arzneimittel sind rezeptpflichtig.

¹⁸ Dieses Nebensortiment ist gesetzlich nicht ausdrücklich geregelt.

¹⁹ § 1 Abs 2 Verordnung des Bundesministeriums für soziale Verwaltung vom 10. April 1962 womit eine Österreichische Arzneitaxe herausgegeben wird (Österreichische Arzneitaxe 1962), StF BGBl Nr 128/1962 idF BGBl II Nr 338/2017.

weitere Dienstleistungen wie Ernährungsberatung und Gesundheitsvorsorge angeboten werden. Die in der Apotheke erbrachte **klassische Beratungsleistung** im Hinblick auf die Wahl des richtigen Arzneimittels hat in den letzten Jahrzehnten an Bedeutung verloren. Es ist der Arzt, welcher dem Konsumenten ein Arzneimittel verschreibt und ihn dazu berät. Der Apotheker gibt das Arzneimittel an den Konsumenten ab und berät gegebenenfalls zu Wechselwirkungen und der richtigen Einnahme. Die – bis auf die Hausapotheken bestehende – Trennung zwischen Verschreibung und Abgabe ist nach wie vor sinnvoll. Auf diese Weise werden Interessenkonflikte vermieden und Gefahren wie etwa, dass vermehrt jene Arzneimittel abgegeben werden, für welche der Abgeber finanzielle Vorteile erlangt zB durch Vereinbarungen mit Herstellern von Arzneimitteln oder mit Krankenversicherungsträgern hintangehalten. Im OTC-Bereich besteht für den Apotheker noch ein weitreichenderer Beratungsspielraum.

V. Marktzutritt für Apotheken

1. Rechtliche Rahmenbedingungen

Gemäß § 9 ApothekenG ist der Betrieb einer öffentlichen Apotheke nur auf Grund einer **behördlichen Bewilligung (Konzession)** zulässig. § 10 ApothekenG regelt die Voraussetzungen für die Erteilung einer Konzession näher. So ist für eine neu zu errichtende öffentliche Apotheke eine Konzession dann zu erteilen, wenn am Standort ein Arzt seinen ständigen Berufssitz hat (Abs 1 Z 1) und wenn ein Bedarf an einer neu zu errichtenden Apotheke besteht (Z 2). Wann ein Bedarf besteht, wird in § 10 Abs 2 ApothekenG negativ definiert. Drei Kriterien werden aufgezählt, bei deren (alternativem) Vorliegen kein Bedarf besteht: Wenn sich zum Zeitpunkt der Antragstellung in der Gemeinde der in Aussicht genommenen Betriebsstätte eine ärztliche Hausapotheke befindet und weniger als zwei Vertragsstellen gemäß § 342 Abs 1 ASVG von Ärzten für Allgemeinmedizin besetzt sind (Z 1), oder wenn die Entfernung zwischen der in Aussicht genommenen Betriebsstätte und der Betriebsstätte der nächstgelegenen bestehenden öffentlichen Apotheke weniger als 500 Meter beträgt (Z 2), oder wenn sich die Zahl der Personen, die von einer der umliegenden bestehenden öffentlichen Apotheken weiterhin zu versorgen sind, in Folge der Neuerrichtung verringern und weniger als 5500 betragen wird (Z 3). Weiters besteht auch dann kein Bedarf, wenn zum Zeitpunkt der Antragstellung in der Gemeinde eine ärztliche Hausapotheke besteht (Abs 3 Z 1) und sich dort eine Vertragsgruppenpraxis, die in einer bestimmten Form besetzt ist, befindet (Abs 3 Z 2).

Die österreichische Regelung der Bedarfsprüfung für neu zu eröffnende Apotheken war bereits mehrfach Gegenstand sowohl der europäischen²⁰ als auch der nationalen Rechtsprechung.²¹ Allein im Jahr 2016 erfolgte deshalb zweimal eine Novellierung der Bestimmungen zur Bedarfsprüfung im ApothekenG.

Ohne für die Zwecke dieser Untersuchung näher auf die konkrete Ausgestaltung der derzeitigen Bedarfsprüfung eingehen zu müssen, kann aus wettbewerblicher Sicht

²⁰ Vgl EuGH 13.2.2014, C-367/12, *Sokoll-Seebacher*; EuGH 30.6.2016, C-634/15, *Sokoll-Seebacher und Naderhirn*.

²¹ Vgl insb VfSlg 15.103/1998; 17.681/2005; 18.241/2007; 18.513/2008, aber auch VwGH 27.3.2014, 2013/10/0209, VwGH 25.4.2014, 2013/10/0022; 12.8.2014, 2012/10/0181; 8.10.2014, Ro 2014/10/0096; 22.4.2015, 2013/10/0077.

festgehalten werden, dass dadurch der **freie Wettbewerb zwischen Apotheken eingeschränkt** wird.

2. Wettbewerbliche Beurteilung

Aus der derzeit bestehenden Bedarfsprüfung folgt, dass die Apotheken im Wesentlichen **frei von Wettbewerbsdruck** agieren können, weshalb die wirtschaftliche Existenz auch für jene Apotheken gesichert ist, die ineffizient oder für den Konsumenten mangelhaft geführt werden. Die Apotheken verfügen in ihrem geographischen Gebiet über eine **monopolartige Wettbewerbsposition**. Die mit Monopolen einhergehenden negativen Effekte werden im Fall der Apotheken durch die gesetzlichen Preisbildungsvorschriften (insbesondere die Höchstpreise) und zahlreiche Ausübungsvorschriften abgeschwächt.

Die derzeitige Bedarfsprüfung ist aus wettbewerblicher Sicht **überschießend** geregelt. Eine Deregulierung des Marktzutritts für Apotheken würde Apotheken erlauben, miteinander in Wettbewerb zu treten und damit **positive** Auswirkungen für die Konsumenten mit sich bringen sowie erhebliche Wohlfahrtseffekte generieren. Insbesondere zeigt die Erfahrung aus deregulierten Ländern, dass eine Deregulierung des Marktzutritts **keine negativen Auswirkungen auf die Arzneimittelversorgung am Land hat**. Aufgrund der neben der Bedarfsprüfung bestehenden engmaschigen und den Wettbewerb der Apotheken weiter einschränkenden Vorschriften (vgl. Punkt VII.), sollte mit einer **Abschaffung oder Umgestaltung der Bedarfsprüfung auch eine Lockerung weiterer Vorschriften einhergehen**.

3. Positive Auswirkungen der Deregulierung

a) Bessere Versorgung mit Arzneimitteln durch höhere Zahl an Apotheken

Im Fall einer Deregulierung des Marktzutritts für Apotheken hätte dies – wie in kürzlich liberalisierten Bereichen üblich – eine **Steigerung der Zahl der Apotheken** zur Folge. Studien aus deregulierten Apothekenmärkten zeigen einen solchen Anstieg deutlich.²² Eine größere Zahl an Apotheken hat eine **höhere Apothekendichte** und damit einen **besseren Zugang** zu Arzneimitteln sowie **kürzere Wartezeiten** zur Folge.

Ein geöffneter Markt ermöglicht eine raschere Anpassung an einen Wechsel der Bevölkerungsdichte im städtischen Bereich als eine Bedarfsprüfung.²³ Im Fall einer Deregulierung ist davon auszugehen, dass sich neue Apotheken zunächst in den Gebieten mit hohen Profitraten, nämlich **städtischen Gebieten** ansiedeln werden. Dort sind für die Apotheker wegen der hohen Zahl an potentiellen Kunden der größte Gewinn und damit einhergehend eine höhere wirtschaftliche Überlebenswahrscheinlichkeit der Apotheke zu erwarten. Für die Konsumenten sind insbesondere jene Apotheken von Interesse, die gut erreichbar sind, wie etwa Apotheken in der Nähe von Krankenanstalten, niedergelassenen Ärzten oder

²² Vgl. zB *Vogler/Habimana/Arts*, Does deregulation in community pharmacy impact accessibility of medicines, quality of pharmacy services and costs? Evidence from nine European countries, *Health Policy* (2014) 311; *Rudholm*, Entry of new pharmacies in the deregulated Norwegian pharmaceuticals market - Consequences for costs and availability, *Health Policy* (2008) 258; vgl. für Spanien CNMC, E/CNMC/003/15, Study of the Retail Medicine Distribution Market in Spain (2015) 86 ff. OFT, Evaluating the impact of the 2003. OFT study on the Control of Entry regulations in the retail pharmacies market: Office of Fair Trading (2010).

²³ Vgl. auch BVerfGE v 11.06.1958, 7, 377 - Apotheken-Urteil, Rz 114.

Verkehrsknotenpunkten. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass neue Apotheken in den Markt eintreten werden, so lange ein für den Apotheker akzeptabler Gewinn erwirtschaftet werden kann. Bei einer entsprechenden Sättigung von Apotheken im städtischen Bereich kommt es zu einer Senkung der Profitrate, weshalb keine weiteren Apotheken in diesen Markt eintreten oder Apotheken auch wieder aus dem Markt austreten werden. Die Zahl der Apotheken wird nicht stärker sinken, als dies aufgrund der ohnehin zu erwartenden Marktbereinigung sinnvoll wäre. Wenn in den Gunstlagen eine Sättigung erreicht ist, wird es auch in **Randlagen**, die nicht mit einer so hohen Profitrate wie zentrale Stadtlagen verbunden sind, zu Apothekengründungen kommen.

Erfahrungswerte aus deregulierten Ländern zeigen, dass eine **Deregulierung des Marktzutritts keine negativen Auswirkungen** auf die Arzneimittelversorgung am Land hat. Zum einen können sich auch in **ländlichen Gebieten neue Apotheken** ansiedeln, zum anderen werden die bereits bestehenden ländlichen Apotheken durch Neugründungen in den Städten oder Randlagen nicht in ihrer Existenz gefährdet, da am Land weiterhin eine entsprechende Nachfrage besteht, selbst wenn die Gewinnspanne der ländlichen Apotheken nicht so hoch ausfällt wie jene der Apotheken in städtischen Lagen, wie dies auch in einem regulierten Markt der Fall ist.

Da Österreich über eine **große Zahl an Apothekern** verfügt, besteht auch personell ausreichend Potential für Neugründungen von Apotheken.²⁴ Darüber hinaus besteht durch die Apotheken einerseits und die derzeit 840 **Hausapotheken** führenden niedergelassenen Ärzte andererseits ein doppeltes System der Heilmittelversorgung am Land.²⁵ In einigen Ländern wurden darüber hinaus Anreizsysteme entwickelt, um der Schließung von Apotheken am Land entgegenzuwirken.²⁶

b) Gesteigerter Qualitätswettbewerb zwischen Apotheken

Mit einer Liberalisierung des Marktzutritts und dem daraus resultierenden Wettbewerb zwischen Apotheken ist eine **Steigerung des Qualitätswettbewerbs** und insbesondere der **Servicequalität** gegenüber den Konsumenten zu erwarten. Derzeit ist der Qualitätswettbewerb nicht ausreichend ausgebildet; eine mangelhafte Servicequalität bringt kaum negative Folgen mit sich. Bei einer Liberalisierung wird sich der Qualitätswettbewerb wegen des weitgehend fehlenden Preiswettbewerbs als wesentliche Triebfeder und **Unterscheidungsmerkmal** zwischen den Apotheken herausbilden. Märkte ohne Zutrittsbeschränkungen orientieren sich stärker an den Wünschen der Nachfrager. Die Apotheken können die Liberalisierung des Marktzutritts und den daraus resultierenden Wettbewerbsdruck zu ihrem Vorteil nutzen, um sich zu einem **wesentlichen Dienstleister auf dem Gesundheitsmarkt zu etablieren**.

²⁴ In Österreich gab es im Jahr 2014 5.647 Apotheker. Österreich verfügt im internationalen Vergleich über ein sehr hohes Beschäftigungsausmaß von Apothekern in Apotheken (4 pro Apotheke); Österreichische Apothekerkammer, Apotheke in Zahlen 2017, 32.

²⁵ Grundsätzlich besteht eine Surrogatfunktion der Hausapotheken gegenüber öffentlichen Apotheken (vgl. VfSlg 15.103/1998). Lediglich in einem (Sonder-)Fall hat der Gesetzgeber den Vorrang von ärztlichen Hausapotheken gegenüber einer öffentlichen Apotheke vorgesehen. Dies wird in den Materialien (AA-202, 22. GP, 5) einerseits mit der Sicherstellung der medizinischen Versorgung der Landbevölkerung und andererseits damit begründet, dass ärztliche Ordinationen in diesen Regionen oft nur in Verbindung mit einer ärztlichen Hausapotheke wirtschaftlich tragfähig sind (vgl. VfSlg 20.054/2016).

²⁶ Vgl. etwa England, Dänemark oder Norwegen.

Da die Abgabe derzeit zu rund 70% aus verschreibungspflichtigen Arzneimitteln besteht, ohne dass hier eine Einflussmöglichkeit des Konsumenten oder des Apothekers bestünde, rückt die **Servicequalität** für die Konsumenten immer mehr in den Vordergrund. Die Konsumenten erachten hier insbesondere die Kompetenz und Freundlichkeit der Mitarbeiter einer Apotheke, die Wartezeiten, das Vorhandensein von Zusatzservices (zB generelle Gesundheitsberatungen, Impfchecks) und die Öffnungszeiten als maßgebliche Kriterien. § 10 ABO bestimmt, dass der Apotheker Konsumenten zu informieren und zu beraten hat, wenn dies aus Gründen der Arzneimittelsicherheit notwendig ist, die Abgabe des Arzneimittels eine Beratung erforderlich macht oder eine Beratung verlangt wird. Die Möglichkeit der unmittelbaren persönlichen Beratung und Information durch einen Apotheker muss bei jeder Arzneimittelabgabe gegeben sein. Die Beratung macht im Durchschnitt etwa **vier bis fünf Minuten pro Konsument** aus.²⁷ Kundenumfragen aus dem Jahr 2015 haben ergeben, dass im Vergleich zur Zufriedenheit mit dem Einzelhandel die Zufriedenheit mit den Apotheken signifikant sinkt.²⁸ Die wesentlichen Gründe für die steigende Unzufriedenheit sind **zu lange Wartezeiten und zu knappe Öffnungszeiten** (vgl Punkt VII.1.).

