

Branchenuntersuchung Gesundheit

Teil II: Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum

Wien, Oktober 2019

Impressum

Medieninhaber, Verleger und Herausgeber:

Bundeswettbewerbsbehörde, Radetzkystraße 2, 1030 Wien

Gesamtumsetzung: Bundeswettbewerbsbehörde

Wien, 2019. Stand: Oktober 2019

Copyright und Haftung:

Auszugsweiser Abdruck ist nur mit Quellenangabe gestattet, alle sonstigen Rechte sind ohne schriftliche Zustimmung des Medieninhabers unzulässig.

Es wird darauf verwiesen, dass alle Angaben in dieser Publikation trotz sorgfältiger Bearbeitung ohne Gewähr erfolgen und eine Haftung der Bundeswettbewerbsbehörde und der Autorin/des Autors ausgeschlossen ist. Rechtausführungen stellen die unverbindliche Meinung der Autorin/des Autors dar und können der Rechtsprechung der unabhängigen Gerichte keinesfalls vorgreifen.

Rückmeldungen: Ihre Überlegungen zu vorliegender Publikation übermitteln Sie bitte an wettbewerb@bwb.gv.at.

Bitte zitieren als

BWB (2019), Branchenuntersuchung Gesundheit. Teilbericht 2:
Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum, BWB/AW-447, 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.

Der vorliegende Bericht wurde auf der Basis von Gesprächen mit Stakeholdern, übermittelten Daten und Informationen sowie öffentlich verfügbarer Quellen nach bestem Wissen und unter Beachtung größtmöglicher Sorgfalt erstellt.

Alle personenbezogenen Bezeichnungen des vorliegenden Berichts umfassen Männer und Frauen gleichermaßen und sind geschlechtsneutral zu verstehen.

Inhalt

Zusammenfassung	4
Empfehlungen	6
I. Bestandsaufnahme der regionalen Versorgung mit Apotheken und Allgemeinmediziner in Österreich	8
1. Regionale Verteilung	8
2. Versorgungsdichte	9
3. Entwicklung der Versorgung in den Jahren 2009-2018	16
II. Ärztemangel im ländlichen Raum und gesundheitspolitische Maßnahmen	20
1. Rechtliche Rahmenbedingungen	20
2. Gründe für den Ärztemangel	21
2.1. Altersstruktur	21
2.2. Faktische Rahmenbedingungen und Zukunftsperspektiven	22
3. Wettbewerbliche Beurteilung	24
4. Empfehlungen	26
III. Ärztliche Hausapotheken	27
1. Rechtliche Rahmenbedingungen	27
1.1. Bewilligung einer ärztlichen Hausapotheke	27
1.2. Konzessionserteilung für eine neu einzurichtende öffentliche Apotheke ...	28
1.3. Ein-Kassenvertragsarzt-Gemeinden	28
1.4. Rücknahme zur Bewilligung zur Haltung einer ärztlichen Hausapotheke....	29
2. Wettbewerbliche Beurteilung	29
2.1. Auslegung des ApothekenG und Schlussfolgerungen aus der Judikatur	29
2.2. Auswahlmöglichkeit der Patienten	30
2.3. Komplementäres Angebot	31
2.4. Spannungsverhältnis gleichzeitiger Behandlung und Verabreichung	32
2.4.1. Verschreibeverhalten	32
2.4.2. Länderübergreifender Vergleich	33
3. Empfehlungen	35
IV. Primärversorgungseinheiten („PVE“), Anstellung von Ärzten und Lehrpraxis ...	36
1. Primärversorgungseinheiten	36
1.1. Allgemeines	36
1.2. Ziele der PVE	37

1.3. Ausgestaltung der PVE.....	37
1.4. Anzahl und Standorte der PVE	38
1.5. Finanzierung	39
1.6. Gesamtvertrag.....	39
1.7. Wettbewerbliche Beurteilung	40
1.8. Empfehlungen.....	41
2. Anstellung von Ärzten	41
2.1. Allgemeines	41
2.2. Arbeitszeit.....	42
2.3. Haftung	42
2.4. Abgrenzung zwischen Anstellung und Vertretung	42
3. Lehrpraxis für Allgemeinmediziner	42
3.1. Allgemeines	42
3.2. Formen der Lehrpraxis	43
3.3. Finanzierung und Förderung	43
3.4. Wettbewerbliche Beurteilung	43
V. Vorschläge der österreichischen Apothekerkammer („öApK“) zur Modernisierung des Apothekengesetzes	45
1. Öffnungszeiten und Notfallbereitschaft (§ 8)	45
2. Zustellung von Arzneimitteln (§ 8a)	46
3. Konzession und Rechtsform des Betriebes öffentlicher Apotheken (§ 12)	47
4. Verlegung von Apotheken (§ 14).....	48
5. Filialapotheken (§ 24)	49
6. Wettbewerbliche Beurteilung	50
7. Empfehlungen	51

Zusammenfassung

Seit Anfang 2017 analysiert die Bundeswettbewerbsbehörde („BWB“) den österreichischen Gesundheitsmarkt. Im Rahmen der Branchenuntersuchung evaluiert die BWB die wettbewerblichen Rahmenbedingungen in bestimmten Teilmärkten des Gesundheitsmarkts. Die Untersuchung stützt sich auf Auskunftsverlangen an Marktteilnehmer, wissenschaftliche Literatur sowie Erfahrungsberichte und Untersuchungen von nationalen Wettbewerbsbehörden. Zusätzlich werden intensive Gespräche mit Unternehmen, Interessensvertretungen und anderen Institutionen, welche im Gesundheitsmarkt tätig sind, geführt. Ziel ist es, mögliche Wettbewerbsverfälschungen zu identifizieren und Liberalisierungsmöglichkeiten aufzuzeigen, die den Unternehmen mehr Handlungsspielraum verschaffen und den Konsumenten Vorteile bringen. Studien belegen, dass ein gewisses Maß an Wettbewerb auch im Gesundheitsmarkt zu einer besseren Versorgung und einer verbesserten Qualität von Produkten und Dienstleistungen führen kann.

Der erste Teilbericht „Der Markt für öffentliche Apotheken“ wurde am 18.05.2018 veröffentlicht und analysierte am Markt für öffentliche Apotheken mögliche Wettbewerbsbeschränkungen im Hinblick auf den Marktzutritt für Apotheken (Bedarfsprüfung), die Eigentumsverhältnisse an Apotheken (ua Fremdbesitzverbot, Großhändler, Filialapotheken) sowie die Vorschriften über den Betrieb von Apotheken (ua Öffnungszeiten, Angebot von Dienstleistungen, Online Handel, Apothekenvorbehalt für OTC-Arzneimittel).

In den letzten Jahren traten vermehrt Anzeichen für eine partielle Verschlechterung der medizinischen Grundversorgung in ländlichen Regionen auf, insbesondere durch zunehmende Probleme, frei werdende Kassenplanstellen von Allgemeinmediziner*innen nach zu besetzen. Die Altersstruktur der niedergelassenen Allgemeinmediziner*innen, damit verbunden die erwarteten Pensionsabgänge und das geringe Interesse an nachrückenden Allgemeinmediziner*innen lassen eine Verschärfung der Situation in der nahen Zukunft erwarten. Die BWB hat sich daher aufgrund der rezenten und sich zuspitzenden Entwicklung entschlossen, in ihrem nächsten Teilbericht den Fokus eben auf den zuvor genannten Aspekt der medizinischen Versorgung des ländlichen Raumes aus wettbewerbsrechtlicher Sicht zu legen.

Im **Kapitel I** wird eine Bestandsaufnahme der ärztlichen und pharmazeutischen Versorgung in Österreich vorgenommen. Es zeigt sich, dass die ärztliche und pharmazeutische Versorgung in kleinen Gemeinden in hohem Maße durch Allgemeinmediziner*innen mit ärztlicher Hausapotheke erfolgt. Gerade im ländlichen Raum gibt

es aber auch Gemeinden, die aus Nachbargemeinden mitversorgt werden müssen. In den Jahren 2009-2018 wurden 155 öffentliche Apotheken neu eröffnet. Diese Eröffnungen betrafen insbesondere Gemeinden mit wachsender Bevölkerungszahl. Besonders in Gemeinden mit 1000 bis 5000 Einwohnern kam es durch die Neueröffnungen zu einer Verdrängung bestehender Hausapotheken.

Das **Kapitel II** beleuchtet die gesundheitspolitischen Überlegungen und Maßnahmen der Gebietskörperschaften, Sozialversicherungsträger und Interessenvertretungen zur Aufrechterhaltung der kassenärztlichen Versorgung. Die Bandbreite der Förderungsmaßnahmen reicht von verschiedenen monetären und nicht-monetären Anreizmodellen bis zu planwirtschaftlich prohibitiven Überlegungen, wie etwa medizinische Leistungen durch Privatärzte zu verbieten (*„...und bist du nicht willig, so brauch ich Gewalt.“*). Keiner weiteren Erläuterung bedarf, dass letztgenannter Zugang von der BWB nicht als zielführend gesehen wird.

Im **Kapitel III** wird ein besonderes Augenmerk auf die Frage gelegt, ob bzw inwieweit regulatorische Beschränkungen betreffend ärztliche Hausapotheken ein Hemmnis für die Attraktivität von Landarztpraxen darstellen und ob diese unter dem Blickwinkel der Gesundheitsversorgung gerechtfertigt sind. Im Laufe der Erhebungen zeigte sich für die BWB schnell, dass der Betrieb einer ärztlichen Hausapotheke ein wesentlicher Aspekt für die Attraktivität einer Kassenordination eines Landarztes und damit ein Baustein für die flächendeckende Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum sein kann. Der Betrieb von ärztlichen Hausapotheken steht in einem gewissen Wettbewerb zu den niedergelassenen öffentlichen Apotheken und wird derzeit durch eine sehr restriktive Regelung im ApothekenG beschränkt. Der Teilbericht analysiert daher die Ist-Situation, die Rechtslage und ihre Auswirkung auf die Medikamentenversorgung im ländlichen Raum. Als Ergebnis der Untersuchung kann festgehalten werden, dass die wettbewerbsrechtlich unterschiedliche Behandlung von öffentlichen Apotheken und ärztlichen Hausapotheken weder zur Verbesserung der Versorgungssicherheit noch zur Sicherstellung eines Qualitätsniveaus bei der Verabreichung von Medikamenten erforderlich ist. Der weitaus größte Teil der in öffentlichen Apotheken verkauften Produkte wird nicht mehr wie früher in diesen Apotheken selbst hergestellt. Somit ist ein Grund für die weitgehend exklusive Distribution von Medikamenten durch öffentliche Apotheken weggefallen. Es wird daher eine Deregulierung der Bestimmungen im ApothekenG betreffend ärztliche Hausapotheken empfohlen.