Die österreichischen Apotheken bieten neben den klassischen Beratungsleistungen **weitere Dienstleistungen zu Zwecken der Kundenbindung** an, wie etwa den Apothekenruf,²⁹ ein Medikationsmanagement bei einem separaten Termin³⁰ oder Gesundheitschecks. Im Hinblick auf die Zusatzleistungen, welche eine Apotheke erbringen darf, bestehen durch die ABO erhebliche Einschränkungen. Bei den angebotenen Leistungen geht es stets um die Beratung und Information in Fragen von Gesundheit, Ernährung und gesunder Lebensführung.³¹ Ein bloß auf irgendeine Weise gegebener „Gesundheitsbezug“ ist laut VwGH nicht ausreichend.³²

Soweit die klaglose Bereitstellung der Heilmittelversorgung nicht gefährdet ist und der eigentliche Apothekenbetrieb dadurch nicht beeinträchtigt wird, ist neben der Abschaffung oder Umgestaltung der Bedarfsprüfung eine **Lockerung der entsprechenden gesetzlichen Regelungen empfehlenswert**, damit Apotheken durch zusätzliche Dienstleistungen miteinander in vermehrten Qualitätswettbewerb treten können (vgl hierzu Punkt VII.2.).

c) Preiswettbewerb im OTC-Bereich

Stehen die Apotheken nach einer Deregulierung des Marktzutritts primär in einem intensiven Qualitätswettbewerb, ist in gewissem Umfang auch ein **Preiswettbewerb** im OTC-Bereich zu erwarten.

Ein Großteil des Umsatzes der Apotheken erfolgt mit Kassenumsätzen und damit mit preisgebundenen Arzneimitteln. Dennoch gewinnen OTC-Arzneimittel am

²⁷ Vgl *Vogler/Arts/Sandberger*, Impact of pharmacy deregulation and regulation in European countries (Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH), 2012, 175 ff.

²⁸ Umfrage von Kreutzer Fischer Partner, Dez 2015. Das Jahr 2015 lag diesbezüglich signifikant unter den Werten der Referenzerhebung aus 2012. Nur noch vergleichsweise 71% der Respondenten waren mit dem letzten Einkauf in einer Apotheke „alles in allem“ wirklich zufrieden. Gegenüber 2012 ist das ein Minus von acht Prozentpunkten.

²⁹ Österreichische Apothekerkammer, Apotheke in Zahlen 2016, 16.

³⁰ Österreichische Apothekerkammer, Apotheke in Zahlen 2016, 16.

³¹ Vgl VwGH 25.01.2017, Ro 2014/10/0085.

³² Vgl VwGH 25.01.2017, Ro 2014/10/0085.

Apothekenmarkt immer mehr an Bedeutung. Im Jahr 2017 wurden am **OTC-Markt** insgesamt **€ 853 Mio** ausgegeben, was ein **Umsatzplus von 2,1%** zum Vorjahr bedeutet.³³ Im OTC-Bereich hat der Konsument freie Arzneimittelwahl, muss die Kosten jedoch selbst tragen. Die Selbstmedikation wird für Konsumenten wegen des steigenden Gesundheitsbewusstseins immer attraktiver, sei es, um sich bei Erkältungskrankheiten selbst zu behandeln, um volle Wartezimmer bei Ärzten zu umgehen, sei es, sich im Sinne der Selbstoptimierung mit Nährstoffen und Vitaminen zu versorgen. Die dabei angebotenen OTC-Arzneimittel sind aus Kundensicht beinahe perfekte Substitute, da die Apotheken überwiegend die gleichen Produkte anbieten und derzeit nur wenige Eigenmarken verkauft werden. Aus diesem Grund ist am OTC-Markt ein **Preiswettbewerb** möglich. Die ökonomische Theorie und internationale Studien über Preiswettbewerb nach Deregulierungsmaßnahmen zeigen das Entstehen von (zumindest einem geringen) Preiswettbewerb im OTC-Bereich³⁴ und daraus resultierende sinkende Preise.³⁵ In Österreich kann dieser Preiswettbewerb wegen der **für den Konsumenten geringen Preistransparenz** und der **Werbebeschränkungen für Apotheken** nur in geringem Ausmaß stattfinden.³⁶ Auch hier sollten begleitende Maßnahmen getroffen werden, um einen Preiswettbewerb zwischen den Apotheken zu erleichtern.

Im Ergebnis ist eine **Aufhebung oder erhebliche Umgestaltung der Bedarfsprüfung zu empfehlen**. Dies würde aufgrund der gesteigerten Zahl an Apotheken zu einer besseren Versorgung der Konsumenten führen. Der Qualitätswettbewerb zwischen den Apotheken (insbesondere die Beratungsleistung) würde intensiviert werden. Im Bereich der OTC-Arzneimittel ist ein Preiswettbewerb mit daraus resultierenden sinkenden Preisen zu erwarten. Zur Umsetzung sind gesetzliche Maßnahmen erforderlich.

VI. Eigentumsverhältnisse an Apotheken

Im Rahmen einer wettbewerblichen Auseinandersetzung mit der Liberalisierung des Apothekenmarktes sind auch die derzeit bestehende **Regulierung der Eigentumsverhältnisse** an Apotheken und der Führung von Apotheken zu beachten. Dabei ist aufgrund der in Österreich derzeit bestehenden **geringen Zahl an vollsortierten Großhändlern** und den **Verschrankungen zwischen Großhändlern und Apotheken** davon auszugehen, dass der Großhandel vorhat, weiter in den Apothekenmarkt vorzudringen (**vertikale Integration**). Dies würde bei der derzeitigen Struktur des Großhandels zu einer **Verstärkung des Oligopols** mit den damit verbundenen **negativen Folgen** führen. Eine Aufhebung des derzeitigen Kumulierungs- und Fremdbesitzverbots ist deshalb nicht angezeigt. Allerdings wird eine Erweiterung der durch einen Apotheker zu führenden Filialapotheken empfohlen.

³³ IGEPHA Jahresbericht 2017, 10. Der Umsatz am Consumer Health Markt betrug im Privatverkauf im Jahr 2017 € 1,125 Mrd.

³⁴ Vgl zB *Stargardt/Schreyögg/Busse*, Pricing behaviour of pharmacies after market deregulation for OTC drugs: the case of Germany, Health Policy (2007) 30.

³⁵ Vgl zB Dänemark, Ungarn, Frankreich und das Vereinigte Königreich.

³⁶ Grundsätzlich können bedachte Preisaktionen der Apotheken im gesetzlichen Rahmen zu einer stärkeren Kundenbindung führen. Hierbei ist jedoch auf das derzeit geltende Verbot der Arzneimittelpreiswerbung Bedacht zu nehmen (vgl § 18 Berufsordnung gem § 25 ApothekerkammerG). Eine Preiswerbung (Werbung mit Rabatten oder Gutscheinen) für das Nebensortiment ist in bestimmten Grenzen zulässig.

1. Rechtliche Rahmenbedingungen

§ 2 ApothekenG regelt das **Kumulierungsverbot**. Demnach ist von der Erteilung der Konzession zum Betrieb einer Apotheke ausgeschlossen, wer bereits Inhaber einer Konzession zum Betrieb einer solchen Apotheke ist. Neben Inhabern einer österreichischen Apothekenkonzession gilt dies auch für Personen, die eine Berechtigung zum Betrieb einer Apotheke in einem anderen EWR-Staat oder in der Schweiz besitzen. Darüber hinaus besteht in § 2 Abs 2 ApothekenG ein Kumulierungsverbot für Pächter und Leiter einer Apotheke. Diese dürfen keine andere Apotheke pachten oder leiten. Hintergrund dieser Regelung ist die Annahme, dass eine Apotheke nach dem **Grundsatz der persönlichen Betriebsführung** von einem Apotheker geführt werden sollte (vgl §§ 4 und 12 ApothekenG). In diesem Sinne regelt § 4 ApothekenG, dass eine Apotheke durch den Konzessionsinhaber, Pächter oder Leiter zu führen und diese Leitung persönlich auszuüben ist. Der Apothekenleiter hat seine Leitungskompetenzen selbst wahrzunehmen und die wesentlichen Betriebsvorgänge durch eigenes Handeln oder durch seine Entscheidungen und Anweisungen maßgeblich zu bestimmen sowie den Betrieb laufend zu überwachen.³⁷ Eine Konzession erlangt nur derjenige, der die persönliche Eignung gemäß § 3 ApothekenG und damit die allgemeine Berufsberechtigung als Apotheker innehat (§ 3b ApothekenG).³⁸

Aus diesen Bestimmungen resultiert im Wesentlichen ein **Ketten- und Fremdbesitzverbot**, da ein Konzessionsinhaber über eine Berufsberechtigung als Apotheker verfügen muss und lediglich eine einzelne Apotheke betreiben darf. Eine Apothekenkettenbildung etwa durch den Großhandel ist deshalb nicht möglich. Der EuGH hat sich in seiner Rechtsprechung bereits mehrfach mit dem Fremdbesitzverbot für Apotheken auseinandergesetzt und ein solches als grundsätzlich nicht unionsrechtswidrig erkannt.³⁹

Abgeschwächt wird das Fremdbesitzverbot durch die Bestimmung des § 12 ApothekenG. Danach ist der Apothekenbetrieb grundsätzlich in der Rechtsform eines **Einzelunternehmens** des Konzessionsinhabers zu führen, allerdings wird in Abs 2 die Ausnahme vorgesehen, wonach die Errichtung und der Betrieb einer Apotheke in der **Rechtsform einer Personengesellschaft** (d.h. OG, KG) zulässig ist,⁴⁰ wenn der Konzessionsinhaber Gesellschafter mit ausschließlicher Geschäftsführungs- und Vertretungsbefugnis insbesondere allein berechtigt ist, sämtliche für die ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung der Bevölkerung notwendigen Maßnahmen durchzuführen und über eine Beteiligung von mehr als der Hälfte am gesamten

³⁷ ErläutRV 760 BlgNR 18. GP 5. Eine Leitung durch einen Pächter ist nach § 17 ff ApG zulässig. § 2 ABO 2005 bestimmt, dass Vereinbarungen, die das Leitungsrecht des Leiters beschränken, hinsichtlich der ihm nach den apothekenrechtlichen Bestimmungen zukommenden Befugnisse rechtlich wirkungslos sind. Der Apothekenleiter trägt außerdem die pharmazeutisch-fachliche Verantwortung für den gesamten Betrieb. Vgl auch § 10 Abs 2 Berufsordnung der Apotheker, welche zur persönlichen Leitung verpflichtet und entgegenstehende Nebenleistungen untersagt.

³⁸ Vgl zur Unionsrechtskonformität EuGH 19.05.2009, C-171/07, *Apothekerkammer des Saarlandes* und C-172/07, *Neumann-Seiwert*.

³⁹ EuGH 19.05.2009, C-171/07, *Apothekerkammer des Saarlandes* und C-172/07, *Neumann-Seiwert*.

⁴⁰ Abs 3 erlaubt unter den in Abs 2 genannten Voraussetzungen auch eine stille Gesellschaft. Juristische Personen wie eine GmbH, eine AG und Privatstiftung sowie Kommanditgesellschaften, deren Komplementär eine juristische Person ist (zB GmbH & Co. KG) sind ausdrücklich unzulässig.

Apothekenunternehmen verfügt. Das bedeutet, dass keinem anderen Gesellschafter Geschäftsführungsbefugnisse eingeräumt werden dürfen.⁴¹

Nach dieser Bestimmung ist die wirtschaftliche Beteiligung eines Konzessionsinhabers an einer weiteren Apotheke unter Einhaltung der in § 12 ApothekenG geregelten Vorgaben zulässig. Innerhalb dieser Grenzen ist auch die Beteiligung von apothekenfremden Unternehmen wie etwa pharmazeutischen Großhändlern möglich.

Das Gebot der Leitung einer einzigen Apotheke wird ebenfalls durch eine Bestimmung im ApothekenG abgemildert. So bestimmt § 24 ApothekenG, dass dem Inhaber einer öffentlichen Apotheke die Bewilligung zum Betrieb einer **Filialapotheke** für eine Ortschaft, in der sich keine Apotheke oder Hausapotheke befindet, zu erteilen ist, wenn diese Ortschaft nicht mehr als vier Straßenkilometer von der Betriebsstätte der Apotheke entfernt ist und der Bedarf nach einer Verabreichungsstelle von Arzneimitteln besteht. Diese Filialapotheken unterliegen abgeschwächten Anforderungen an die Betriebszeiten (§ 24 Abs 4 ApothekenG) und an die räumlichen Mindestanforderungen (§ 24 Abs 5 ApothekenG).

2. Wettbewerbliche Beurteilung

Die Bestimmungen über die Eigentumsverhältnisse führen zu **Beschränkungen** für Apotheker und andere Unternehmer, mehrere Apotheken gleichzeitig zu betreiben und daraus Effizienzen zu generieren. Im Fall einer Aufhebung des Fremdbesitzverbots und einer Liberalisierung des Apothekenmarktes stellt sich die Frage, wer neue Apotheken eröffnen würde und welche wettbewerblichen Folgen damit verbunden wären.

Für den Betrieb einer Apotheke kommen drei unterschiedliche **Betreibergruppen** in Frage: natürliche Personen, die **Apotheker** sind (a), (natürliche und juristische) **Personen**, die weder Apotheker sind noch einer Tätigkeit am pharmazeutischen Sektor nachgehen (b) sowie als **Hersteller oder Großhändler** auf dem pharmazeutischen Sektor tätige (natürliche und juristische) Personen (c).⁴²

a) Apotheker

Entsprechend den geltenden Rechtsvorschriften werden Apotheken von fachlich ausgebildeten Apothekern geführt. Ein Apothekenbetreiber ist daran interessiert, **Gewinn zu erwirtschaften**, er führt die Apotheke jedoch auch unter einem **beruflich-fachlichen Blickwinkel**.⁴³

Der derzeit herrschenden Einschränkung der Tätigkeit auf dafür ausgebildete und geschulte Personen ist auch aus wettbewerblicher Sicht nichts entgegenzuhalten, da im Apothekenmarkt dem öffentlichen **Interesse an einer klaglosen und sicheren Heilmittelversorgung** maßgebliches Gewicht zukommt.⁴⁴ In diesem Sinne ist eine Liberalisierung des Betriebs einer Apotheke auf pharmabranchenfremde natürliche

⁴¹ Vgl VwGH 03.12.1982, 82/08/0191.

⁴² Vgl auch die Unterteilung in EuGH 19.05.2009, Rs C-171/07 *Apothekerkammer des Saarlandes* und C-172/07, *Neumann-Seiwert* C-172/07.

⁴³ Vgl EuGH 19.05.2009, C-171/07, *Apothekerkammer des Saarlandes* und C-172/07, *Neumann-Seiwert* Rn 37.

⁴⁴ Vgl zB VfSlg 15.103/1998.

sowie juristische Personen dann denkbar, wenn durch eine gesetzliche Regulierung ausreichend Vorsorge für die fachliche pharmazeutische Leitung der Apotheke getragen wird. Bei einem Betrieb durch ein Unternehmen aus dem pharmazeutischen Sektor oder ein **pharmabranchenfremdes Unternehmen** besteht allerdings die **Gefahr**, dass es zu einer **absatzorientierten Beratung** der Konsumenten kommen könnte. Dem kann auch mit einer Anstellung von qualifiziertem Apothekenpersonal nicht schlechthin entgegengewirkt werden, da es den Apothekern als Angestellten nur schwer möglich sein würde, sich den vom Betreiber erteilten Anweisungen zu widersetzen.⁴⁵

b) Auf dem pharmazeutischen Sektor tätige Hersteller oder Großhändler

Eine besondere Situation entsteht, wenn bereits am pharmazeutischen Sektor tätige **Großhändler oder Hersteller auf den Apothekenmarkt drängen**.

Derzeit sind am österreichischen Markt **sechs vollsortierte Großhändler** mit teils erheblichen Marktanteilen tätig.⁴⁶ Die **drei marktstärksten Unternehmen** verfügen derzeit gemeinsam über einen **Marktanteil von [75-85%]** am Markt für den Großhandel mit pharmazeutischen Produkten **zur Belieferung von Apotheken und Hausapotheken**.⁴⁷ Die Großhändler führen das gesamte bzw fast das gesamte Spektrum an Arzneimitteln. Die Funktion des Großhandels besteht zum einen in der Lagerhaltung zum anderen in der Lieferung der Arzneimittel an die Apotheken. Die Apotheken werden von den Großhändlern durch ein aufwendig entwickeltes Logistiksystem in der Regel drei Mal täglich beliefert. Wegen der Regulierung der Preisbildung und hinsichtlich des Verkaufs von Arzneimitteln können die Großhändler auf die **Preise und Mengen für die Endnachfrager sowie die Qualität der Produkte kaum Einfluss nehmen**. Deshalb haben Großhändler in der Vergangenheit immer wieder nach Möglichkeiten gesucht, um ihre Position am Markt zu verbessern, etwa durch **Beteiligungen an Apotheken**. Die Bestimmung des § 12 Abs 2 ApothekenG erlaubt eine solche Beteiligung **eines Großhändlers an einer Apotheke**. Durch eine **Beteiligung der Großhändler an Apotheken** kann auf **Absatz und Preise Einfluss** genommen werden, indem das Bestellverhalten der Apotheken gesteuert wird. Der Marktanteil des Großhändlers wächst und die Gewinne steigen insbesondere durch geringere Rabatte an die betreffenden Apotheken.⁴⁸

Bereits im Jahr 2003 erfolgte die Prüfung eines Zusammenschlusses durch das Kartellgericht unter dem Gesichtspunkt der vertikalen Integration, da ein Großhändler 49% der Anteile an einer Wiener Apotheke zu erwerben beabsichtigt hatte. In diesem Verfahren wurde eine kritische Grenze bei **3% am gesamten Apothekenumsatz von öffentlichen Apotheken** gezogen, ab welcher ein Einfluss des Großhandels auf den Markt der öffentlichen Apotheken wettbewerblich problematisch zu bewerten ist.⁴⁹ Eine solche kritische Grenze für den Einfluss des Großhandels über § 12 ApothekenG

⁴⁵ Vgl auch EuGH 19.05.2009, C-171/07, *Apothekerkammer des Saarlandes* und C-172/07, *Neumann-Seiwert* Rn 54.

⁴⁶ Darüber hinaus gab es im Jahr 2016 rund 280 Betriebe mit einer Großhandelskonzession in Österreich. Öffentliche Apotheken werden neben den vollsortierten Großhändlern auch von teilsortierten Großhändlern beliefert.

⁴⁷ Von der hier zugrunde gelegten Marktabgrenzung abzugrenzen ist die Belieferung von Krankenanstaltenapotheken. Vgl zur Abgrenzung des sachlich relevanten Marktes zB OLG Wien 24.04.2003, 27 Kt 446/02; EK Comp/M.1716 Gehe/Herba; COMP/M.5433 - Sanacorp/v.d. Linde.

⁴⁸ Vgl auch Gutachten zu 27 Kt 446/02, 12f.

⁴⁹ OLG Wien als Kartellgericht 24.04.2003, 27 Kt 446/02.

Beteiligungen hinausgehend, etwa durch Warenkredite oder stille Beteiligungen, wurde damals bei **10-12% Marktanteil** gezogen. Derzeit verfügen die marktanteilstärkeren Pharmagroßhändler bereits über Beteiligungen von jeweils **über 3%** und haben damit die in der kartellgerichtlichen Entscheidung als **kritisch festgestellte Grenze bereits überschritten**.

Der Kauf und die Gründung einer Apotheke sind mit **sehr hohen Kosten verbunden**, die von Apothekern allein nur selten getragen werden können.⁵⁰ Als Alternative zu Finanzierungshilfen wie Bürgschaften oder der Bereitstellung von Fremdkapital wird die **Beteiligung** an der Apotheke durch den Großhändler iSd § 12 ApothekenG avisiert. Das strategische Interesse des Großhandels an den Apotheken liegt in der **Absicherung des jeweiligen Großhändlers als Hauptlieferant** der betreffenden Apotheke. Zumeist ist der reine Beteiligungsertrag an einer Apotheke für den Großhändler gering; die Belieferung der Apotheke ist entscheidend. Die Großhändler geben darüber hinaus an, dass die in Österreich gängige mehrmals tägliche Belieferung der Apotheken mit hohen Logistikkosten verbunden ist, weshalb die gesetzlich festgelegte Großhandelsspanne sich nur dann als rentabel erweist, wenn die Losgröße pro Lieferung im Durchschnitt ein akzeptables Volumen aufweist. Das setzt voraus, dass ein Apotheker seine **Lieferung bei einem einzigen Großhändler konzentriert**. In der Regel wird bei Beteiligungsverhältnissen der **Bezugsgrad im Bereich von 50-90% des Gesamtbedarfs** der Apotheke bei einer (zumeist nicht kündbaren) **Laufzeit von 10-15 Jahren** festgelegt. Nebenvereinbarungen bestimmen darüber hinaus weitergehende Einflussmöglichkeiten des Großhandels, wie etwa die Auswahl des die Apotheke betreuenden Steuerberaters, das betriebswirtschaftliche Organisationsreglement der Apotheke oder die Vorgabe bestimmter Marketingmaßnahmen.

Über die genannten Beteiligungen hinaus bestehen auch **weitergehende vertragliche Beziehungen wie Warenkredite, Kaufpreisstundungen oder sonstige Finanzierungshilfen**. Einhergehend mit oder als Alternative zur Beteiligung werden **Bürgschaften** vereinbart, die mit einer regelmäßig **sehr langen Laufzeit** (idR 10 Jahre, zT auch länger oder unbefristet) verknüpft werden. Im Gegenzug erhält der Großhandel eine **Warenbezugszusage**, die sich wiederum durchschnittlich im Bereich zwischen **50-80% des Gesamtbedarfs der Apotheke** bewegt oder durch Mindestumsätze umschrieben wird. Solch eine Warenbezugs- oder Liefervereinbarung wird regelmäßig im Zusammenhang mit **sonstigen Verträgen** zB über die Vereinbarung von **Vorauskauf oder Warenkredite** abgeschlossen. Durch diese vertraglichen Vereinbarungen wird über die Beteiligungen gem § 12 ApothekenG hinausgehend ein **massiver Einfluss auf das Bestellverhalten** der Apotheken ausgeübt.

Anhand der im Rahmen der Branchenuntersuchung erhobenen Informationen kann davon ausgegangen werden, dass sich der Anteil dieser den **Einfluss des Großhandels stärkenden Warenbezugsvereinbarungen** im Verhältnis zur Gesamtzahl der Apotheken bereits im Bereich von **[20-30%]** bewegt.

Es ist davon auszugehen, dass sich die Großhändler bei einer Liberalisierung der Regelungen weiter **verstärkt am Apothekenmarkt betätigen**, was auch in anderen

⁵⁰ Der Kaufpreis einer Apotheke bewegt sich zumeist im Bereich eines Jahresumsatzes einer Apotheke oder darüber hinaus.

europäischen Ländern beobachtet werden konnte.⁵¹ In zahlreichen europäischen Ländern sind bestimmte **Personen- bzw Unternehmensgruppen vom Betrieb einer Apotheke ausgeschlossen**. So dürfen etwa in einigen Ländern Ärzte oder Unternehmen, die in der pharmazeutischen Industrie tätig sind, keine Apotheke betreiben.

Mit einer vertikalen Integration sind **negative Folgen** für den österreichischen Apothekenmarkt und die Konsumenten verbunden.⁵² Zum einen ist eine Erhöhung der **Markteintrittsbarrieren** zu erwarten (market foreclosure). Für konkurrierende Großhändler wird der Markteintritt erschwert, da sie in beide Stufen gleichzeitig eintreten müssten und mehr Kapital und Know-How benötigen würden. Auch Einzelunternehmern/Apothekern wird es erschwert, in den Markt einzutreten, da die Eröffnung einer neuen Apotheke bereits bisher mit sehr hohen Kosten verbunden ist. Die Vorwärtsintegration ermöglicht eine **Exklusivbelieferung** der integrierten Apotheken, wodurch der **Absatzmarkt für die konkurrierenden Großhändler erheblich verengt** werden kann. Darüber hinaus kann die Integration zur Ausnutzung der Marktstellung des Großhändlers führen, um andere Apotheken von einer vergleichsweise günstigen Belieferung mit Arzneimitteln abzuschneiden.

Für Apotheken und Konsumenten spielt insbesondere das angebotene Sortiment eine große Rolle. Ausschlaggebend sind die **Sortimentsbreite** und die **Sortimentstiefe**.⁵³ Diese beeinflussen die Kaufwahrscheinlichkeit durch den Konsumenten. Durch die Sortimentstiefe kann eine Abgrenzung von anderen Wettbewerbern erfolgen. Damit verbunden ist jedoch auch ein Bedarf an größeren Verkaufsräumlichkeiten und/oder Lagerflächen, was wiederum mit höheren Kosten verbunden ist. Bei der Wahl ihres Sortiments sind Apotheken jedoch nur beschränkt frei in ihrer Gestaltungsmöglichkeit. So müssen sie einen zur ordnungsgemäßen Versorgung der Bevölkerung entsprechenden Arzneimittelvorrat bereithalten.⁵⁴ Deshalb werden Apotheken insbesondere bei OTC-Arzneimitteln und dem Nebensortiment in ihrer Sortimentsgestaltung variieren und sich hier bei einer vertikalen Integration durch den Großhandel beeinflussen lassen, was die Auswahl für den Konsumenten schmälert.⁵⁵ Darüber hinaus können Großhändler eigene und fremde Apotheken zu **höheren Preisen** beliefern. Für die integrierten Apotheken hat dies keine Auswirkungen innerhalb des Konzerns, andere Apotheken können dieses Verhalten nur durch niedrigere eigene Margen in Kauf nehmen oder die höheren Preise an die Konsumenten weitergeben.

⁵¹ 2004 hatten zwei vertikal integrierte Apothekenketten in Island 85% und drei vertikal integrierte Apothekenketten in Norwegen 97% aller Marktanteile inne. Vgl zur vertikalen Integration auch *Vogler/Habimana/Arts*, Does deregulation in community pharmacy impact accessibility of medicines, quality of pharmacy services and costs? Evidence from nine European countries, Health Policy (2014) 145 ff.

⁵² Vgl bereits KG 27 Kt 446/02, 12f.

⁵³ *Morar*, Konsequenzen der Aufhebung des Fremd- und Mehrbesitzverbots auf die Apothekenpraxis, in Nellen/Hahn (Hrsg), Zukunft der Apotheken in Deutschland: rechtliche und wirtschaftliche Fragen (2008) 32.

⁵⁴ Vgl § 4 ABO; vgl § 35 ABO für Filialapotheken.

⁵⁵ Vgl *Morar*, Konsequenzen der Aufhebung des Fremd- und Mehrbesitzverbots auf die Apothekenpraxis, in Nellen/Hahn (Hrsg), Zukunft der Apotheken in Deutschland: rechtliche und wirtschaftliche Fragen (2008) 35.