Das **Kapitel IV** befasst sich näher mit den neuen Primärversorgungseinheiten („PVE“), die in erster Linie als Entlastung der Spitalsambulanzen forciert werden und prüft, welche Auswirkungen sich dadurch auf die Gesundheitsversorgung des ländlichen Raumes ergeben können. Des Weiteren werden die Möglichkeit Ärzte anzustellen und das Modell der Lehrpraxen beleuchtet.

Das **Kapitel V** analysiert die Vorschläge der Apothekerkammer vom 25.4.2019 zur Modernisierung des ApothekenG und setzt diese in Bezug zu den Empfehlungen im ersten Teilbericht „Der österreichische Apothekenmarkt“. Dabei zeigt sich, dass einige Vorschläge der Apothekerkammer durchaus mit den Empfehlungen korrelieren, was aus Sicht der BWB zu begrüßen ist.

Allen Untersuchungen und Analysen im zweiten Teilbericht liegt im Sinne des § 2 Abs 1 Wettbewerbsgesetz das Grundverständnis der BWB zugrunde, dass die Wahlfreiheit der Patienten, die Vergleichbarkeit der medizinischen Leistungen und die Vermeidung künstlicher Wettbewerbsbarrieren als Hauptsäulen des Wettbewerbs im Gesundheitswesen verstanden werden.

Vorgangsweise und Methodik: Die Grundlage für den Teilbericht bilden Gespräche mit den Interessenvertretungen der Ärzte und Apotheker sowie mit dem Hauptverband der Sozialversicherungen. Des Weiteren wurden von diesen zur Verfügung gestellte Unterlagen und statistische Daten ausgewertet. Aufbauend auf den von der österreichischen Ärztekammer, der österreichischen Apothekerkammer und dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger zur Verfügung gestellten statistischen Daten wurde eine Landkarte der Kassenstellen mit ärztlichen Hausapotheken (mit örtlicher und zeitlicher Dimension) erstellt. Außerdem wurden wissenschaftliche Publikationen, die Rechtsprechung sowie Berichte und Studien analysiert und die BWB nahm an verschiedenen einschlägigen Diskussionsveranstaltungen mit Stakeholdern und Marktteilnehmern teil.

Empfehlungen

- Forcierung der flächendeckenden Förderungen und finanzielle Anreizsetzung bezüglich Kassenstellen im Bereich Allgemeinmedizin im ländlichen Raum.
- Vertiefte und flächendeckende Aufwertung der Allgemeinmedizin im theoretischen und praktischen Teil der universitären Ausbildung hinsichtlich des Studiums der Humanmedizin.
- Weitere Flexibilisierungen und Ausbau der Entwicklungsmöglichkeiten für niedergelassene § 2 - Vertragsärzte.
- Bewusstseinsfördernde Maßnahme (etwa durch eine Informationsoffensive) mit dem Ziel einer erhöhten Wertschätzung und Aufwertung von § 2 - Vertragsärzten im Bereich Allgemeinmedizin.
- Ersatzlose Streichung der Mindestentfernungen in § 29 ApothekenG hinsichtlich der Bewilligung zur Haltung einer ärztlichen Hausapotheke in Gemeinden ohne öffentliche Apotheken.

- Streichung der Sonderregelung bezüglich der Mindestentfernung für ärztliche Hausapotheken zu öffentlichen Apotheken gemäß § 28 Abs 3 ApothekenG in Gemeinden mit nur einer kassenärztlichen Vertragsstelle und einer vorliegenden Konzession für eine öffentliche Apotheke. Stattdessen rechtliche Gleichstellung von öffentlichen Apotheken und ärztlichen Hausapotheken durch den Verweis auf § 10 ApothekenG.
- Berücksichtigung der strukturellen Besonderheiten des ländlichen Raums bei der Bedarfsprüfung iSd § 10 ApothekenG.
- Planstellen für PVE sollen nicht zu Lasten der Kassenarztstellen in ländlichen Gebieten bereitgestellt werden, stattdessen wird eine systematische Planstellenbewirtschaftung unter Heranziehung eines transparenten Kriterienkataloges vorgeschlagen.
- Berechtigung zur Führung von ärztliche Hausapotheken auch für Primärversorgungseinheiten.
- Maßnahmen zur Sicherstellung der Wahlmöglichkeit in nicht akuten Fällen hinsichtlich verschiedener Ärzte auch in Primärversorgungseinheiten durch Gestaltung der Öffnungszeiten.
- Für die bewilligungspflichtige mobile Abgabeeinrichtung sind (Mindest)Kriterien betreffend die Bedarfsprüfung durch die österreichische Apothekerkammer gesetzlich zu regeln. Alternativ wäre denkbar, dass bei Fehlen einer mobilen Abgabereinrichtung im Einzugsgebiet diese jedenfalls bewilligt würde, es sei denn, die österreichische Apothekerkammer weist das Fehlen eines Bedarfs nach.
- Filialapotheken sollten – sofern dem keine zwingenden Gründe im Einzelfall entgegenstehen – von dauerhaftem Bestand sein. Die Schutzfrist einer Filialapotheke sollte parallel zur Konzessionsdauer der Stammapotheke laufen.

I. Bestandsaufnahme der regionalen Versorgung mit Apotheken und Allgemeinmediziner in Österreich

Im Rahmen der Erhebungen der BWB wurden die Apothekerkammer und die Ärztekammer darum ersucht, Auskünfte über die Standorte der öffentlichen Apotheken, Hausapotheken und allgemeinmedizinischen Kassenarztstellen in Österreich zu geben. Diese Daten wurden von der BWB mit Bevölkerungsdaten der Statistik Austria verknüpft.

Abschnitt 1 gibt einen Überblick über die derzeitige Versorgung mit Apotheken und Allgemeinmediziner in Österreich. Abschnitt 2 geht auf die Versorgungsdichte im Verhältnis zur Einwohnerzahl und die Entfernung zur nächsten (Haus-)Apotheke und zum nächsten Arzt ein. Abschnitt 3 befasst sich mit der Veränderung der Versorgungssituation in den Jahren 2008-2019.

1. Regionale Verteilung

Bestandszahlen im Jahr 2019: Tabelle 1 listet die Anzahl der Apotheken und Kassenarztstellen nach Bundesländern auf. Insgesamt gibt es in Österreich derzeit 1438 von Apothekern geführte Apotheken, davon 29 Filialapotheken und 37 Krankenhausapotheken ohne angeschlossene öffentliche Apotheken. Demgegenüber gibt es 794 von Kassenärzten geführte Hausapotheken.¹ Insgesamt gibt es somit 2232 öffentliche Apotheken und Hausapotheken.

Aus Tabelle 2 geht hervor, dass die Versorgung mit Apothekenleistungen in Gemeinden bis zu 5000 Einwohnern überwiegend über Hausapotheken erfolgt. Insgesamt betreiben rund 21% der Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag eine Hausapotheke. In Gemeinden mit bis zu 1000 Einwohnern sind es 74%, in Gemeinden von 1000 bis 5000 Einwohnern sind es 44%.

Derzeit gibt es in Österreich 3757 Allgemeinmediziner mit GKK-Vertrag. Allgemeinmediziner mit einem Kassenvertrag der kleineren Krankenkassen haben in der Regel auch einen Kassenvertrag mit der jeweiligen Gebietskrankenkasse. Die Bewilligung einer Hausapotheke ist an das Vorhandensein eines GKK-Kassenvertrages geknüpft. Es gibt aber noch 52 Allgemeinmediziner, die eine Hausapotheke betreiben, obwohl sie

¹ Die Bewilligung zur Haltung einer ärztlichen Hausapotheke ist gem § 29 Abs 1 Z 1 ApothekenG insbesondere an das Vorliegen ein Vertragsverhältnisses gem § 342 Abs 1 ASVG, dh an eine GKK-Kassenarztstelle, geknüpft.

keinen GKK-Kassenvertrag haben, sondern nur einen Vertrag mit einer kleineren Krankenkasse. Insgesamt gibt es somit 3809 Allgemeinmediziner mit GKK-Kassenvertrag und/oder der Bewilligung zur Haltung einer ärztlichen Hausapotheke in Österreich.²

Abbildung 1 und Abbildung 2 stellen die räumliche Verteilung von öffentlichen Apotheken, Hausapotheken (die immer einer Kassenarztstelle zugeordnet sind) und sonstigen Kassenärzte (Allgemeinmediziner mit GKK-Kassenvertrag) in Österreich dar. Es zeigt sich, dass Apotheken und Kassenarztstellen, gemäß der Topographie und Einwohnerdichte, sehr ungleich im Bundesgebiet verteilt sind.