Im Ergebnis ist eine **vollständige Liberalisierung der Eigentumsregelungen nicht zu empfehlen**. Aufgrund der derzeit bestehenden **Marktstruktur** am Markt für den Großhandel mit pharmazeutischen Produkten zur Belieferung von öffentlichen Apotheken ist nämlich davon auszugehen, dass im Fall einer vollständigen Liberalisierung der Eigentumsregelungen die **bestehende oligopolistische Struktur verstärkt** werden und **negative Folgen** wie Marktzutrittsbarrieren, Abschottung fremder Apotheken und ein Verschieben der Sortimentsbreite und -tiefe zu Gunsten der vom Großhändler angebotenen Waren damit verbunden sein würden. Vielmehr wird aufgrund des bereits bestehenden großen Einflusses des Großhandels auf den Apothekenmarkt eine **weitere Beobachtung des Marktes** empfohlen.

3. Erhöhung der Zahl der zulässigen Filialapotheken

Derzeit ist es dem Betreiber einer öffentlichen Apotheke gemäß § 24 ApothekenG erlaubt, eine weitere Filialapotheke zu betreiben. Aus dem ApothekenG ergibt sich, dass der Gesetzgeber den **Filialapotheken eine „Surrogatfunktion“**⁵⁶ zukommen lässt, weil diese in der Arzneimittelversorgung einen geringeren Stellenwert einnehmen als öffentliche Apotheken. So gibt es niederschwellige Vorschriften bei den Betriebszeiten und der räumlichen Mindestausstattung (Abs 4). Beim sonstigen Betrieb der Filialapotheke ist der Betreiber an keine weitergehenden Beschränkungen gebunden, weshalb die Filialapotheke im Hinblick auf ihre Größe oder ihr Sortiment wie eine öffentliche Apotheke geführt werden kann. Die Ortschaft, in der sich die Filiale befindet, darf nicht weiter als vier Kilometer von der Mutter Apotheke entfernt sein (Abs 1).

Bei einer Liberalisierung des Apothekenmarktes ist nicht nur davon auszugehen, dass mehr öffentliche Apotheken gegründet werden, sondern auch mehr Filialapotheken. Daraus können erhebliche **Wohlfahrtseffekte** generiert werden. Apotheker können vom **Skaleneffekt** profitieren und Konsumenten erhalten einen **besseren Zugang zu Apotheken**, insbesondere im **ländlichen Raum**. In manchen Gegenden mag sich eine öffentliche Apotheke wirtschaftlich nicht rentieren, es kann aber wirtschaftlich sehr wohl sinnvoll sein, dort eine Filialapotheke zu eröffnen. Ebenso kann bei der drohenden Schließung einer öffentlichen Apotheke am Land diese Apotheke als Filialapotheke weitergeführt werden.⁵⁷ Für eine Erweiterung der Zahl der zulässigen Filialapotheken sind gesetzliche Maßnahmen erforderlich.

Aus Ländern wie etwa Deutschland und Dänemark ist bekannt, dass die Zahl der Filialapotheken nach einer Liberalisierung erheblich gestiegen ist.⁵⁸ In Deutschland darf der Betreiber einer öffentlichen Apotheke bis zu drei Filialapotheken betreiben, in Dänemark sind es sogar bis zu sieben Filialapotheken.

Das wirtschaftliche Wachstum einer Apotheke ist nach einer gewissen Zeit aufgrund der räumlichen Verhältnisse begrenzt. Zwar kann die Führung einer einzigen Filialapotheke und eine damit verbundene Expansion das wirtschaftliche Wachstum ankurbeln, allerdings gehen bei der Beschränkung auf eine einzige Filiale wesentliche

⁵⁶ Vgl VwGH B 2090/99, VfSlg 15.868; VwGH 31.1.2005, 2004/10/0185.

⁵⁷ Vgl etwa Deutschland, wo in einigen Fällen Apothekenschließungen durch Filialisierung verhindert worden sind ([https://www.bvr.de/p.nsf/0/90A4FC22D12EB85FC1257CED003CA7B1/\\$file/55.pdf](https://www.bvr.de/p.nsf/0/90A4FC22D12EB85FC1257CED003CA7B1/$file/55.pdf) (Stand: 13.12.2016)).

⁵⁸ In Deutschland etwa hat sich die Zahl der Filialapotheken vom Jahr 2004 bis zum Jahr 2010 von 632 auf insgesamt 3478 erhöht.

Effizienzen verloren. Bei einer **gesetzlichen Erhöhung der zulässigen Zahl** von Filialapotheken können erhebliche **Skaleneffekte** („economies of scale“) erzielt werden, etwa durch einen standortübergreifenden Personaleinsatz, durch verbesserte Einkaufskonditionen oder eine gemeinsame Lagerung.

Im Ergebnis wird empfohlen, die **Zahl der zulässig zu führenden Filialapotheken zu erhöhen** und die Gründung von Filialapotheken zu erleichtern, etwa durch Erweiterung der zulässigen Entfernung von der Mutterapotheke. Hierfür sind gesetzliche Maßnahmen erforderlich.

VII. Beschränkungen des Betriebs von Apotheken

Auch der Betrieb einer Apotheke unterliegt einer umfangreichen gesetzlichen Regulierung, welche die Wettbewerbsfähigkeit der Apotheke beeinflusst und zu Nachteilen für die Konsumenten führen kann.

1. Öffnungszeiten

§ 8 ApothekenG regelt die **Betriebszeiten und den Bereitschaftsdienst** der öffentlichen Apotheken. Die Betriebszeiten sind von der zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde (BVB) unter Bedachtnahme auf die örtlichen Verhältnisse so festzusetzen, dass die wöchentliche Betriebszeit 48 Stunden nicht überschreitet und eine tägliche Mittagssperre von ungefähr zwei Stunden eingehalten wird. Befinden sich an einem Ort mehrere öffentliche Apotheken, so sind für sie gleiche Betriebszeiten festzulegen. Für die Sperrzeiten ist von der BVB in Orten mit mehreren öffentlichen Apotheken ein Bereitschaftsdienst oder einen Dienstturnus festzusetzen (Abs 2 bzw Abs 5). Die Bereitschaftsdienst haltenden Apotheken haben sodann ständig dienstbereit zu sein. In Orten mit nur einer Apotheke hat der Apothekenleiter oder ein allgemein berufsberechtigter Apotheker auch außerhalb der festgesetzten Betriebszeiten zur Abgabe von Arzneimitteln in dringenden Fällen rasch erreichbar zu sein (Abs 3). Die zahlreichen Verordnungen der zuständigen BVB weisen teilweise sehr unterschiedliche Regelungen über die Betriebszeiten auf.

Aus wettbewerblicher Sicht zeigt sich, dass die Öffnungszeiten für die Konsumenten ein **maßgebliches Kriterium für die Wahl einer Apotheke** sind.⁵⁹ Es besteht insbesondere ein Interesse der Konsumenten daran, in der Mittagspause sowie nach der Arbeit, d.h. zwischen 17:00 und 19:00, ihre Einkäufe und damit auch ihre Arzneimittelkäufe zu erledigen. Ein solcher Einkauf zu den üblichen Ladenöffnungszeiten des Einzelhandels ist derzeit aber nicht überall möglich bzw sogar gesetzlich verboten.

⁵⁹ Vgl zB *Hakonsen/Sundell/Martinsson/Hedenrud*, Consumer preferences for over-the-counter drug retailers in the reregulated Swedish pharmacy market, *Health policy* (2016) 327. Vgl generell zur Bedeutung der Öffnungszeiten für den Wettbewerb: *Ferris*, Time, space, and shopping: the regulation of shopping hours, *Journal of Law, Economics, and Organization* (1990) 55; *Ferris*, On the economics of regulated early closing hours: some evidence from Canada, *Applied Economics* (1991) 1393; *Inderst/Irmen*, Shopping Hours and Price Competition, *European Economic Review* (2005) 1105; *Morrison/Newman*, Hours of Operation Restrictions and Competition among Retail Firms, *Economic Inquiry* (1983) 107.

Obwohl der Handel mit Arzneimitteln grundsätzlich mit dem Einzelhandel zu vergleichen ist, verhindern die derzeitigen Regelungen der Öffnungszeiten, dass die Apotheker von ihrer **unternehmerischen Freiheit Gebrauch machen** und mit **erweiterten Öffnungszeiten** in den Wettbewerb mit anderen Apotheken treten. Derzeit besteht ein **komplexes, intransparentes System an Sonderregelungen** für Öffnungszeiten für die Mittagszeit und für Randzeiten. Die Heilmittelversorgung ist durch eine Liberalisierung der Öffnungszeiten nicht gefährdet, wenn die **Öffnungszeiten etwa an die allgemeinen Einzelhandelsöffnungszeiten** angepasst werden und entsprechende Regelungen über Dienstbereitschaften zu Nacht- und Randzeiten getroffen werden. Der Zugang zu Arzneimitteln wird für die Konsumenten einfacher, da in einem kompetitiven Umfeld erweiterter Öffnungszeiten erwartet werden können.⁶⁰ Zur Sicherstellung der Heilmittelversorgung wird sich die Regelung von bestimmten Kernöffnungszeiten weiterhin als sinnvoll erweisen. Geregelt bleiben muss jedenfalls die **flächendeckende Dienstbereitschaft zu Rand- und Nachtzeiten**, um eine rasche und ausreichende Versorgung mit Heilmitteln sicherzustellen.

Im Ergebnis wird eine **Erweiterung der Öffnungszeiten der Apotheken** empfohlen. Hierfür sind gesetzliche Maßnahmen erforderlich.

2. Angebot von Dienstleistungen

Für die Ausgestaltung der öffentlichen Apotheke und für die dort zu erbringenden Dienstleistungen bestehen **restriktive gesetzliche Regelungen**, welche den Umfang und die Art derselben und damit den **Qualitätswettbewerb zwischen Apotheken erheblich einschränken**.

Gemäß § 6 ApothekenG müssen die zur Bereitung, zum Verkauf und zur Aufbewahrung von Heilmitteln sowie für die Dienstbereitschaft bestimmten Räume einer öffentlichen Apotheke den Anforderungen entsprechen, welche mit Rücksicht auf die **Bedeutung eines klaglosen Betriebes der Apotheke für die öffentliche Sanitätspflege geboten** sind. Dazu führt § 26 ABO näher aus, dass die Betriebsräume nach Art, Größe, Zahl, Lage und Einrichtung geeignet sein müssen, einen **ordnungsgemäßen Apothekenbetrieb**, insbesondere die ordnungsgemäße Abgabe der Arzneimittel und die Information und Beratung über Arzneimittel, die einwandfreie Entwicklung, Herstellung, Prüfung, Lagerung, Verpackung von Arzneimitteln einschließlich apothekeneigener Arzneyspezialitäten sowie alle anderen dem Apothekenbetrieb zugehörigen Tätigkeiten zu gewährleisten. Bei der Gestaltung der Offizin (Verkaufsraum der Apotheke) muss darauf geachtet werden, dass der **Eindruck einer Apotheke** gegeben ist. Gemäß § 1 ABO obliegt der öffentlichen Apotheke in erster Linie die ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung der Bevölkerung. Dies umfasst insbesondere die Abgabe von Arzneimitteln im Kleinen, die Anfertigung von Arzneimitteln nach Verschreibung, die Beratung des Kunden im Rahmen der Selbstmedikation oder die Information und Beratung von Patienten und Anwendern über Arzneimittel. Darüber hinaus ist der Apotheker berechtigt, Dienstleistungen zu erbringen, insbesondere die **Beratung in Gesundheits- und Ernährungsfragen**, die Informationsvermittlung im Bereich Gesundheitserziehung und -aufklärung mit dem Ziel einer Verbesserung der gesunden Lebensführung, die

⁶⁰ Vgl. zB Kügler/Weiss, Time as a strategic variable: business hours in the gasoline market, Applied Economics Letters (2016) 1051.

Durchführung von Vorsorgemaßnahmen und deren Überwachung, die Einbeziehung in Gesundheitsaktionen in Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen, die Vermittlung von Gesundheitsdienstleistungen, die Mitwirkung in Gesundheitssprengeln und in der Hauskrankenpflege, die Laborpharmazie, die Durchführung von Umwelttests und die Herstellung, der Handel und die Vermietung von gesundheitsbezogenen Informationsmedien.

Die österreichischen Apotheken bieten neben den **klassischen Beratungsleistungen weitere Dienstleistungen** zu Zwecken der Kundenbindung an,⁶¹ wie etwa den Apothekenruf, ein Medikationsmanagement und Gesundheitschecks (Blutdruck, Blutzucker, Cholesterin, Gewicht und Bauchumfang, Venen-, Allergie-, Muskelkraft-, COPD-Messungen). Bei einem darüber hinausgehenden **Angebot und der Nutzung der Räumlichkeiten sind den Apotheken jedoch enge Grenzen gesetzt**. Diese ergeben sich zum einen aus den unklar formulierten Rechtsvorschriften, zum anderen aus der jeweiligen Betriebsanlagenbewilligung und sind deshalb durch fehlende **Transparenz** gekennzeichnet.

Aus einer rezenten Rechtsprechung des VwGH⁶² ergibt sich, dass ein bloß auf **irgendeine Weise gegebener Gesundheitsbezug einer Tätigkeit der Apotheke nicht ausreichend ist**. Soweit etwa ein Beratungsraum in einer Apotheke der Erbringung von Dienstleistungen der Dermokosmetik und Ayurveda sowie der Durchführung von Massagen gewidmet ist, liegen keine zum Betrieb einer Apotheke gehörenden Tätigkeiten vor. Ob die Einrichtung eines Beratungsraums in einer Apotheke für bestimmte Kundengespräche, Beratungen und Sprechstunden zulässig ist, ist danach zu beurteilen, ob durch die Einrichtung eines derartigen Beratungsraums der ordnungsgemäße Apothekenbetrieb nicht beeinträchtigt wird und der Eindruck einer Apotheke gewährleistet bleibt. Aus dieser Entscheidung des VwGH – welche strenger als die bisher von der österreichischen Apothekerkammer vertretene Auffassung zu Nebentätigkeiten gezogen ist⁶³ – ergibt sich, dass die **Mischnutzung von Betriebsräumen sehr eng auszulegen** ist und die Nutzung von Räumen für apothekenfremde Tätigkeiten im Hinblick auf eine Erteilung einer apothekenrechtlichen Betriebsanlagengenehmigung nicht möglich ist.

Solange die ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung der Bevölkerung sichergestellt ist, ein ordnungsgemäßer Apothekenbetrieb sowie die Gewährleistung des Eindrucks einer Apotheke bei der Anbietung von Dienstleistungen gegeben sind, wird eine **Lockerung der Regelungen über die Dienstleistungen der Apotheken und allfällige Nebentätigkeiten** wesentlich zum **Qualitätswettbewerb** zwischen Apotheken beitragen. Die Konsumenten können Vorteile aus einem solchen Qualitätswettbewerb und der damit verbundenen **Leistungsdifferenzierung** zwischen Apotheken ziehen. Die Apotheken selbst können **Effizienzen** aus ihren Räumlichkeiten und dem bereits vorhandenen Know-How schöpfen und die Apotheke kann als „Gesundheitseinrichtung“ einen wesentlichen Beitrag im Dienste der Volksgesundheit leisten. So kann etwa auch eine Mischnutzung oder sonstige Nutzung durch Dritte von abgetrennten Räumlichkeiten möglich gemacht werden, solange dies den

⁶¹ vgl. Österreichische Apothekerkammer, Apotheke in Zahlen 2016, 16 f.

⁶² Vgl. VwGH 25.1.2017, Ro 2014/10/0085.

⁶³ Vgl. die Ausführungen zu § 27 ABO, Fn 8, <https://www.apotheker.or.at/internet/oeak/newspresse.nsf/e02b9cd11265691ec1256a7d005209ee/ac0a716b3c2ed30fc1256fbf00319103!OpenDocument> (Stand 07.05.2018).

ordnungsgemäßen Apothekenbetrieb nicht gefährdet. Hier sollte kein zu enges Verständnis – wie derzeit offensichtlich vorherrschend – des erforderlichen Gesundheitsbezuges angelegt werden.

3. Online-Handel

Seit 2015 ist der Online-Handel mit Arzneimitteln in eingeschränkter Weise, nämlich ausschließlich mit **nicht rezeptpflichtigen Arzneimitteln (OTC-Produkten)** für österreichische Apotheken erlaubt.⁶⁴ Die Rechtsgrundlagen für den Online-Handel mit Arzneimitteln finden sich im AMG sowie in der Fernabsatz-VO. Derzeit sind **52 Apotheken** in die verpflichtende Liste von registrierten Versandapotheken beim BASG eingetragen.⁶⁵

Diese niedrige Zahl verwundert insofern als der Online-Handel in Österreich bereits im Jahr 2013 rund 4,5% des gesamten Handelsvolumens ausgemacht hat.⁶⁶ Diese Zahlen sind in den vergangenen Jahren weiter angestiegen. Im Jahr 2014 betrieben ca 19% der österreichischen Einzelhandelsunternehmen einen eigenen Online-Shop.⁶⁷ Wie auch die Sektoruntersuchung der Europäischen Kommission zum elektronischen Handel⁶⁸ ergab, hat der Online-Handel insbesondere den Vorteil für den Konsumenten, dass die Preistransparenz erhöht wird, da Informationen über Produkte und Preise sofort online erhältlich und vergleichbar sind. Da die Produktpreise bei verschiedenen Online-Händlern vom Konsumenten verglichen werden können, kommt es zu einem verstärkten Preiswettbewerb, der sowohl den Online- als auch den stationären Verkauf betrifft. Für Einzelhändler hat sich der Zugang zu den Kunden durch alternative Vertriebsmodelle wie Online-Marktplätze vereinfacht.

Haben in den vergangenen 12 Monaten 61,6% der österreichischen Konsumenten online eingekauft, ist der Anteil an Konsumenten, die online Arzneimittel kaufen, noch wesentlich geringer. Das liegt daran, dass Arzneimittel typischerweise dann gekauft werden, wenn sie gebraucht werden. Jemand, der an einer Erkältung leidet, benötigt das Arzneimittel und damit die Linderung sofort und wird deshalb eine stationäre Apotheke aufsuchen und nicht auf die Lieferung durch den Online-Shop warten. Der Online-Handel eignet sich für jene Arzneimittel, deren Beschaffung dem Konsumenten in einer Apotheke unangenehm ist (zB Pilz- oder Haarwuchsmittel) und für jene (etwa

⁶⁴ Vgl BGBl I 2013/48; Fernabsatz-VO BGBl II Nr 105/2015. Vgl zum Unionsrecht *Nemetz*, Internetapotheken - Post DocMorris Zum Verbot des Versandhandels für Arzneimittel im Internet, *ecolex* 2004, 991. Ausländische Versandapotheken belieferten Österreich bereits vor 2015 mit rezeptfreien Arzneimitteln.

⁶⁵

https://versandapotheken.basg.gv.at/versandapotheken/verify/main?_afrLoop=81834163732998711&_afrWindowMode=0&_adf.ctrl-state=172skn1dut_4 (Stand 07.05.2018).

⁶⁶ WKO Studie aus 2014, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/energie_umwelt_innovation_mobilitaet/informationsgesellschaft/ikt-einsatz_in_unternehmen/index.html (Stand 07.05.2018).

⁶⁷ WKO Studie aus 2014, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/energie_umwelt_innovation_mobilitaet/informationsgesellschaft/ikt-einsatz_in_unternehmen/index.html (Stand 07.05.2018).

⁶⁸ Bericht der Kommission an den Rat und das Europäische Parlament, Abschlussbericht über die Sektoruntersuchung zum elektronischen Handel, SWD(2017) 154 final.

chronisch kranken) Konsumenten, die immer wieder dieselben Arzneimittel benötigen und deshalb gerne auf Vorrat und unter Preisvergleichen kaufen.⁶⁹

a) Rechtliche Rahmenbedingungen

§ 59 AMG regelt, dass Arzneimittel nur durch Apotheken abgegeben werden dürfen. Insbesondere ist die Abgabe von Arzneimitteln in Selbstbedienung oder durch Fernabsatz verboten (Abs 9).⁷⁰ Eine Ausnahme gilt jedoch für in Österreich zugelassene oder registrierte nicht rezeptpflichtige Arzneimittel, die im Wege des Fernabsatzes innerhalb Österreichs durch öffentliche Apotheken oder nach Österreich durch Apotheken einer anderen EWR-Vertragspartei, die nach den dort geltenden Rechtsvorschriften dazu befugt sind, abgegeben werden (Abs 10).

§ 59a AMG regelt den Fernabsatz mit Arzneimitteln näher. Jene Apotheken, die Arzneimittel im Fernabsatz anbieten, haben dies vor Aufnahme ihrer Tätigkeit dem Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG) unter Angabe des Namens des Betreibers und der Anschrift, des Datums des Beginns der Tätigkeit und der Adresse der zu diesem Zweck genutzten Webseiten einschließlich aller Angaben zu deren Identifizierung anzuzeigen (Abs 2). Darüber hinaus müssen die für die Zwecke des Fernabsatzes genutzten Webseiten bestimmte Kriterien erfüllen. Das BASG hat über sein Internetportal eine Liste der Apotheken, die einen Online-Handel anbieten, zu veröffentlichen (Abs 4). Die Arzneimittel, die durch Fernabsatz abgegeben werden, dürfen nur in einer dem üblichen persönlichen Bedarf entsprechenden Menge versendet werden und sind so zu verpacken, transportieren und auszuliefern, dass ihre Qualität und Wirksamkeit nicht beeinträchtigt wird und sind nachweislich der Person auszufolgen, die vom Auftraggeber der Bestellung der jeweiligen Apotheke mitgeteilt worden ist.

Die Fernabsatz-VO enthält weitere Vorschriften über den Online-Handel mit Arzneimitteln.⁷¹ So dürfen Apotheken innerhalb Österreichs nur in Österreich zugelassene oder registrierte nicht rezeptpflichtige Arzneimittel durch Fernabsatz abgeben. Die Abgabe hat im Wege der **Versendung aus den Apothekenbetriebsräumen** zu erfolgen. Die Arzneimittel dürfen nur in einer dem üblichen persönlichen Bedarf entsprechenden Menge versendet werden und es darf keine Mindestbestellmenge geben.

Online-Apotheken unterliegen wie stationäre Apotheken den **engen Vorschriften über die preisliche Bewerbung** von Arzneimitteln.⁷² So ist insbesondere die Bewerbung von Arzneimitteln mit Rabatten, Aktionspreisen oder Stattpreisen verboten.

⁶⁹ In Deutschland werden vor allem starke Marken, hochpreisige Produkte, tabubehaftete Indikationen und Daueranwendungspräparate über den Versandhandel vertrieben.

⁷⁰ Vgl jedoch die Regelung des § 8a ApothekenG über apothekeneigene Zustelleinrichtungen. Vgl auch § 50 Abs 2 GewO 1994, wonach der Versandhandel mit Giften, Arzneimitteln, Heilbehelfen (ausgenommen Kontaktlinsen) an Letztverbraucher unzulässig ist.

⁷¹ Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit über die Abgabe von Humanarzneispezialitäten durch Fernabsatz (Fernabsatz-Verordnung) StF BGBl. II 105/2015.

⁷² Vgl etwa die Einschränkung durch § 18 Abs 3 Z 5 Berufsordnung, wonach die Preiswerbung für Arzneimittel unbeschadet der Preisauszeichnung verboten ist.

b) Wettbewerbliche Beurteilung

Im Ergebnis unterliegt der österreichische Online-Handel mit Arzneimitteln **erheblichen Beschränkungen**. So muss etwa eine **stationäre Apotheke** vorhanden sein, von welcher aus auch versendet wird. Diese Apotheke muss über die für öffentliche Apotheken erforderlichen Voraussetzungen nach dem ApothekenG verfügen und unterliegt vor ihrer Gründung einer Bedarfsprüfung. Darüber hinaus ist der Online-Apotheke eine konkrete **Bewerbung preislicher Angebote** (im Gegensatz zu ausländischen Online-Apotheken) verboten, was einen erheblichen Wettbewerbsnachteil gegenüber den ausländischen Online-Apotheken darstellt.

Für Konsumenten bringt der Online-Handel mit Arzneimitteln ähnlich wie jener mit anderen Gütern **zahlreiche Vorteile** mit sich. So hat der Konsument ausreichend Zeit, sich über die Arzneimittel zu informieren sowie deren Preise zu vergleichen. Der Online-Kauf ist bequem, da zu jeder Tages- und Nachtzeit bestellt werden kann und die Lieferung nach Hause oder zu einer Wunschadresse erfolgt. Auch die Anonymität und damit Diskretion der Bestellung wird von den Konsumenten positiv wahrgenommen. Schließlich werden die Arzneimittel im Online-Handel grundsätzlich günstiger angeboten. Die Versorgung mit Arzneimitteln wird durch Versandapotheken vor allem in **ländlichen Gebieten wesentlich verbessert**.

Berechtigerweise bestehen gegen den Online-Handel auch Bedenken, was die **Sicherheit der Arzneimittelabgabe** betrifft. Das betrifft insbesondere rezeptpflichtige Arzneimittel, die ein höheres Risiko für Gesundheitsschäden mit sich bringen. So ist eines der größten Probleme im internationalen Online-Handel mit Arzneimitteln der Handel mit Fälschungen. Die WHO vermutet in diesem Sinne, dass weltweit die Hälfte der im Internet verkauften Arzneimittel Fälschungen sind. Von Gegnern des Online-Handels mit Arzneimitteln wird häufig vorgebracht, dass auch rezeptfreie Arzneimittel zu gesundheitlichen Gefährdungen führen können, wenn der Konsument leichtfertig damit umgeht. Hier ist allerdings entgegenzuhalten, dass gerade im Bereich der OTC-Produkte zumeist keine umfassende Beratung in der öffentlichen Apotheke stattfindet und der Konsument auch mehrere Apotheken aufsuchen kann, um Arzneimittel zu erwerben, wenn ihm der Kauf in einer bestimmten Apotheke verwehrt wird. Bei OTC-Arzneimitteln ist der Konsument unabhängig von der Herkunftsquelle zu selbstverantwortlichem Umgang mit diesen aufgefordert.

Die österreichischen Online-Apotheken stehen in einem **starken Wettbewerb mit ausländischen Versandapotheken**, die bereits seit mehr als zehn Jahren am österreichischen Markt aktiv sind. Zwar hat auch der EuGH festgestellt, dass traditionelle Apotheken besser in der Lage sind, Patienten durch ihr Personal vor Ort individuell zu beraten und eine Notfallversorgung mit Arzneimitteln sicherzustellen. Da aber Versandapotheken mit ihrem eingeschränkten Leistungsangebot eine solche Versorgung nicht angemessen ersetzen können, ist davon auszugehen, dass der **Preiswettbewerb** für sie ein wichtigerer Wettbewerbsfaktor ist als für stationäre Apotheken, weil es von ihm abhängt, ob sie einen unmittelbaren Zugang zum Markt finden und auf diesem konkurrenzfähig bleiben.⁷³ In Österreich besteht noch ein **erhebliches Potential für den Ausbau des Online-Handels** mit Arzneimitteln. Eine Liberalisierung des Online-Handels mit Arzneimitteln und damit einhergehend eine

⁷³ Vgl. EuGH 19.10.2016 – C-148/15, Rz 24.

höhere Zahl von Versandhändlern, würde zu mehr Preiswettbewerb und damit zu **niedrigeren Preisen von OTC-Arzneimitteln** für die Konsumenten führen.