Tabelle 1 Apotheken und Kassenärzte nach Bundesländern

Bundesland	Apotheken				Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag**		
	gesamt	öffentliche	Filialen	Krankenhaus*	gesamt	mit Hausapotheke	ohne Hausapotheke
Burgenland	45	40	4	1	145	43	102
Kärnten	105	100	2	3	259	60	199
Niederösterreich	250	239	6	5	792	231	561
Oberösterreich	215	204	2	9	627	200	427
Salzburg	94	90	3	1	231	30	201
Steiermark	207	200	3	4	571	151	420
Tirol	129	120	8	1	320	60	260
Vorarlberg	53	51	1	1	156	19	137
Wien	340	328	0	12	708	0	708
GESAMT	1.438	1.372	29	37	3.809	794	3.015

Quelle: Apothekerkammer, Ärztekammer, Statistik Austria, Auswertungen der BMB, Stand: Q2/2019. *Krankenhausapotheken ohne angeschlossene öffentliche Apotheke; **Allgemeinmediziner mit GKK-Kassenvertrag und/oder mit Hausapotheke.

Tabelle 2 Apotheken und Kassenärzte nach Gemeindegrößenklassen

Gemeindegrößenklasse	Apotheken				Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag**		
	gesamt	öffentliche	Filialen	Krankenhaus*	gesamt	mit Hausapotheke	ohne Hausapotheke
Einwohner ≤1.000	4	3	1	0	125	92	33
1.000-5.000	368	343	24	1	1.553	688	865
5.000-10.000	231	225	4	2	509	10	499
10.000-50.000	256	246	0	10	519	4	515
>50.000	579	555	0	24	1.103	0	1.103
GESAMT	1.438	1.372	29	37	3.809	794	3.015

Quelle: Apothekerkammer, Ärztekammer, Statistik Austria, Auswertungen der BMB, Stand: Q2/2019. *Krankenhausapotheken ohne angeschlossene öffentliche Apotheke; **Allgemeinmediziner mit GKK-Kassenvertrag und/oder mit Hausapotheke.

2. Versorgungsdichte

Unversorgte Gemeinden gibt es vor allem im ländlichen Raum: Tabelle 3 zeigt auf, dass rund 38% der österreichischen Gemeinden weder über eine Apotheke noch eine Hausapotheke verfügen. Rund 26% der Gemeinden verfügen über keinen Kassenarzt. Wie

² Stand Q2/2019. Kleine Unschärfen in der Zahl der Ärztstellen können sich uA aus der Zuordnung von Hausapotheken zu Kassenstellen auf der Basis von Adressdaten ergeben.

aus Tabelle 4 hervorgeht, gibt es Gemeinden ohne Apotheken und Ärzte überwiegend, aber nicht ausschließlich, im ländlichen Raum.³ Rund 61% der Gemeinden ohne öffentliche Apotheke oder Hausapotheke befinden sich im ländlichen Raum, 30% im Umland von Zentren, 2% in regionalen und 8% in urbanen Zentren. Noch stärker ist dieses Ungleichgewicht bei den Kassenärzten: 66% der Gemeinden ohne Kassenarzt liegen im ländlichen Raum, 28% im Umland von Zentren, 1% in regionalen und 5% in urbanen Zentren.

Versorgungsdichte im Verhältnis zur Einwohnerzahl: Österreich hat im Durchschnitt rund 15,8 öffentliche Apotheken (inkl. Filialapotheken) pro 100.000 Einwohner. Das liegt deutlich unter dem Schnitt der OECD Staaten von 24,7 Apotheken pro 100.000.⁴ Berücksichtigt man auch die ärztlichen Hausapotheken, so steigt der Versorgungsgrad auf 24,8 Apotheken pro 100.000 Einwohnern an. Gerade in Gemeinden mit weniger als 5.000 Einwohnern werden überwiegend mit Hausapotheken versorgt. Betrachtet man öffentliche Apotheken und Hausapotheken gemeinsam, so gibt es in kleinen Gemeinden eine höhere Versorgungsdichte pro 100.000 Einwohnern als in großen Gemeinden. Dieses Bild zeigt sich auch bei Kassenärzten (vgl. Tabelle 5). Die Entfernungen zur nächstgelegenen (Haus-)Apotheke, dem nächstgelegenen Arzt sind in kleinen Gemeinden hingegen höher (dazu sogleich).

Tabelle 3 Gemeinden ohne ärztliche/pharmazeutische Versorgung
(Gemeindegrößenklassen)

Gemeindegrößenklasse		Gemeinden	
Einwohner	Anzahl	ohne Arzt*	ohne Apo/Hapo**
≤1.000	419	299	326
1.000-5.000	1.423	249	462
5.000-10.000	168	0	2
10.000-50.000	77	0	0
>50.000	9	0	0
GESAMT	2.096	548	790

Quelle: Apothekerkammer, Ärztekammer, Statistik Austria, Auswertungen der BWB Stand: Q2/2019. *Allgemeinmediziner mit GKK-Kassenvertrag und/oder mit Hausapotheke, **Öffentliche Apotheken und Hausapotheken;

³ Die Klassifizierung in ländlichen und städtischen Raum erfolgt auf Basis der Urban-Rural-Typologie der Statistik Austria, vgl. https://www.statistik.at/web_de/klassifikationen/regionale_gliederungen/stadt_land/index.html, abgerufen am 29.8.2019.

⁴ Vgl. OECD (2017). „Pharmacists and pharmacies“ in Health at a Glance 2017: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, S. 189, Tabelle 10.5.

Tabelle 4 Gemeinden ohne ärztliche/pharmazeutische Versorgung (Urban-Rural-Typologie)

		Gemeinden		
Urban-Rural-Typologie		Anzahl	ohne Arzt*	ohne (Haus-)Apotheke**
Urbane Zentren	städtisch	231	26	60
Regionale Zentren	ländlich	78	8	15
Umland	ländlich	555	153	237
Ländlicher Raum	ländlich	1.232	361	478
GESAMT		2.096	548	790

Quelle: Apothekerkammer, Ärztekammer, Statistik Austria, Auswertungen der RWR, Stand: Q2/2019. *Allgemeinmediziner mit

GKK-Kassenvertrag und/oder mit Hausapotheke, **Öffentliche Apotheken und Hausapotheiken;

Tabelle 5 Einwohner pro Apotheke und pro Arzt

Gemeindegroßenklasse	Gemeinden	Apotheken*	Apo/Hapo**	Ärzte***
Einwohner	Anzahl	pro 100.000 Einwohner		
≤1.000	419	1,5	35,0	45,6
1.000-5.000	1.423	11,5	33,0	48,6
5.000-10.000	168	20,0	20,8	44,4
10.000-50.000	77	19,2	19,5	40,4
>50.000	9	18,8	18,8	37,3
GESAMT	2.096	15,8	24,8	43,0

Quelle: Apothekerkammer, Ärztekammer, Statistik Austria, Auswertungen der RWR, Stand: Q2/2019

*Öffentliche Apotheken (inkl. Filialapotheken), **Öffentliche Apotheken (inkl. Filialen) und Hausapotheiken,

***Allgemeinmediziner mit GKK-Kassenarztsstelle und/oder Hausapotheke.

Abbildung 1 Öffentliche Apotheken und Hausapotheken in Österreich

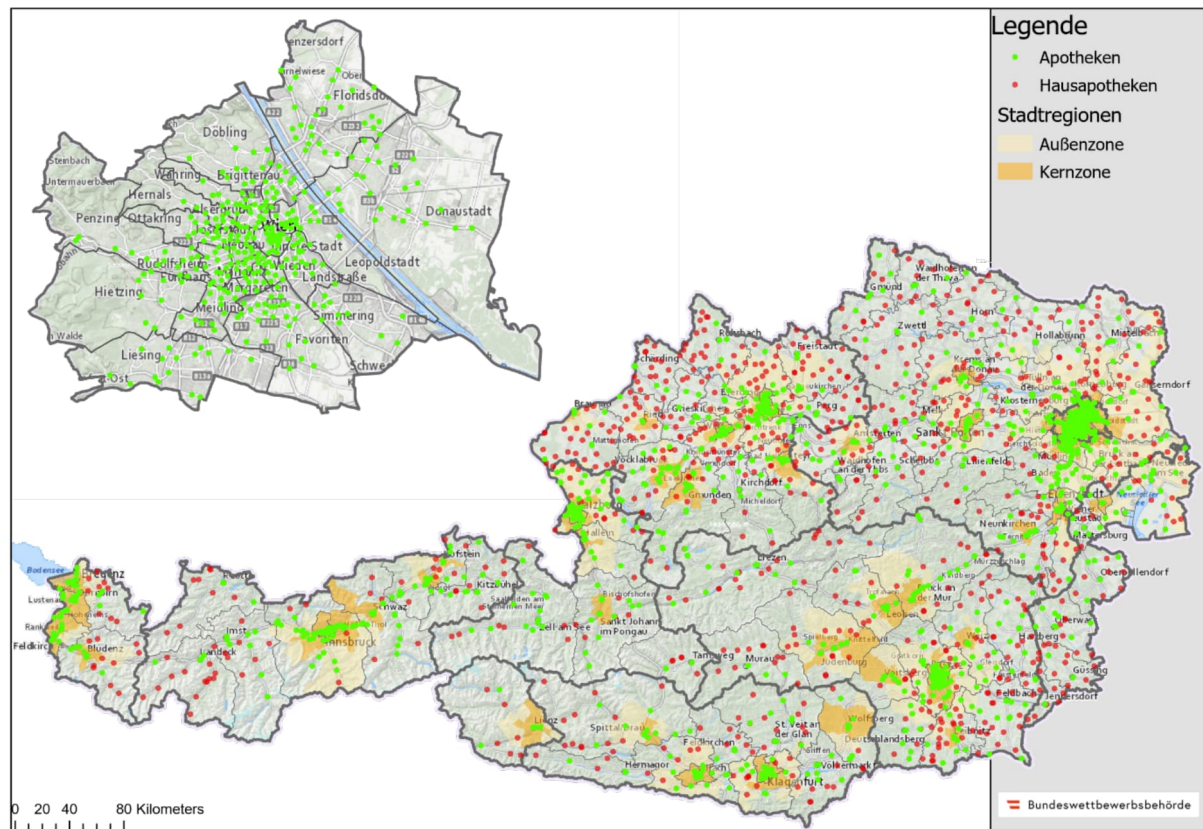
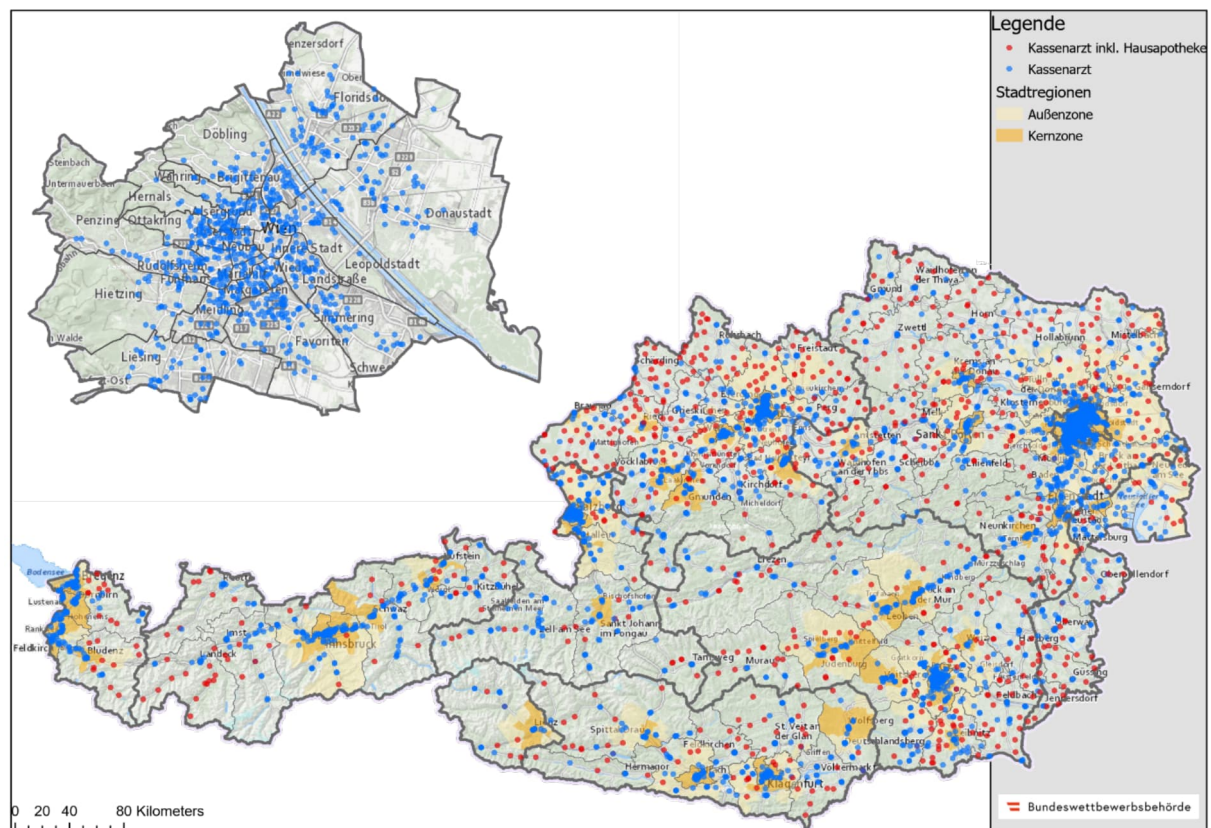