Eine Abschaffung des Erfordernisses einer stationären Apotheke unter Beibehaltung der erforderlichen Sicherheits- und Qualitätsvorschriften (zB im Hinblick auf die Beschaffung und Lagerung der Arzneimittel) **belebt den Wettbewerb** zwischen den österreichischen Apotheken und führt damit auch zu **günstigeren Preisen** und mehr **(Beratungs)Qualität** für Konsumenten. Auch der Wettbewerb zwischen den österreichischen und den ausländischen Versandapotheken (für welche diese Bestimmung nicht zur Anwendung kommt) wird dadurch gefördert sowie die **Wettbewerbsfähigkeit** der österreichischen Apotheken erhöht. Durch entsprechende Ausübungsvorschriften kann sichergestellt werden, dass – auch im Bereich der Online-Apotheken – die öffentlichen Interessen, allen voran jenes der Sicherstellung der klaglosen und sicheren Heilmittelversorgung, gewahrt bleiben. Darüber hinaus ist auch eine Lockerung der Beschränkungen der preislichen Bewerbung von Arzneimitteln empfehlenswert, was zu Vorteilen für den Konsumenten in stationären Apotheken führen würde.

Im Ergebnis wird eine **Liberalisierung des Online-Handels mit OTC-Arzneimitteln** durch österreichische Apotheken empfohlen. Hierfür sind gesetzliche Maßnahmen notwendig.

4. Apothekeneigene Zustelleinrichtungen

§ 8a ApothekenG regelt, dass öffentliche Apotheken innerhalb eines Umkreises von sechs Straßenkilometern **dringend benötigte Arzneimittel** an Patienten durch **apothekeneigene Zustelleinrichtungen zustellen dürfen**.⁷⁴ Die Apotheke muss den Zustelldienst nicht selbst betreiben, sie muss die Zustellung nur organisieren. In der Praxis variieren die Modalitäten für die Zustellung stark (etwa durch das Rote Kreuz oder einen Sozialdienst, durch Taxis oder durch den Apotheker selbst). Es ist nicht bekannt, wie viele dieser Zustelleinrichtungen derzeit bestehen.⁷⁵ Zugestellt werden dürfen rezeptpflichtige und nicht rezeptpflichtige Arzneimittel, allerdings müssen diese dringend benötigt werden. Der Bedarf darf nicht vorhersehbar sein.⁷⁶

Gemäß § 11 ABO dürfen Arzneimittel nur im Rahmen apothekeneigener Zustelleinrichtungen iSd § 8a ApothekenG oder in begründeten Einzelfällen zugestellt werden. Das **Regulativ „Apothekeneigene Zustelleinrichtungen“**⁷⁷ der Österreichischen Apothekerkammer regelt die näheren Bedingungen für den Betrieb der Zustelleinrichtungen. Insbesondere bedürfen diese einer schriftlichen Genehmigung der jeweiligen Landesgeschäftsstelle der Apothekerkammer. Es werden Vorschriften über das zulässige Versorgungsgebiet (abweichend vom Sechskilometer-Radius des § 8a ApothekenG) und einen Wechselturnus im Fall von

⁷⁴ Vgl. auch § 1 Abs 5 RezeptpflichtG, wonach rezeptpflichtige Arzneimittel nur in der Apotheke abgegeben werden dürfen.

⁷⁵ Die höchste Konzentration an Zustelleinrichtungen befindet sich derzeit im Bundesland Wien.

⁷⁶ OGH 4 Ob 158/12g.

⁷⁷ Beschluss des Geschäftsführenden Ausschusses der Österreichischen Apothekerkammer vom 21.1.1987.

mehreren Apotheken im selben Gebiet getroffen.⁷⁸ Auch sollen „berücksichtigungswürdige Interessen der umliegenden Apotheken“ gewahrt werden.⁷⁹

Die **Zustellung dringend benötigter Arzneimittel** stellt einen wesentlichen Aspekt der Heilmittelversorgung in ländlichen Gebieten dar. Die Möglichkeit, an dringend benötigte Arzneimittel zu gelangen, die nicht im Wege der stationären Apotheke besorgt oder vorab im Internet bestellt werden können, stellt einen erheblichen **Vorteil für Konsumenten** dar und verwirklicht den im österreichischen System der Apotheken verankerten Grundsatz der Sicherstellung der klaglosen Heilmittelversorgung.

Aus wettbewerblicher Sicht ergibt sich durch das Regulativ der Österreichischen Apothekerkammer eine mangelnde **Transparenz und Diskriminierung** von Apotheken, die ein Zustelleinrichtung betreiben wollen. Beschränkungen bestehen auch in **Gebietsschutzes** für Zustelleinrichtungen von Apotheken (im Rahmen einer Verengung des gesetzlich bestimmten Zustellradius). Dementsprechend sind jegliche von § 8a ApothekenG **abweichende Regelungen** des Regulativs der Österreichischen Apothekerkammer **abzulehnen**. Darüber hinaus empfiehlt sich, sowohl aus Versorgungs- als auch aus Wettbewerbssicht eine **ersatzlose Streichung des in definierten § 8a ApothekenG Umkreises vorzunehmen**. Die derzeitige Einschränkung erscheint nicht verhältnismäßig, insbesondere auch, da der Gesetzgeber die Versorgungsdeterminante bereits einmal als zu restriktiv geregelt definiert und erweitert hat.⁸⁰ Dadurch soll sichergestellt werden, dass jeder **Konsument in Österreich von apothekeneigenen Zustelleinrichtungen Gebrauch machen** kann.

Es eröffnen sich Fragen nach möglichen Redundanzen bzw. **Serviceaustauschbarkeiten zwischen dem Online-Handel mit Arzneimitteln und der Zustellung durch stationäre Apotheken** für den Bereich von nicht rezeptpflichtigen Medikamenten. Es sollte allerdings auch hinterfragt werden, ob es durch die Zulässigkeit der Zustellung von rezeptpflichtigen Arzneimitteln einerseits und das Verbot des Versands von rezeptpflichtigen Arzneimitteln andererseits zu einer sachlich nicht gerechtfertigten Ungleichbehandlung kommt oder zumindest zu einer **unsachlichen Einschränkung des Wettbewerbs** zwischen Online-Apotheken und öffentlichen Apotheken.

Im Ergebnis wird empfohlen, den **zulässigen Umkreis** für die Zustellung von Arzneimitteln durch gesetzliche Maßnahmen zu **erweitern** sowie die Zustellung für sämtliche Apotheken durch **diskriminierungsfreie und transparente Regelungen** zu öffnen.

5. Apothekenvorbehalt für OTC-Arzneimittel

Die Abgabe von Arzneimitteln ist in Österreich bei den Apotheken konzentriert. Eine Abgabe von rezeptfreien Arzneimitteln, sogenannten **OTC-Arzneimitteln**, an

⁷⁸ Vgl § 1 Abs 6 und § 1 Abs 5 Regulativ „Apothekeneigene Zustelleinrichtungen“ der Österreichischen Apothekerkammer.

⁷⁹ § 1 Abs 3 lit b Regulativ „Apothekeneigene Zustelleinrichtungen“ der Österreichischen Apothekerkammer.

⁸⁰ Der zulässige Umkreis wurde von 4 km auf 6 km erhöht (BGBl I Nr 80/2013).

Konsumenten durch andere Einrichtungen wie Drogerien, Supermärkten oder Tankstellen ist in Österreich nicht bzw nur in sehr engen Grenzen zulässig. Grundsätzlich herrscht ein **Apothekenvorbehalt**.

Der Verkauf von rezeptfreien Arzneimitteln außerhalb von Apotheken ist in zahlreichen europäischen Staaten erlaubt.⁸¹ Diesbezüglich ist ein klarer **Liberalisierungstrend** zu erkennen. Trotz des Verkaufs von OTC-Arzneimitteln außerhalb von Apotheken sind Apotheken europaweit noch immer für 86% des OTC-Umsatzes verantwortlich.⁸² Die Systeme, in welcher Form OTC-Arzneimittel außerhalb von Apotheken verkauft werden, gestalten sich in den europäischen Staaten sehr unterschiedlich: zB spezielle von Apotheken betriebene Verkaufsstellen außerhalb von stationären Apotheken (Dänemark), eine Abgabe in Supermärkten (Niederlande) oder ein eingeschränkter Bereich von OTC-Arzneimitteln, die in Supermärkten oder auch in Tankstellen vertrieben werden dürfen (Schweden).

Der OTC-Markt nimmt bei den verkauften Arzneimitteln einen **erheblichen Stellenwert** ein. Das Gesamtvolumen des **OTC-Marktes**, dem Markt mit rezeptfreien Arzneimitteln, belief sich in Österreich im Jahr 2016 zu Apothekenverkaufspreisen auf rund **€ 821,3 Mio.**⁸³ Der wertmäßige Anteil des OTC-Segments am öffentlichen Apothekenmarkt betrug im Jahr 2017 16%.⁸⁴ Österreich befindet sich bei den Pro-Kopf-Ausgaben für OTC-Arzneimittel europaweit an 10. Stelle.⁸⁵ Die jährliche Wachstumsrate im OTC-Bereich in den Jahren 2012-2016 betrug 6,3%.⁸⁶ Die Bereiche Husten und Erkältung, Magen- und Verdauungsmittel sowie Schmerz- und Rheumamittel sind mit einem Marktanteil von über 45% führend.⁸⁷

Im Wege einer Umfrage wurde erhoben, dass **57%** der befragten Österreicher sich vorstellen könnten, **rezeptfreie Arzneimittel in der Drogerie** zu kaufen.⁸⁸ 15% dieser Personen machen einen Kauf davon abhängig, ob eine Beratungsmöglichkeit durch pharmazeutisch geschulte Mitarbeiter möglich ist. 14% davon würden dann in der Drogerie kaufen, wenn sie in der Drogerie einen günstigeren Preis erhalten würden. Andere potentielle Abgabestellen wie Tankstellen oder Automaten werden nur mit 15% befürwortet. Besonders die Altersgruppe der 50- bis 59-Jährigen bejaht eine Liberalisierung der Abgabe von rezeptfreien Arzneimitteln in Drogerien (70%).

a) Rechtliche Rahmenbedingungen

Gemäß § 57 Abs 1 AMG dürfen Arzneimittel vom Hersteller, Depositeur oder Arzneimittel-Großhändler nur an einen **beschränkten Abnehmerkreis** wie insbesondere öffentliche Apotheken, Anstaltsapotheken und tierärztliche Hausapotheken abgegeben werden. Darüber hinaus dürfen Arzneimittel nur **durch**

⁸¹ Vgl etwa das Vereinigte Königreich, Schweden, Irland, Norwegen, Dänemark, Portugal und Italien.

⁸² Studie von Nicholas Hall Benchmarking the World of OTC im Auftrag der IGEPA, Perspektiven für den OTC-Markt in Österreich (2017) 5.

⁸³ Vgl Statista, Verteilung der verkauften OTC-Arzneimittel in Österreich nach dem Indikationsbereich im Jahr 2016.

⁸⁴ IGEPA Jahresbericht 2017, 4.

⁸⁵ Studie von Hall Benchmarking the World of OTC im Auftrag der IGEPA, Perspektiven für den OTC-Markt in Österreich (2017) 18.

⁸⁶ Studie von Hall Benchmarking the World of OTC im Auftrag der IGEPA, Perspektiven für den OTC-Markt in Österreich (2017) 4.

⁸⁷ IGEPA Jahresbericht 2017, 12.

⁸⁸ Umfrage von MAKAM Research, April 2016.

Apotheken abgegeben werden. Eine Ausnahmebestimmung stellt § 59 Abs 3 AMG über die „Abgabe im Kleinen“ dar. So haben der BMGF und der BMWFW im Einvernehmen durch **VO**⁸⁹ jene Arzneimittel zu bestimmten, die selbst bei einer nach den Erfahrungen des täglichen Lebens vorhersehbaren **nicht bestimmungsgemäßen Verwendung keine Gefährdung der Gesundheit oder des Lebens von Mensch oder Tier besorgen** lassen und daher durch Drogisten oder durch Gewerbetreibende, die gemäß der GewO zur Herstellung von Arzneimitteln berechtigt sind, abgegeben werden dürfen. Diese VO enthält in ihrem Anhang vor allem bestimmte Tees, Kräuter und Öle. Gemäß § 59 Abs 6 AMG kann das BASG über Antrag des Zulassungsinhabers durch Bescheid Arzneyspezialitäten vom Apothekenvorbehalt ausnehmen, wenn eine Gefährdung auf Grund der besonderen Zusammensetzung oder der vorgesehenen Indikation nicht zu besorgen ist. Weitere Bestimmungen wie etwa § 59 Abs 6 AMG, welcher regelt, dass die **Abgabe von Arzneimitteln in Selbstbedienung oder durch Fernabsatz verboten** ist, oder § 10 Abs 2 ABO⁹⁰, welcher regelt, dass die Möglichkeit der **unmittelbaren persönlichen Beratung** und Information durch einen Apotheker bei jeder Arzneimittelabgabe gegeben sein muss, festigen den Apothekenvorbehalt weiter.

Aus diesen gesetzlichen Bestimmungen folgt, dass rezeptpflichtige Arzneimittel nur in Apotheken abgegeben werden dürfen.⁹¹ Auch der Verkauf von OTC-Arzneimitteln ist grundsätzlich den Apotheken vorbehalten. Diese Gruppe erfasst alternativmedizinische Zubereitungen wie Homöopathika, Schüsslersalze oder Bachblütenpräparate ebenso wie Vitaminpräparate, aber auch Arzneimittel wie Schmerzmittel oder Husten- und Erkältungsmittel. Im Bereich der OTC-Arzneimittel besteht eine **geringe Schnittmenge** von Produkten, die **sowohl in Apotheken als auch von anderen Stellen wie Drogisten abgegeben** werden dürfen. Darüber hinaus gibt es Produktgruppen, die keine Arzneimittel darstellen, die sowohl von Apotheken als auch von Drogerien abgegeben werden, beispielsweise bestimmte Nahrungsergänzungsmittel⁹² oder Kosmetika. Auch unter den Medizinprodukten gibt es Produkte, die der Konsument sowohl in der Apotheke als auch in der Drogerie erwerben kann.

b) Wettbewerbliche Beurteilung

Aus wettbewerblicher Sicht besteht im Bereich der OTC-Arzneimittel eine **Monopolisierung** durch die öffentlichen Apotheken. Da Apotheken wegen der bestehenden Bedarfsprüfung (vgl. Punkt V.) und ihrem „garantierten“ Kundenstock kaum Wettbewerbsdruck ausgesetzt sind, besteht im Bereich der OTC-Arzneimittel keine Veranlassung der Apotheken, in einen Qualitäts- oder Preiswettbewerb zu treten.

Ein Qualitäts- und Preiswettbewerb kann durch eine Liberalisierung des OTC-Marktes herbeigeführt und gesteigert werden. Eine solche **Liberalisierung** ist in verschiedenen Ausformungen denkbar:

⁸⁹ Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen und des Bundesministers für Wirtschaft und Arbeit betreffend die Abgabe und Kennzeichnung bestimmter Arzneimittel im Kleinverkauf (Abgrenzungsverordnung 2004) StF BGBl II 122/2004.

⁹⁰ Vgl. auch § 5 ApothekenG.

⁹¹ Vgl. die Ausnahmen der §§ 57, 58 AMG wie etwa die Abgabe von Ärztemustern.

⁹² Vgl. Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen über Nahrungsergänzungsmittel (Nahrungsergänzungsmittelverordnung – NEMV), StF BGBl II 88/2004 idF BGBl II 97/2010.

- (1) Selbst bei einer **Beibehaltung des Apothekenvorbehalts** können mit der **Aufhebung von Beschränkungen für den Verkauf und für die Bewerbung** von OTC-Arzneimitteln in öffentlichen Apotheken der OTC-Markt belebt und Wettbewerbsprozesse intensiviert werden. Der Verkauf von OTC-Arzneimitteln in der Freiwahl (Selbstbedienung durch den Konsumenten, preisausgezeichnet) oder die Möglichkeit der Bewerbung von Preisaktionen kommen hier in Frage. Damit verbunden wäre eine höhere **Preistransparenz** für den Konsumenten und dass dieser auch OTC-Arzneimitteln selbst wählen und gegebenenfalls zum günstigeren Arzneimittel greifen kann. Fraglich ist jedoch, ob damit ein **ausreichender Anreiz** für Apotheken gegeben werden kann, um miteinander in einen Preiswettbewerb zu treten.
- (2) Das **Sortiment** jener OTC-Arzneimittel, die außerhalb von Apotheken abgegeben werden können, wird unter den bestehenden gesetzlichen Bestimmungen und dem bestehenden System **erweitert**. Eine mögliche Gesundheitsgefährdung durch ein Arzneimittel wird bereits bei der Entscheidung darüber, ob eine Rezeptpflicht bestehen soll oder nicht, miteinbezogen. Jene Arzneimittel, welche auch durch andere Einrichtungen als Apotheken abgegeben werden dürfen (vgl § 59 Abs 3 AMG), sind danach auszuwählen, ob bei einer nach den Erfahrungen des täglichen Lebens vorhersehbaren nicht bestimmungsgemäßen Verwendung keine Gefährdung der Gesundheit oder des Lebens besteht. Die VO kann insofern abgeändert werden, als diese Liste um **weitere Arzneimittel erweitert** wird oder, falls dies aufgrund der – auch im internationalen Vergleich – sehr **restriktiven Definition** in § 59 Abs 3 AMG nicht möglich ist, diese Definition **erweitert** wird. Der **Vorteil** bestünde darin, dass der Konsument die gebräuchlichsten OTC-Arzneimittel (und damit jene, die grundsätzlich bedenkenlos an Konsumenten abgegeben werden können, d.h. bei denen keine Gesundheitsgefährdung gegeben ist) auch außerhalb von Apotheken erwerben kann. Damit wäre jedenfalls eine **verbesserte, da breitere Versorgung** der Konsumenten mit OTC-Arzneimitteln zu erwarten (insbesondere auch in ländlichen Gebieten) und dass die neuen Abgabestellen⁹³ in einen **Preiswettbewerb** mit den bestehenden Apotheken treten. Darüber hinaus kann der Konsument die erweiterten Öffnungszeiten des Einzelhandels auch für seine Einkäufe von OTC-Arzneimitteln nutzen. Zu erwarten ist auch, dass die Apotheken mit den neuen Abgabestellen in einen **Qualitätswettbewerb** treten werden, insbesondere was die **Beratungsleistung** betrifft.

Die Definition des § 59 Abs 3 AMG stellt auf den nicht bestimmungsgemäßen Gebrauch ab. Es ist fraglich, ob der Apothekenvorbehalt es allein sicherzustellen vermag, dass ein Konsument das Arzneimittel bestimmungsgemäß einnimmt. Dann muss der **Beratungsleistung** (die im Übrigen auch im Online-Handel mit Arzneimitteln vorgeschrieben ist) durch Apotheker ein größeres Gewicht beigemessen werden und diese ist in die erweiterten Abgabestellen zwingend mitaufzunehmen (etwa durch verpflichtende Anstellung eines Apothekers und Beratung durch diesen). Darüber hinaus müssen die Vorschriften über die Lagerbedingungen von Arzneimitteln und über **Qualitäts- und Sicherheitsstandards**, wie sie derzeit für Apotheken gelten, auch auf andere

⁹³ Darunter fallen Drogisten oder Gewerbetreibende, die gemäß der GewO zur Herstellung von Arzneimitteln berechtigt sind (vgl § 59 Abs 3 AMG).

Abgabestellen ausgeweitet werden. Mit diesen Maßnahmen kann das Risiko von gesteigerten Fehleinnahmen oder einem Missbrauch auf ein vertretbares Maß reduziert werden.⁹⁴

Es ist nicht zu erwarten, dass die eingeschränkten Verkaufsmöglichkeiten in neuen Abgabestellen so zahlreich sein werden, dass damit die Existenz von Apotheken bedroht werden würde. Dies bestätigt sich auch durch Zahlen aus dem europäischen Ausland, wonach auch in liberalisierten Ländern ein Großteil der OTC-Arzneimittel noch immer in Apotheken abgegeben wird.

Kritisch zu betrachten ist jedoch, dass durch Abgabestellen, die einer Kette angehören (dies gilt sowohl für Apotheken als auch für andere Abgabestellen wie Drogerien), **erhebliche Marktmacht** aufgebaut werden kann. Damit gehen typischerweise negative Folgen für Wettbewerber, Hersteller und Konsumenten einher, wie etwa eine Verknappung der **Sortimentsbreite und -tiefe** und damit eine **geringere Auswahl für den Konsumenten**. Grundsätzlich sind Apotheken gesetzlich zur Vorrätighaltung eines umfassenden Lagerbestandes angehalten, wodurch sie im Vergleich zu anderen Abgabestellen einen Nachteil erleiden könnten. Ein umfassender Lagerbestand kann jedoch auch einen Wettbewerbsvorteil im Vergleich zu nicht so gut sortierten Anbietern darstellen. Eine Diskriminierung der Apotheken im Vergleich zu anderen Abgabestellen durch restriktive Vorschriften über den Verkauf und die Vorrätighaltung von OTC-Arzneimitteln ist im Fall einer Liberalisierung jedenfalls zu vermeiden. In diesem Sinne kann auch eine allgemeine Lockerung der Beschränkungen für den Verkauf und für die Bewerbung von OTC-Arzneimitteln insbesondere durch Apotheken angedacht werden (siehe oben).

- (3) Der Apothekenvorbehalt wird abgeschafft und der **Verkauf von OTC-Arzneimitteln ohne Einschränkung auch in anderen Abgabestellen** ermöglicht (ggf unter vollständig freier Preisgestaltung). Aus einer solchen vollständigen Liberalisierung des OTC-Marktes würde zweifellos eine **verbesserte Versorgung** der Konsumenten mit OTC-Arzneimitteln resultieren sowie ein erheblicher **Preiswettbewerb** und damit günstigere Preise für Konsumenten. In diesem Szenario würde jedoch nicht berücksichtigt werden, dass bestimmte Arzneimittel des OTC-Marktes für eine breite, ungefilterte Abgabe, etwa in Supermärkten oder Tankstellen nicht geeignet sind. Im Gegensatz dazu haben Drogerien und Apotheken bereits jetzt eine gewisse Schnittmenge in ihrem Produktsortiment und insbesondere das Erfordernis der Beratung durch einen Apotheker sowie bestimmte **Qualitäts- und Sicherheitsstandards** lassen sich in Drogerien verhältnismäßig einfach umsetzen. Eine **schrankenlose Marktöffnung** des OTC-Marktes ist auch deshalb **nicht empfehlenswert**, da das bereits bisher in der Regulierung berücksichtigte öffentliche Interesse an einer **Sicherstellung der klaglosen Heilmittelversorgung der Bevölkerung dann nicht mehr ausreichend gewahrt** werden würde. Es ist nämlich fraglich, ob bei einer so umfassenden Auslagerung des OTC-Marktes aus den Apotheken hinaus, die Versorgung durch ausreichend viele Apotheken mit zumindest rezeptpflichtigen

⁹⁴ Es gibt darüber hinaus bisher auch keine ökonomischen Studien über einen gesteigerten Verbrauch von OTC-Arzneimitteln nach einer Deregulierung oder über einen Kausalzusammenhang zwischen Deregulierungsmaßnahmen im Bereich der OTC-Arzneimittel und gesundheitlichen Risiken.

Arzneimitteln wegen der damit verbundenen geringen Gewinnspanne noch möglich wäre.

Im **Ergebnis** ist eine **Liberalisierung der Abgabe von OTC-Arzneimitteln** wegen der damit verbundenen **positiven Effekte für Konsumenten** (besserer Zugang, geringere Preise) zu empfehlen. Es muss dabei sowohl die Einhaltung der bestehenden Qualitäts- und Sicherheitsstandards für die Lagerung und Abgabe von Arzneimitteln gewährleistet sein, als auch eine adäquate Beratung der Konsumenten wegen der mit Arzneimitteln verbundenen Gefahren. Für eine solche Liberalisierung sind – unabhängig davon, in welcher der oben genannten Formen sie erfolgt – gesetzliche Maßnahmen erforderlich.

VIII. Literatur

Anell, Deregulating the pharmacy market: the case of Iceland and Norway, *Health Policy* (2005) 75, 9

Anell/Hjelmgren, Implementing competition in the pharmacy sector: lessons from Iceland and Norway, *Applied Health Economics and Health Policy* (2002) 1, 149

Bergman/Granlund/Rudholm, Reforming the Swedish pharmaceuticals market - consequences for costs per defined daily dose, *International Journal of Health Economics and Management* (2016) 16, 201

Bergman/Rudholm, The relative importance of actual and potential competition: Empirical evidence from the pharmaceuticals market, *Journal of Industrial Economics* (2003) 51, 455

Böheim/Pichler, Der österreichische Selbstmedikationsmarkt. Marktperformance und Deregulierungsspielräume, *Wirtschaftspolitische Blätter* (2011) 2, 347

Brekke/Holmas/Straume, Comparing Pharmaceutical Prices in Europe. A Comparison of Prescription Drug Prices in Norway with Nine Western European Countries, SNF Report No. 11/11 (2011)

Castaldo/Grosso/Mallarini/Rindone, The missing path to gain customers loyalty in pharmacy retail: The role of the store in developing satisfaction and trust, *Research in Social and Administrative Pharmacy* (2016), 12, 699

Coenen/Haucap/Herr/Kuchinke, Wettbewerbspotenziale im deutschen Apothekenmarkt, *Düsseldorfer Institut für Wettbewerbsökonomie* (2011)

Comisión Nacional de los Mercados y la Competencia, E/CNMC/003/15, Study of the Retail Medicine Distribution Market in Spain (2015)

Danzon/Chao, Does regulation drive out competition in pharmaceutical markets?, *Journal of Law and Economics* (2000) 311

Ferris, On the economics of regulated early closing hours: some evidence from Canada", *Applied Economics* (1991) 1393

Ferris, Time, space, and shopping: the regulation of shopping hours", *Journal of Law, Economics, and Organization* (1990) 55

Global Forum on Competition, Competition Issues in the Distribution of Pharmaceuticals, DAF/COMP/GF(2014)10/FINAL (2014)

Gross/Volmer, Restrictions to Pharmacy Ownership and Vertical Integration in Estonia - Perception of Different Stakeholders, *Pharmacy* (2016) 4, 18

Guhla/Stargardt/Schneider/Fischer, Dispensing behaviour of pharmacies in prescription drug markets, *Health Policy* (2016) 120, 190

Hakonsen/Sundell/Martinsson/Hedenrud, Consumer preferences for over-the-counter drug retailers in the reregulated Swedish pharmacy market, *Health policy* (2016) 327

IGEPHA Jahresbericht 2017

Inderst/Irmen, Shopping Hours and Price Competition, *European Economic Review* (2005) 1105

Janger, Bestimmungsgründe sektoraler Preisvergleichs- und Anbieterwechselraten in Österreich, *Geldpolitik und Wirtschaft* (2010) 70