Abbildung 2 Allgemeinmediziner mit/ohne Hausapotheke in Österreich



Entfernungen zur nächstgelegenen Apotheke bzw zum nächstgelegenen Arzt: Während es im ländlichen Raum insgesamt mehr Gemeinden ohne ärztliche und pharmazeutische Versorgung gibt, ist auch zu berücksichtigen, dass in großflächigen ländlichen Gemeinden die Entfernung zum nächsten Arzt oder der nächsten Apotheke deutlich weiter sein kann als in Ballungszentren. Auch die Verteilung der Einwohner innerhalb einer Gemeinde kann sehr heterogen sein. Diese Unterschiede werden in den regionalstatistischen Rastereinheiten der Statistik Austria dargestellt.⁵ Die höchste Auflösung gibt die Einwohnerzahlen auf Basis eines 100x100 Meter Rasters wieder. Auf Basis dieser Daten wurde die Entfernung (Straßenkilometer) zur nächstgelegenen Apotheke und zum nächstgelegenen Arzt berechnet.

⁵ Vgl
http://www.statistik.at/web_de/klassifikationen/regionale_gliederungen/regionalstatistische_rastereinheiten/index.html.

Abbildung 3 Entfernung zur nächstgelegenen (Haus-)Apotheke nach
Gemeindegroßenklasse

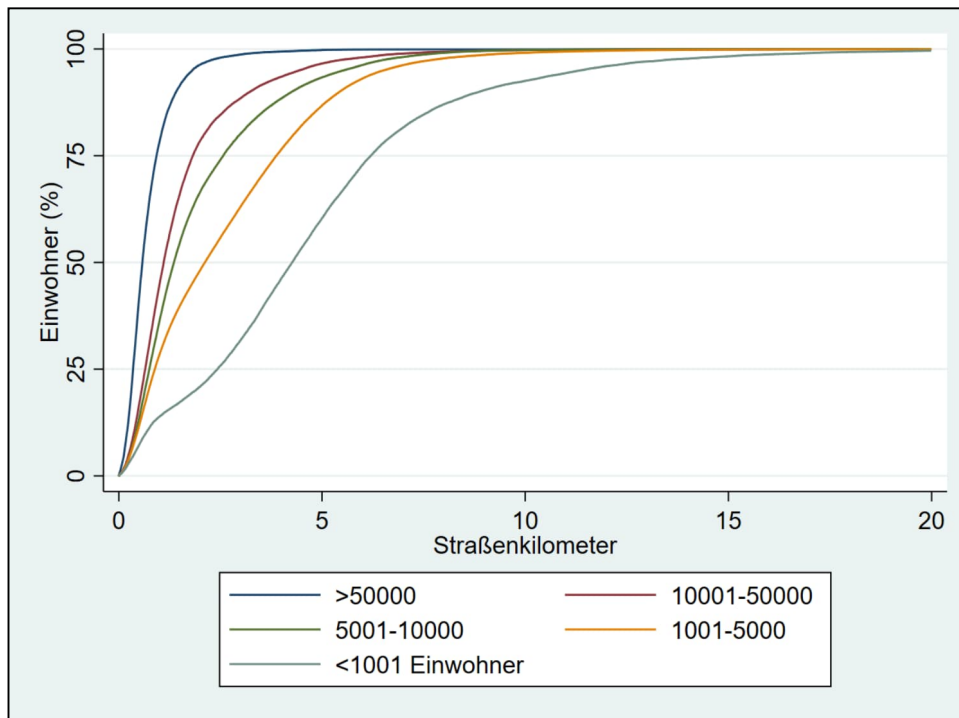


Abbildung 3 und der obere Teil von Tabelle 6 geben die Entfernung zur nächstgelegenen öffentlichen Apotheke oder Hausapotheke wieder. So muss 50% der Einwohner (Oberhalb des Medians) in diesen Gemeinden einen Weg von mehr als 4,3 Straßenkilometern zurücklegen. 25% der Einwohner (oberhalb des 75. Perzentils) müssen einen Weg von mehr als 6,2 Straßenkilometern und 10% (oberhalb des 90. Perzentils) einen Weg von mehr als 8,9 Straßenkilometern zurücklegen. Auch in Gemeinden mit 1000 bis 5000 Einwohnern muss ein großer Teil der Bevölkerung weite Strecken bis zur nächsten (Haus-)Apotheke zurücklegen. In größeren Gemeinden und im städtischen Bereich sind die Entfernungen deutlich geringer.

Wie bereits aus Tabelle 2 hervorgeht, erfolgt die pharmazeutische Versorgung in Gemeinden mit weniger als 5000 Einwohnern überwiegend durch Hausapotheken. Der untere Teil von Tabelle 6 zeigt auf, welcher Mehrweg zurückgelegt werden muss, wenn statt der nächstgelegenen Hausapotheke die nächstgelegene öffentliche Apotheke aufgesucht wird. In Gemeinden mit weniger als 1000 Einwohnern müsste 25% der Bevölkerung einen Mehrweg von mindestens 8 Straßenkilometern in Kauf nehmen und 10% der Bevölkerung einen Mehrweg von 12,8 Straßenkilometern. In Gemeinden mit 1000 bis 5000 Einwohnern hat 25% der Bevölkerung einen Mehrweg von mindestens 5,3 Straßenkilometern und 10% einen Mehrweg von mindestens 9 Straßenkilometern.

Der obere Teil von Tabelle 7 zeigt, dass die Bevölkerung in Gemeinden mit geringer Einwohnerzahl deutlich weitere Wege auf sich nehmen muss, um zum nächstgelegenen Kassenarzt zu gelangen. Aus dem unteren Teil von Tabelle 7 geht hervor, dass in Gemeinden mit weniger als 5000 Einwohnern erhebliche Mehrwege anfallen, um einen Kassenarzt ohne Hausapotheke aufzusuchen. Die ärztliche und pharmazeutische Versorgung in Gemeinden mit 1000 bis 5000 Einwohnern und insbesondere in Gemeinden mit weniger als 1000 Einwohnern baut somit wesentlich auf Kassenärzten mit ärztlicher Hausapotheke auf.

Tabelle 6 Entfernung zur nächstgelegenen (Haus-)Apotheke nach Gemeindegrößenklasse

Gemeindegrößenklasse Entfernung der Einwohner zur nächsten öffentlichen Apotheke oder Hausapotheke (Straßenkilometer)					
Einwohner	25. Perzentil	Median	75. Perzentil	90. Perzentil	99. Perzentil
<1.000	2,4	4,3	6,2	8,9	16,9
1.000-5.000	0,9	2,1	3,9	5,4	9,7
5.000-10.000	0,8	1,4	2,6	4,3	7,9
10.000-50.000	0,6	1,1	1,8	3,2	7,1
>50.000	0,4	0,6	0,9	1,4	3,3
Gemeindegrößenklasse Mehrweg zur nächsten öffentlichen Apotheke (Straßenkilometer)					
Einwohner	25. Perzentil	Median	75. Perzentil	90. Perzentil	99. Perzentil
<1.000	0,0	3,2	8,0	12,8	34,1
1.000-5.000	0,0	0,0	5,3	9,0	19,5
5.000-10.000	0,0	0,0	0,0	0,0	6,8
10.000-50.000	0,0	0,0	0,0	0,0	1,8
>50.000	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Quelle: Apothekerkammer, Ärztekammer, Statistik Austria, WiGeoGis, Berechnungen der BWR, Stand: Q3/2019					

Tabelle 7 Entfernung zum nächstgelegenen Kassenarzt nach Gemeindegrößenklasse

Gemeindegrößenklasse Entfernung der Einwohner zum nächsten Kassenarzt* mit oder ohne Hausapotheke (Straßenkilometer)					
Einwohner	25. Perzentil	Median	75. Perzentil	90. Perzentil	99. Perzentil
<1.000	1,8	3,7	5,6	8,0	16,1
1.000-5.000	0,7	1,5	3,2	4,9	9,1
5.000-10.000	0,6	1,1	2,2	3,8	7,2
10.000-50.000	0,5	0,9	1,5	2,7	6,6
>50.000	0,3	0,4	0,7	1,1	3,0
Gemeindegrößenklasse Mehrweg zum nächsten Kassenarzt* ohne Hausapotheke (Straßenkilometer)					
Einwohner	25. Perzentil	Median	75. Perzentil	90. Perzentil	99. Perzentil
<1.000	0,0	1,2	6,9	12,3	33,5
1.000-5.000	0,0	0,0	4,2	7,8	17,4
5.000-10.000	0,0	0,0	0,0	0,0	4,3
10.000-50.000	0,0	0,0	0,0	0,0	1,4
>50.000	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Quelle: Apothekerkammer, Ärztekammer, Statistik Austria, WiGeoGis, Berechnungen der BWR, Stand: Q3/2019					
*Allgemeinmediziner mit GKK Kassenvertrag und/oder Hausapotheke.					

3. Entwicklung der Versorgung in den Jahren 2009-2018

Abbildung 4 stellt die Eröffnungen und Schließungen von Apotheken und Hausapotheken räumlich dar. Wieder zeigt sich, dass die Entwicklung in Österreich sehr unterschiedlich verteilt ist. Wie Tabelle 8 und Tabelle 9 zeigen, kam es im Zeitraum von 2009 bis 2018 in Österreich zur Eröffnung von 155 öffentlichen Apotheken und zur Schließung von drei öffentlichen Apotheken.⁶ In Gemeinden mit weniger als 1.000 Einwohnern wurden keine neuen Apotheken eröffnet. 46% der neuen Apotheken wurden in Gemeinden mit 1.000 bis 5.000 Einwohnern eröffnet, 17% in Gemeinden mit 5.000 bis 10.000 Einwohnern, 12% in Gemeinden mit 10.000 bis 50.000 Einwohnern und 25% in Gemeinden mit mehr als 50.000 Einwohnern.

Gerade in der Größenklasse von 1.000 bis 5.000 Einwohnern kam es durch die Neueröffnung öffentlicher Apotheken zu einer Verdrängung bestehender Hausapotheken. Insgesamt hatte die Eröffnung von 37 öffentlichen Apotheken die regulatorisch bedingte Schließung von 62 Hausapotheken zur Folge.⁷ Insbesondere die Steiermark und Oberösterreich waren von der Schließung von Hausapotheken betroffen (vgl Tabelle 8).

Zur Entwicklung der Kassenarztstellen in Österreich liegen der BWB keine Zahlen vor. Laut Angabe der Ärztekammer kam es in den letzten Jahren jedoch vermehrt vor, dass Kassenarztstellen nicht besetzt werden konnten.⁸ Im 2.Quartal 2019 waren 94 Allgemeinmedizinerstellen und 59 Facharztstellen unbesetzt (vgl Tabelle 10).

⁶ Im Zeitraum von 2009-2019 kam es zur (ersatzlosen) Schließung einer Filialapotheke in Murau und jeweils zur Schließung einer öffentlichen Apotheke in Innsbruck und in Preding (Stmk).

⁷ Angaben der Apothekerkammer zu Rücknahmen der Bewilligung zur Haltung einer ärztlichen Hausapotheke bei Neuerrichtung einer öffentlichen Apotheke nach § 29 Abs 3 ApoG.

⁸ Mündliche Auskunft der Ärztekammer.

Tabelle 8 Eröffnungen und Schließungen von Apotheken nach Bundesländern (2009-2018)

Bundesland	Orientierende Apotheken*		Hausapotheken	Bevölkerungswachstum 1/2009-1/2019
	Eröffnungen	Schließungen	Schließungen**	
Burgenland	4	0	1	3,8%
Kärnten	13	0	8	0,3%
Niederösterreich	26	0	3	4,7%
Oberösterreich	29	0	16	5,2%
Salzburg	14	0	9	5,4%
Steiermark	26	2	19	3,2%
Tirol	17	1	5	7,4%
Vorarlberg	3	0	1	7,4%
Wien	23	0	0	12,9%
GESAMT	155	3	62	6,3%

Quelle: Ärztekammer, Statistik Austria, Auswertungen der BMR Stand: Q2/2019 *Allgemeinmediziner mit

GKK-Kassenvertrag und/oder mit Hausapotheke.

Abbildung 4 Eröffnungen und Schließungen von Apotheken und Hausapotheken (2009-2018)

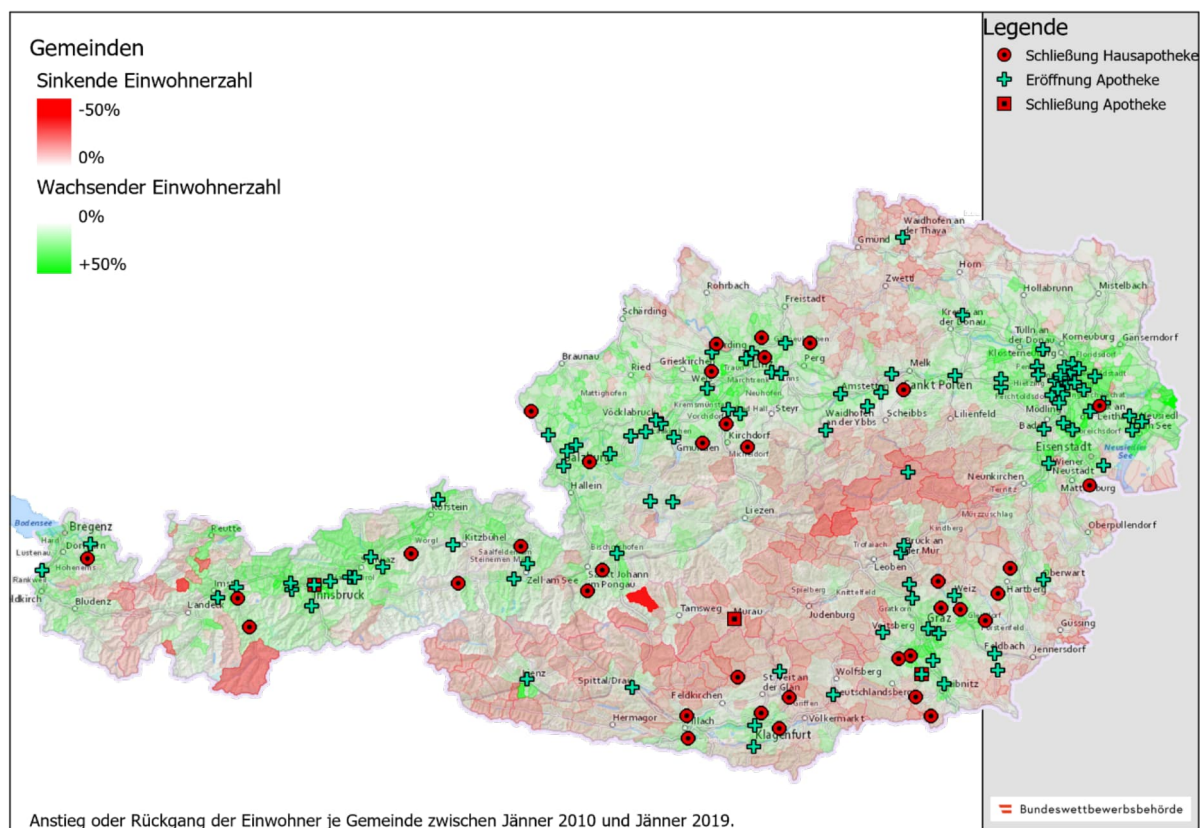


Tabelle 9 Eröffnungen und Schließungen von Apotheken nach Gemeindegrößenklassen (2009-2018)

Gemeindegrößenklasse	öffentliche Apotheken*		Hausapotheken	Bevölkerungswachstum 1/2009-1/2019
	Eröffnungen	Schließungen	Schließungen**	
Einwohner ≤1.000	0	0	0	0%
1.000-5.000	71	2	56	3%
5.000-10.000	27	0	6	4%
10.000-50.000	19	0	0	6%
>50.000	38	1	0	11%
GESAMT	155	3	62	6%

Quelle: Apothekerkammer, Statistik Austria, Stand: Q2/2019. *Öffentliche Apotheken, inkl. Filial- und Krankenhausapotheken

**Schließungen wegen der Eröffnung öffentlicher Apotheken.

Tabelle 10 Offene Kassenarztstellen

Bundesland	Offene Kassenstellen		
	Allgemeinmediziner	Fachärzte	Gesamt
Burgenland*	1	3	4
Kärnten	1	2	3
Niederösterreich	22	10	32
Oberösterreich	28	7	35
Salzburg*	1	7	8
Steiermark	13	7	20
Tirol	4	9	13
Vorarlberg*	2	5	7
Wien	22	9	31
GESAMT	94	59	153
Quelle: Ärztekammer, Stand: Q2/2019. *Darunter auch neu geschaffene Stellen			

II. Ärztemangel im ländlichen Raum und gesundheitspolitische Maßnahmen

Internationale Studien bescheinigen Österreich regelmäßig vergleichsweise eine der höchsten Ärztedichten.⁹ Auf der Grundlage von verfügbaren Daten der Österreichischen Ärztekammer zeigt sich jedoch die Tendenz eines (interdisziplinären) Ärztemangels im niedergelassenen Bereich in Österreich, insbesondere in Bezug auf Kassenplanstellen. Demnach sind mit Stand Ende des zweiten Quartals 2019 österreichweit 59 Kassenplanstellen für Fachärzte sowie 94 Kassenplanstellen im Bereich Allgemeinmedizin unbesetzt.¹⁰

Diese Entwicklung wird sich in der Zukunft weiter intensivieren. Im Besonderen wird davon der ländliche Raum betroffen sein. Dieser Umstand ist einerseits der Altersstruktur von niedergelassenen Ärzten und andererseits den faktischen Rahmenbedingungen und Zukunftsperspektiven von angehenden niedergelassenen Ärzten geschuldet.