Kanavos/Schurer/Vogler, The pharmaceutical distribution chain in the European Union: structure and impact on pharmaceutical prices (2011), Report European Commission

Kreutzer Fischer Partner, Entlastung des Gesundheitssystems durch Re-Strukturierung des Apotheken-Marktes in Österreich (2015)

Kügler/Weiss, Time as a strategic variable: business hours in the gasoline market, Applied Economics Letters (2016) 1051

Lluch/Kanavos, Impact of regulation of Community Pharmacies on efficiency, access and equity. Evidence from the UK and Spain, Health Policy (2010) 95, 245

Martins/Queirós, Competition among pharmacies and the typology of services delivered: The Portuguese case, Health Policy (2015) 119, 640

Monopolkommission, Wettbewerbsdefizite bei Apotheken im Einzelhandel mit Apotheken, Auszug aus Hauptgutachten XVII (2008/2009)54

Morrison/Newman, Hours of Operation Restrictions and Competition among Retail Firms, Economic Inquiry (1983) 107

Nellen/Hahn (Hrsg), Zukunft der Apotheken in Deutschland: rechtliche und wirtschaftliche Fragen (2008)

Nicholas Hall, Benchmarking the World of OTC im Auftrag der IGEPPA, Perspektiven für den OTC-Markt in Österreich (2017)

OECD Health at a Glance 2015, Pharmacists and pharmacies

OECD, Health at a Glance (2015, 2017)

Office of Fair Trading, Evaluating the impact of the 2003. OFT study on the Control of Entry regulations in the retail pharmacies market (2010)

Office of Fair Trading, The control of entry regulations and retail pharmacy services in the UK. A report of an OFT market investigation (2003)

Österreichische Apothekerkammer, Apotheke in Zahlen 2017

Pharmig, Daten und Fakten 2017 - Arzneimittel und Gesundheitswesen in Österreich

Rudholm, Entry of new pharmacies in the deregulated Norwegian pharmaceuticals market—Consequences for costs and availability, Health Policy (2008) 258

Santermans, Herausforderungen für die Europäische OTC-Industrie: Chancen und Risiken, Wiesbaden (2004)

Schmid, Auswirkungen einer Aufhebung des Fremd- und Mehrbesitzverbots für Apotheken - eine ökonomische und gesundheitspolitische Analyse (2008)

Stargardt/Schreyögg/Busse, Pricing behaviour of pharmacies after market deregulation for OTC drugs: the case of Germany, Health Policy (2007) 30

Vogler/Arts/Sandberger, Impact of pharmacy deregulation and regulation in European countries (Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH), 2012, 175 ff

Vogler/Habimana/Arts, Does deregulation in community pharmacy impact accessibility of medicines, quality of pharmacy services and costs? Evidence from nine European countries, *Health Policy* (2014) 117, 311

Vogler/Paterson, Can Price Transparency Contribute to More Affordable Patient Access to Medicines?, *Pharmaco Economics Open* (2017) 1, 145

Walter/Lazic-Peric, Distribution profile and efficiency of the European pharmaceutical full-line wholesaling sector, Studie des Institutes for Pharmaeconomic Research (IPF) Vienna for the European Healthcare Distribution Association (GIRP), 2017

Wenzel, Deregulation of Shopping Hours: The Impact on Independent Retailers and Chain Stores, *Scandinavian Journal of Economics* (2011) 145

Westerlund/Barzi/Bernstein, Consumer views on safety of over-the-counter drugs, preferred retailers and information sources in Sweden: after re-regulation of the pharmacy market, *Pharmacy Practice* (2017) 894

Wisell/Winblad/Sporronga, Reregulation of the Swedish pharmacy sector—A qualitative content analysis of the political rationale, *Health Policy* (2015), 119, 648

Zirm, Bedarfsprüfung im Apothekenrecht endlich unionsrechtskonform?, *RdM* 2017, 56

IX. Anhang

Der österreichische Apothekenmarkt - Empfehlungen aus wettbewerbllicher Sicht

	Problemanalyse	Folgewirkungen	Lösungsvorschlag	Positive Auswirkungen
1	Bedarfsprüfung			
	Der Betrieb einer öffentlichen Apotheke ist nur auf Grund einer behördlichen Bewilligung (Konzession) möglich. Diese erfordert einen Bedarf an einer neu errichteten Apotheke. Dieser Bedarf wird durch das Gesetz negativ definiert und orientiert sich insb an der derzeitigen Versorgung mit Arzneimitteln (etwa durch eine andere öffentliche Apotheke oder eine Hausapotheke), eine bestimmte Entfernung zu einer bereits bestehenden Apotheke sowie der zu versorgenden Bevölkerungszahl.	- Öffentliche Apotheken verfügen in ihrem geographischen Gebiet über eine monopolartige Wettbewerbsposition - Apotheken agieren im Wesentlichen frei von Wettbewerbsdruck und Konkurrenzkampf - Auch wirtschaftlich ineffizient geführte Apotheken oder solche, die mangelnde Qualität für den Konsumenten bieten, müssen kaum um ihre wirtschaftliche Existenz fürchten - Kaum Qualitätswettbewerb zwischen den öffentlichen Apotheken - Kaum Preiswettbewerb zwischen den öffentlichen Apotheken, wo dies aufgrund der weitgehenden gesetzlichen Preisregulierung möglich wäre	Wegfall oder Umgestaltung der Bedarfsprüfung durch gesetzliche Maßnahmen Beibehaltung des Ketten- und Fremdbesitzverbots, sodass der Konzessionsinhaber weiterhin über eine Berufsberechtigung als Apotheker verfügen muss und lediglich eine einzelne öffentliche Apotheke betreiben darf. Daraus resultierend die Vermeidung einer weitergehenden vertikalen Integration des pharmazeutischen Großhandels in den Apothekenmarkt und den damit verbundenen Gefahren wie zB Marktabschottung	- Höhere Apothekendichte und dadurch bessere Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln (insb auch in ländlichen Gebieten) - Gesteigerter Qualitätswettbewerb zwischen den öffentlichen Apotheken (Qualitätswettbewerb als wesentliche Triebfeder und Unterscheidungsmerkmal zwischen den Apotheken, Ausbau der Beratungsleistungen und sonstiger Dienstleistungen) - Preiswettbewerb, wo dies aufgrund der weitgehenden gesetzlichen Preisregulierung möglich ist (insb in den Bereichen Kosmetik, Nahrungsergänzungsmittel, OTC-Arzneimittel)
2	Filialapotheken			
	Der Betreiber einer öffentlichen Apotheke darf eine weitere Filialapotheke betreiben. Die Ortschaft, in der sich die Filiale befindet, darf nicht weiter als vier Kilometer von der Mutter-Apotheke entfernt sein. Für die Filialapotheke gelten niederschwellige Vorschriften bei den Betriebszeiten und der räumlichen Mindestausstattung.	- Verhinderung von Skaleneffekten durch Begrenzung auf zwei Apotheken	Erhöhung der Zahl der zulässigen Filialapotheken auf drei pro Apotheker durch gesetzliche Maßnahmen Die gestärkte Marktstellung eines Apothekers in einem bestimmten geographischen Gebiet wird durch die positiven Effekte ausgeglichen	- Höhere Apothekendichte und dadurch bessere Versorgung der Bevölkerung (insb auch in ländlichen Gebieten) - Generierung von Skaleneffekten für Apotheker

Öffnungszeiten				
3	Für die Öffnungszeiten und die Bereitschaftsdienste von öffentlichen Apotheken besteht ein komplexes Regelungssystem mit dem Ergebnis, dass öffentliche Apotheken bei der Festlegung ihrer Öffnungszeiten sehr eingeschränkt sind und insb an Randzeiten nicht geöffnet haben dürfen.	- Einschränkung der unternehmerischen Freiheit der Apotheken, ihre Öffnungszeiten selbst zu gestalten - Verhinderung eines Qualitätswettbewerbs zwischen öffentlichen Apotheken durch individuelle Öffnungszeiten - Eingeschränkte Versorgung der Konsumenten mit Arzneimitteln (insb zu Randzeiten)	Anpassung der Öffnungszeiten an die allgemeinen Ladenöffnungszeiten durch gesetzliche Maßnahmen unter weiterer Sicherstellung der Bereitschaftsdienste	- Erweiterte Öffnungszeiten der Apotheken und dadurch bessere Versorgung der Konsumenten mit Arzneimitteln insb zu Randzeiten und in Mittagspausen - Gesteigerter Qualitätswettbewerb zwischen Apotheken durch individuelle Nutzung der erweiterten Öffnungszeiten
4	Es bestehen restriktive gesetzliche Regelungen über die Erbringung von Dienstleistungen in öffentlichen Apotheken sowie für die (Mit)Nutzung von apothekeneigenen Räumlichkeiten.	- Verhinderung eines Qualitätswettbewerbs zwischen den Apotheken durch Erbringung von sonstigen Dienstleistungen - Kompetenz der Apotheke als zentrale Gesundheitseinrichtung wird nicht ausreichend genutzt	Lockerung der gesetzlichen Regelungen mit dem Ziel der Erweiterung der anzubietenden Dienstleistungen in Apotheken unter Nutzung des Fachwissens der Mitarbeiter in Apotheken. Vereinfachung der apothekenfremden (Mit)Nutzung von Apothekenräumlichkeiten unter Sicherstellung der Hintanhaltung der Gefährdung des ordnungsgemäßen Apothekenbetriebs	- Nutzung von Effizienzen durch verstärkte Einbeziehung der Apotheke als zentraler Gesundheitseinrichtung - Gesteigerter Qualitätswettbewerb zwischen den Apotheken
5	Der Marktzutritt auf den Markt für den Online-Handel mit Arzneimitteln ist für österreichische Unternehmen aufgrund engmaschiger Regulierung schwierig. Derzeit gibt es nur sehr wenige österreichische Apotheken, die einen Online-Vertrieb von Arzneimitteln anbieten. Es besteht ein erhebliches Potential für einen Ausbau des Online-Handels.	- Erheblicher Wettbewerbsnachteil der österreichischen Apotheken gegenüber dem ausländischen Versandhandel - Sehr restriktive Marktzugangsbeschränkungen (zB Erfordernis einer stationären Apotheke) sowie Ausübungsbeschränkungen - Geringer Preiswettbewerb	Teilweise Liberalisierung des Online-Handels durch Wegfall des Erfordernisses der stationären Apotheke durch gesetzliche Maßnahmen	- Bessere Versorgung der Konsumenten mit Arzneimitteln (insb auch in ländlichen Gebieten) - Gesteigerter Preiswettbewerb zwischen den Online-Apotheken und den Online-Apotheken und stationären Apotheken - Gesteigerter Qualitätswettbewerb (Verbesserung der Beratungsleistung und

					sonstigen Dienstleistungen in den stationären Apotheken)
6	Zustelleinrichtungen				
	Öffentliche Apotheken dürfen innerhalb eines Umkreises von sechs Straßenkilometern dringend benötigte Arzneimittel an Konsumenten durch apothekeneigene Zustelleinrichtungen zustellen. Die Modalitäten der Zustellung variieren in der Praxis erheblich. Zugestellt werden dürfen rezeptpflichtige und nicht rezeptpflichtige Arzneimittel, allerdings müssen diese dringend benötigt werden. Das Regulatoriv „Apothekeneigene Zustelleinrichtungen“ der Österreichischen Apothekerkammer regelt nähere Bedingungen für Zustelleinrichtungen, wie etwa die schriftliche Genehmigung der jeweiligen Landesgeschäftsstelle der Apothekerkammer.	- Mangelnde Transparenz und Ungleichbehandlung durch die Vorschriften im Regulatoriv der Österreichischen Apothekerkammer - Mangelnder Wettbewerb zwischen vergleichbaren Leistungen zwischen öffentlicher Apotheke und Online-Apotheke	Aufhebung aller von den gesetzlichen Vorgaben abweichenden Regelungen des Regulatorivs der Österreichischen Apothekerkammer Streichung des vorgesehenen Umkreises der Zustellung durch gesetzliche Maßnahme	- Bessere Versorgung der Bevölkerung (insb auch in ländlichen Gebieten) - Steigerung des Wettbewerbs zwischen öffentlichen Apotheken und Online-Apotheken	
7	OTC-Arzneimittel				
	Für OTC-Arzneimittel gilt ein gesetzlicher Apothekenvorbehalt. Eine geringe Schnittmenge an OTC-Arzneimittel darf sowohl von öffentlichen Apotheken als auch von anderen Stellen wie Drogisten abgegeben werden.	- Monopolisierung der öffentlichen Apotheken im Bereich der OTC-Arzneimittel - Nur geringer Preis- und Qualitätswettbewerb im Bereich der OTC-Arzneimittel zwischen den öffentlichen Apotheken	Liberalisierung der Abgabe von OTC-Arzneimitteln Lockerung der Beschränkungen für den Verkauf und für die Bewerbung von OTC-Arzneimitteln Ggf Erweiterung jenes Sortiments an OTC-Arzneimittel, das sowohl von öffentlichen Apotheken als auch von anderen Stellen wie Drogerien abgegeben werden können durch gesetzliche Maßnahmen Jedenfalls Sicherstellung der Beratungsleistung für die Konsumenten durch ausgebildete Pharmazeuten sowie Beibehaltung der hohen Qualitäts- und Sicherheitsstandards für OTC-Arzneimittel (auch in von öffentlichen Apotheken unterschiedlichen Abgabestellen)	- Verbesserte Versorgung der Konsumenten mit OTC-Arzneimitteln - Preiswettbewerb zwischen Apotheken und ggf weiteren Abgabestellen (sinkende Preise für OTC-Arzneimittel) - Preistransparenz für den Konsumenten - Qualitätswettbewerb zwischen Apotheken und ggf weiteren Abgabestellen, etwa auch durch verbesserte Beratungsleistung und sonstige Dienstleistungen	