1. Rechtliche Rahmenbedingungen

Im Hinblick auf die Vereinheitlichung und ausgleichende Verhandlungsposition werden zwischen dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger („**Hauptverband**“) für die Krankenversicherungsträger und in der Regel mit der jeweiligen örtlich zuständigen Ärztekammer als gesetzliche Interessensvertretung vorgelagert Gesamtverträge vereinbart.¹¹ In diesen Gesamtverträgen werden gemäß § 342 ASVG etwa Honorare, Verfahrensabläufe sowie Rechte und Pflichten geregelt. In diesem Zusammenhang ist iSd § 342 Abs 1 z 10 ASVG eine grundsätzliche Altersgrenze des Vertragsarztes bei Vollendung des 70. Lebensjahres vorgesehen. Diese festgeschriebene Altersgrenze kann bei drohender ärztlicher Unterversorgung ausgedehnt werden.¹²

⁹ Vgl etwa OECD, Practicing doctors per 1 000 inhabitants, OECD Health Statistics 2018 or latest available, abrufbar unter <https://data.oecd.org/chart/5E5P>.

¹⁰ Österreichische Ärztekammer, Unbesetzte Kassenstellen Ende Q2 2019.

¹¹ Kneihs/Mosler in Mosler/Müller/Pfeil, Der SV-Komm § 341 ASVG (2012) Rz 9.

¹² Kneihs/Mosler in Mosler/Müller/Pfeil, Der SV-Komm § 342 ASVG (2012) Rz 44.

Der Inhalt dieser Gesamtverträge ist iSd § 341 Abs 3 ASVG auch Inhalt des zwischen Krankenversicherungsträgern und den freiberuflich tätigen Ärzten abzuschließenden sog Einzelverträgen.¹³

Krankenversicherungsträger sind iSd § 23 Abs 5 ASVG¹⁴ insbesondere verpflichtet, für die Krankenbehandlung der Versicherten und ihrer Familienangehörigen ausreichend Vorsorge zu treffen. Die Krankenversicherungsträger kommen dieser Verpflichtung etwa durch eine vertragliche Regelung iSd § 338 Abs 1 ASVG mit freiberuflich tätigen Ärzten, neben weiteren medizinischen Berufsgruppen, nach.¹⁵ Dadurch soll die sog Sachleistungsvorsorge sichergestellt werden, nach der die Krankenversicherungsträger primär ärztliche Hilfe iSd § 135 ASVG durch freiberuflich tätige Ärzte, die in einer Vertragsbeziehung mit dem Krankenversicherungsträger stehen, gewährleisten.¹⁶

In Gesamtverträgen werden jeweils in § 2 jene Krankenversicherungsträger aufgelistet, die vom Geltungsbereich des Gesamtvertrages erfasst sind. Vor diesem Hintergrund werden freiberuflich tätige Ärzte, welche in einer Vertragsbeziehung mit dem Krankenversicherungsträger stehen, gemeinhin als § 2-Vertragsärzte bezeichnet.¹⁷

2. Gründe für den Ärztemangel

In Bezug auf den Mangel an § 2-Vertragsärzten im Bereich Allgemeinmedizin soll insbesondere die Altersstruktur von § 2-Vertragsärzten im Bereich Allgemeinmedizin sowie die faktischen Rahmenbedingungen und Zukunftsperspektiven für angehende niedergelassene Allgemeinmediziner beleuchtet werden.

2.1. Altersstruktur

In Anbetracht der grundsätzlichen Altersgrenze bis zur Vollendung des 70. Lebensjahres (vgl Punkt 1) einerseits und eines möglichen früheren Pensionsantrittsalters kommt der Altersstruktur hinsichtlich § 2-Vertragsärzten im Bereich Allgemeinmedizin eine besondere Bedeutung zu.

Soweit ersichtlich hat es im Jahr 2018 im Bereich Allgemeinmedizin insgesamt eine Anzahl von 3.937 § 2 - Vertragsärzten in Österreich gegeben.¹⁸ Von dieser Gesamtanzahl an

¹³ Mayrhofer, Gesamtverträge und EU-Recht, RdM 2018/133, 204.

¹⁴ Bundesgesetz vom 9. September 1955 über die Allgemeine Sozialversicherung („ASVG“), StF BGBl Nr 189/1955 idF BGBl I Nr 84/2019.

¹⁵ Mayrhofer, Gesamtverträge und EU-Recht, RdM 2018/133, 203.

¹⁶ Stöger in Mosler/Müller/Pfeil, Der SV-Komm § 23 ASVG (2012) Rz 22; Mayrhofer, Gesamtverträge und EU-Recht, RdM 2018/133, 203 f.

¹⁷ Vgl dazu <http://www.hauptverband.at/cdscontent/?contentid=10007.693774>.

¹⁸ Bezogen auf die Gesamtanzahl der § 2 Vertragsärzte im Bereich Allgemeinmedizin vgl Österreichische Ärztekammer 18.12.2018, Pressekonferenz Ärztemangel in Österreich.

§ 2 - Vertragsärzten im Bereich Allgemeinmedizin werden innerhalb der nächsten zehn Jahre 2.009 dieser § 2 - Vertragsärzte das 65. Lebensjahr vollenden, was einen Anteil von 51,03% ausmacht.¹⁹ Innerhalb der nächsten fünf Jahre werden zudem 1.183 der § 2 - Vertragsärzte im Bereich Allgemeinmedizin das 65. Lebensjahr vollenden, was einem Anteil von 30,05% entspricht.²⁰ Die Anzahl der praktizierenden § 2 - Vertragsärzte im Bereich Allgemeinmedizin zwischen dem 65. und 70. Lebensjahr beträgt 254, was einen Anteil von 6,45% ergibt.

Unter Bezugnahme auf die Ausnahmeregelung betreffend die Altersgrenze bis zur Vollendung des 70. Lebensjahres (vgl. Punkt 1) ergeben die Zahlen aus dem Jahr 2018, dass über dem 70. Lebensjahr eine Anzahl von 53 § 2 - Vertragsärzte im Bereich Allgemeinmedizin in Österreich tätig sind, was einen Anteil von 1,35% ausmacht.²¹

Dadurch wird verdeutlicht, dass schon gegenwärtig der überwiegende Teil der § 2 - Vertragsärzte im Bereich Allgemeinmedizin das 55. Lebensjahr überschritten hat. Zudem wird auch verdeutlicht, dass nur ein Bruchteil der § 2 - Vertragsärzte im Bereich Allgemeinmedizin nach dem 65. Lebensjahr weiter praktiziert.

2.2. Faktische Rahmenbedingungen und Zukunftsperspektiven

Auf der Basis verfügbarer Studien zeigt sich, dass ein Großteil der Studierenden der Humanmedizin in Österreich später nicht als niedergelassener Arzt in der Allgemeinmedizin tätig sein möchte.²² In dieser Hinsicht wurden als Gründe insbesondere ein nicht facharztäquivalentes Gehalt, die zu geringe Zeit für Patienten, zu strenge Vorgaben seitens der Krankenversicherungsträger und die mangelnde Abrechenbarkeit von Leistungen angeführt. Ein weiterer Aspekt betrifft die Work-Life-Balance, welche durch die ständige Erreichbarkeit von niedergelassenen Ärzten im Bereich Allgemeinmedizin beeinträchtigt werden kann. Zudem wurde in diesem Zusammenhang auch eine fehlende Wertschätzung, insbesondere durch Facharztkollegen, zum Ausdruck gebracht.

Ein besonderes Augenmerk liegt dabei auch auf dem ländlichen Raum. Im Hinblick darauf lässt sich der Schluss ziehen, dass finanzielle Anreize einen positiven Einfluss auf die Entscheidung von Studierenden der Humanmedizin haben können, später als Allgemeinmediziner im ländlichen Raum zu praktizieren.²³ In diesem Zusammenhang wurde zudem festgestellt, dass Studierende der Humanmedizin, die aus dem ländlichen

¹⁹ Ibidem.

²⁰ Ibidem.

²¹ Ibidem.

²² Medizinische Universität Graz 05.12.2017, Erhebung der Berufsmotivation zur Allgemeinmedizin von Studierenden und jungen Ärzten in Österreich und Deutschland, 48 ff.

²³ Medizinische Universität Graz 05.12.2017, Erhebung der Berufsmotivation zur Allgemeinmedizin von Studierenden und jungen Ärzten in Österreich und Deutschland, 48 mWn.

Raum stammen, vergleichsweise eher dazu tendieren, später auch im ländlichen Raum zu arbeiten.²⁴

Vor diesem Hintergrund wurden, soweit ersichtlich, auch verschiedene föderale Fördermaßnahmen mit unterschiedlichen Stoßrichtungen zur Stärkung der niedergelassenen Ärzte, insbesondere im ländlichen Raum, beschlossen.²⁵

- Im Burgenland wurde eine Landarztförderung beschlossen.²⁶ Zudem bestehen im Burgenland umfangreiche Stipendien und Fördermöglichkeiten für Studierende der Humanmedizin bzw Absolventen, die sich für einen Zeitraum von fünf Jahren etwa verpflichten, eine Kassenplanstelle im Bereich Allgemeinmedizin im Burgenland zu besetzen.²⁷
- In Kärnten wurde eine gestaffelte Erschwerniszulage für § 2 - Vertragsärzte im ländlichen Raum geschaffen.²⁸
- In Niederösterreich wurde die „Initiative Landarzt Niederösterreich“ ins Leben gerufen, bei der etwa für nicht besetzte Kassenplanstellen im ländlichen Raum Vertretungsregelungen geschaffen wurden sowie Fördermaßnahmen für die Modernisierung bezüglich Ordinationen von Allgemeinmediziner*innen vorgesehen sind.²⁹
- In der Steiermark wurde eine gestaffelte Anschubfinanzierung für § 2 - Vertragsärzte ins Leben berufen.³⁰
- In Vorarlberg wurden neben einer Niederlassungsprämie für § 2 - Vertragsärzte auch verschiedene Job-Sharing-Modelle eingeführt.³¹

²⁴ Vgl Medizinische Universität Graz 05.12.2017, Erhebung der Berufsmotivation zur Allgemeinmedizin von Studierenden und jungen Ärzten in Österreich und Deutschland, 48; vgl auch World Health Organization („WHO“), Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention (2010), 18, abrufbar unter https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44369/9789241564014_eng.pdf;jsessionid=E7008DCB72071595936639AF19988025?sequence=1.

²⁵ Die folgende Aufzählung erfolgt nach alphabetischer Reihenfolge.

²⁶ Vgl dazu <http://www.aekbgld.at/landarztforderung>.

²⁷ Vgl 91. Richtlinie der Burgenländischen Landesregierung über die Vergabe von Stipendien an Medizinstudierende zur Verbesserung der allgemeinmedizinischen Versorgung im Land Burgenland, Beschluss der Burgenländischen Landesregierung vom 20.03.2018; LABI 13, 30.03.2018.

²⁸ Vgl Honorarordnung idF abgeschlossen gemäß § 30 Abs 1 des Gesamtvertrages vom 01.08.1972 zwischen der Ärztekammer für Kärnten und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger für die im § 2 des Gesamtvertrages angeführten Kärntner Krankenversicherungsträger, H 29, abrufbar unter <http://www.aekkt.at/documents/10745/22851937/KGKK+Gesamtvertrag+2019+-+Honorarordnung/e9eb7ef6-d1a6-45f6-bbf7-7b795affbf2?version=1.0&t=1554884724000>.

²⁹ Vgl dazu Land Niederösterreich 02.01.2018, „Initiative Landarzt Niederösterreich“, abrufbar unter http://www.noel.gv.at/noe/LH_Mikl-Leitner_startet_Initiative_Landarzt_Niederoester.html.

³⁰ Vgl dazu etwa <https://www.aekstmk.or.at/186?articleId=240>.

³¹ Bezüglich Job-Sharing-Modelle in Vorarlberg vgl <https://www.arztinvorarlberg.at/aek/servlet/AttachmentServlet?action=show&id=3603>.

- In Wien wurden Fördermaßnahmen zur Übernahme bzw Gründung einer Ordination geschaffen.³²

Einen weiteren wesentlichen Aspekt hinsichtlich der Berufswahl stellt die Form der Zusammenarbeit dar. Demnach präferiert ein Großteil der Studierenden der Humanmedizin eine möglichst breite Entfaltungsmöglichkeit bezüglich der beruflichen Zusammenarbeit etwa in der Form einer Gemeinschaftspraxis.³³

Darüber hinaus hat der Bereich Allgemeinmedizin in einem ersten Schritt durch eigene Abteilungen³⁴ bzw Institute³⁵ an Universitäten eine gewisse Aufwertung im medizinischen Hochschulbereich erfahren. In diesem Zusammenhang wird auch eine zusätzliche Verankerung der Allgemeinmedizin sowohl im theoretischen als auch praktischen Teil des Studiums der Humanmedizin gefordert.³⁶

3. Wettbewerbliche Beurteilung

Auch aus wettbewerblicher Sicht ist festzuhalten, dass eine möglichst flächendeckende Gesundheitsversorgung im Bereich Allgemeinmedizin einen wesentlichen Grundpfeiler für ein funktionierendes Gesundheitssystem in Österreich darstellt.³⁷

Angesichts des stetigen Anstiegs der Ausgaben im Spitalsbereich³⁸ kommt einer ausreichenden Anzahl von § 2 - Vertragsärzten im Bereich Allgemeinmedizin eine besondere Bedeutung zu. Diese fungieren vielfach als erste Anlaufstelle für Patienten und verfügen somit über eine „Gatekeeperfunktion“ bezüglich der Erstbehandlung von Patienten.

Das Argument hinsichtlich einer hohen Ärztedichte in Österreich verfängt aus wettbewerblicher Sicht nicht. Während die Anzahl der § 2 - Vertragsärzte im Bereich

³² Vgl Gesamtvertrag vom 01.01.2011, abgeschlossen gemäß §§ 338, 341 und 342 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes, BGBl. Nr. 189/1955 in der geltenden Fassung sowie gemäß § 66a Abs.1 Z. 1 des Ärztegesetzes, BGBl. I 1998/169 in der geltenden Fassung zwischen der Ärztekammer für Wien, Kurie der niedergelassenen Ärzte, einerseits und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger für die im § 2 genannten Krankenversicherungsträger andererseits, § 5 Rz 12, abrufbar unter <https://www.wgkk.at/cdscontent/load?contentid=10008.595922&version=1454315488>.

³³ Medizinische Universität Graz 05.12.2017, Erhebung der Berufsmotivation zur Allgemeinmedizin von Studierenden und jungen Ärzten in Österreich und Deutschland, 30.

³⁴ Zentrum für Public Health der Medizinischen Universität Wien, Abteilung für Allgemein- und Familienmedizin, vgl <https://allgmed.meduniwien.ac.at/>.

³⁵ Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung der Medizinischen Universität Graz, vgl <https://allgemeinmedizin.medunigraz.at/en/unser-institut/>; Institut für Allgemein-, Familien- und Präventivmedizin der Paracelsus Medizinische Privatuniversität, vgl <https://www.pmu.ac.at/allgemeinmedizin.html>.

³⁶ Vgl Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin, Masterplan Allgemeinmedizin, 21 ff bzw 28 ff.

³⁷ IdS auch Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin, Masterplan Allgemeinmedizin, 2.

³⁸ Vgl etwa ORF 20.08.2019, Fachleute warnen: Spitalsausgaben vor rasantem Anstieg, abrufbar unter <https://orf.at/stories/3134286/>; vgl Hofmarcher/Singhuber, Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme (2019) mWn.

Allgemeinmedizin seit längerer Zeit stagniert, steigt die Zahl der Patienten aufgrund der wachsenden Bevölkerungszahl deutlich an.³⁹ In Anbetracht dessen können sich sowohl aus Patienten- als auch aus Ärztesicht prekäre Situation in Bezug auf die medizinische Behandlung ergeben.

Im Hinblick auf die Altersstruktur zeigt sich, dass ein Großteil der § 2 - Vertragsärzte im Bereich Allgemeinmedizin statistisch gesehen mittel- bis langfristig nicht mehr praktizieren wird. Gleichzeitig verdeutlicht die Anzahl der Absolventen des Studiums der Humanmedizin⁴⁰, dass aktuell nur ein Bruchteil im Bereich der Allgemeinmedizin nachfolgt. Daher sind Steuerungsmaßnahmen betreffend Fördermöglichkeiten von Kassenplanstellen im Bereich Allgemeinmedizin im ländlichen Raum aus wettbewerblicher Perspektive zu begrüßen.

Darüber hinaus entsprechen Flexibilisierungstendenzen und eine Förderung der Entwicklungsmöglichkeiten der Erwartungshaltung von möglichen angehenden Ärzten im niedergelassenen Bereich.⁴¹ Die Weiterentwicklung der Möglichkeiten zur Berufsausübung könnte im Ergebnis auch aus wettbewerblicher Sicht zu einer Attraktivierung von Kassenplanstellen hinsichtlich Allgemeinmedizin im ländlichen Raum führen.

Ein nicht zu unterschätzender Punkt stellt das übergeordnete, vielschichtige Thema der Wertschätzung als Motivationsfaktor bezüglich der Tätigkeit im Bereich der Allgemeinmedizin dar. Die in diesem Zusammenhang bereits erfolgten Maßnahmen, etwa im universitären Bereich, sind als erste Lösungsansätze zu würdigen.

Nichtsdestotrotz müssen noch weitere Schritte hin zu einer höheren Wertschätzung und Aufwertung von § 2 - Vertragsarztstellen im Bereich Allgemeinmedizin sowohl in der Ärzteschaft und Gesellschaft als auch in ökonomischer Hinsicht folgen (vgl dazu auch Punkt 2.2).⁴² Im Lichte dessen stellt die ärztliche Hausapotheke, insbesondere im ländlichen Raum, aus wettbewerblichen Gesichtspunkten ein entscheidendes Instrument in diesem Zusammenhang dar (vgl dazu im Detail Kapitel III).

³⁹ Medizinische Universität Graz 05.12.2017, Erhebung der Berufsmotivation zur Allgemeinmedizin von Studierenden und jungen Ärzten in Österreich und Deutschland, 10; vgl *Sinnbell*, Allgemeinmedizin in Österreich - harte Fakten und Mutmaßungen, Zeitschrift für Gesundheitspolitik 2016/2, 32 f mWn.

⁴⁰ Die Anzahl der Absolventen des Studiums der Humanmedizin (Diplom- bzw Masterstudium) an den öffentlichen und privaten Universitäten in Österreich im Jahr 2017/18 hat 1361 betragen.

⁴¹ IdS auch Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin, Masterplan Allgemeinmedizin, 67 ff.

⁴² Vgl dazu auch Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin, Masterplan Allgemeinmedizin, 94 ff.

4. Empfehlungen

- Flächendeckende Förderungen und finanzielle Anreizsetzung bezüglich Kassenplanstellen im Bereich Allgemeinmedizin im ländlichen Raum.
- Vertiefte und flächendeckende Aufwertung der Allgemeinmedizin im theoretischen und praktischen Teil der universitären Ausbildung hinsichtlich des Studiums der Humanmedizin.
- Weitere Flexibilisierungen und Ausbau der Entwicklungsmöglichkeiten für niedergelassene § 2 - Vertragsärzte.
- Bewusstseinsfördernde Maßnahme (etwa durch eine Informationsoffensive) mit dem Ziel einer erhöhten Wertschätzung und Aufwertung von § 2 - Vertragsärzten im Bereich Allgemeinmedizin.

III. Ärztliche Hausapotheken

In Bezug auf den in Kapitel II erläuterten Ärztemangel können ärztliche Hausapotheken als eine wesentliche Möglichkeit bezüglich der Aufwertung von Kassenplanstellen für Allgemeinmediziner gesehen werden, um eine möglichst flächendeckende Gesundheitsversorgung der Bevölkerung, insbesondere auch im ländlichen Raum, sicherstellen zu können.

1. Rechtliche Rahmenbedingungen

Die relevanten rechtlichen Bestimmungen betreffend ärztliche Hausapotheken finden sich vor allem im ApothekenG.⁴³

1.1. Bewilligung einer ärztlichen Hausapotheke

Demnach ist gemäß § 29 Abs 1 ApothekenG einem Allgemeinmediziner eine Bewilligung zur Haltung einer ärztlichen Hausapotheke durch die Bezirksverwaltungsbehörde zu erteilen, wenn dieser

- (i) über ein Vertragsverhältnis iSd § 342 Abs 1 ASVG verfügt (Z 1);
- (ii) sich in der Gemeinde des Berufssitzes des Arztes keine öffentliche Apotheke befindet (Z 2); und
- (iii) der Berufssitz des Arztes von der Betriebsstätte der öffentlichen Apotheke mehr als sechs Straßenkilometer entfernt ist (Z 3).

Vor diesem Hintergrund verfügt ein Arzt für Allgemeinmedizin iSd §§ 7, 31 Abs 1 ÄrzteG⁴⁴ (umgangssprachlich auch „**praktischer Arzt**“ oder „**Hausarzt**“) oder ggf die Gruppenpraxis iSd § 52a ÄrzteG, an welcher der Arzt für Allgemeinmedizin beteiligt ist, regelmäßig über ein Vertragsverhältnis iSd § 342 Abs 1 ASVG (umgangssprachlich auch „**großer Kassenvertrag**“), der die Rechtsgrundlage zwischen dem Allgemeinmediziner (oder ggf der Gruppenpraxis) und dem Krankenversicherungsträger bildet.⁴⁵

Im Hinblick auf das Erfordernis der Mindestentfernung von mehr als sechs Straßenkilometern zwischen dem Berufssitz des Arztes und der Betriebsstätte der

⁴³ Gesetz vom 18. Dezember 1906, betreffend die Regelung des Apothekenwesens („**ApothekenG**“), StF RGBI Nr 5/1907 idF BGBl I Nr 59/2018.

⁴⁴ Bundesgesetz über die Ausübung des ärztlichen Berufes und die Standesvertretung der Ärzte („**ÄrzteG**“), StF BGBl I Nr 169/1998 idF BGBl I Nr 28/2019.

⁴⁵ *Voglmaier*, Ärztliche Hausapotheke: Fragestellungen aus der Praxis - Antworten für die Praxis (Teil II), RdM 2016, 105.

(nächstgelegenen) öffentlichen Apotheke ist auf die ganzjährige Befahrbarkeit der Straße für den Kraftverkehr unter normalen Bedingungen abzustellen.⁴⁶

1.2. Konzessionserteilung für eine neu einzurichtende öffentliche Apotheke

Die sachlichen Voraussetzungen bezüglich der Konzessionserteilung für eine neu einzurichtende öffentliche Apotheke sind in § 10 ApothekenG geregelt. Neben den notwendigen positiven Bedarfsvoraussetzungen in § 10 Abs 1 ApothekenG dürfen zudem auch keine negativen Bedarfsvoraussetzungen iSd § 10 Abs 2 ApothekenG vorliegen.

1.3. Ein-Kassenvertragsarzt-Gemeinden

Bei der rechtskräftigen Konzessionserteilung einer öffentlichen Apotheke kann eine Bewilligung zur Haltung einer ärztlichen Hausapotheke in einer sog. Ein-Kassenvertragsarzt-Gemeinde gemäß § 28 Abs 3 ApothekenG erteilt werden, wenn die Entfernung zwischen dem Berufssitz des hausapothekenführenden Arztes und der Betriebsstätte der nächstgelegenen öffentlichen Apotheke mehr als sechs Straßenkilometer beträgt.

Die negativen Bedarfsvoraussetzungen in Bezug auf die Konzessionserteilung für neu zu errichtende öffentliche Apotheken in sog. Ein-Kassenvertragsarzt-Gemeinden stellen eine gewisse Durchbrechung der Tatbestandsvoraussetzung des § 29 Abs 1 Z 1 ApothekenG dar. Demnach besteht gemäß §§ 10 Abs 2, 10 Abs 3 Z 2 ApothekenG für diese Sonderkonstellation kein Bedarf an einer neu zu errichtenden öffentlichen Apotheke, wenn sich in der Gemeinde

- (i) eine ärztliche Hausapotheke; und
- (ii) weniger als zwei Vertragsstellen iSd § 342 Abs 1 ASVG für Allgemeinmediziner bestehen oder eine Vertragsgruppenpraxis besteht, die höchstens eineinhalb besetzten Vertragsstellen entspricht und in der Gemeinde keine weitere Vertragsstelle iSd § 342 Abs 1 ASVG für Allgemeinmediziner vorhanden ist (Ein-Kassenvertragsarzt-Gemeinde).⁴⁷

⁴⁶ Vgl. N. Raschauer in Neumayr/Resch/Wallner (Hrsg), Gmundner Kommentar zum Gesundheitsrecht (2016), § 29 ApothekenG Rz 14 ff mWn; Potacs/Scholz in Resch/Wallner (Hrsg), Handbuch Medizinrecht (2011), XIX Apothekenrecht Rz 109 ff mWn; Voglmair, Ärztliche Hausapotheke: Fragestellungen aus der Praxis - Antworten für die Praxis (Teil II), RdM 2016, 104 mwN.

⁴⁷ Der Vollständigkeit halber wird noch darauf hingewiesen, dass gemäß § 10 Abs 2 Z 2-3 ein Bedarf hinsichtlich der Konzession für eine neu zu errichtende öffentliche Apotheke ebenfalls nicht vorliegt, wenn

- (i) die Entfernung zwischen der in Aussicht genommenen Betriebsstätte der neu zu errichtenden öffentlichen Apotheke und der Betriebsstätte der nächstgelegenen bestehenden öffentlichen Apotheke weniger als 500 m beträgt; oder
- (ii) Zahl der von der Betriebsstätte einer der umliegenden bestehenden öffentlichen Apotheken aus weiterhin zu versorgenden Personen sich in Folge der Neuerrichtung verringert und weniger als 5 500 betragen wird.

In Anbetracht dessen finden die starren Straßenkilometer-Regeln iSd § 29 Abs 1 Z 1, Abs 3 Z 1 ApothekenG bezüglich der Konzessionserteilung für neu zu errichtende öffentliche Apotheken in einer Ein-Kassenvertragsarzt-Gemeinde nicht unmittelbar Anwendung (vgl Punkt 1.1).

1.4. Rücknahme zur Bewilligung zur Haltung einer ärztlichen Hausapotheke

Abgesehen von der Sonderkonstellation für Hausapotheken in Ein-Kassenvertragsarzt-Gemeinden ist die Bewilligung zur Haltung einer ärztlichen Hausapotheke von der Bezirksverwaltungsbehörde bei der Errichtung einer neuen öffentlichen Apotheke zurückzunehmen, wenn

- (i) die Wegstrecke zwischen dem Berufssitz des Arztes und der Betriebsstätte der neu errichteten öffentlichen Apotheke vier Straßenkilometer⁴⁸ nicht überschreitet; und
- (ii) sich die ärztliche Hausapotheke weder in einer Gemeinde gemäß § 10 Abs 2 Z 1 ApothekenG noch in einer Gemeinde gemäß § 10 Abs 3 ApothekenG befindet (Ein-Kassenvertragsarzt-Gemeinde, vgl Punkt 1.3).

Zudem hat die Bezirksverwaltungsbehörde in einem solchen Fall iSd § 10 Abs 2 Z 4 ApothekenG mit Bescheid auszusprechen, dass die Einstellung der ärztlichen Hausapotheke drei Jahre nach der Konzessionserteilung für eine neu einzurichtende öffentliche Apotheke zu erfolgen hat.

2. Wettbewerbliche Beurteilung

Aus wettbewerblicher Sicht stehen bezüglich der Gesundheitsversorgung vor allem der Abbau künstlicher Wettbewerbsbarrieren, die Wahlfreiheit von Patienten und die Vergleichbarkeit von medizinischen Leistungen im Mittelpunkt. In Bezug auf diese Überlegungen können ärztliche Hausapotheken, insbesondere im ländlichen Raum, einen entscheidenden Beitrag zu einer möglichst flächendeckenden Gesundheitsversorgung der Bevölkerung leisten.

2.1. Auslegung des ApothekenG und Schlussfolgerungen aus der Judikatur

Schon in der Stammfassung des ApothekenG, welches im Jahr 1907 in Kraft getreten ist, finden sich entsprechende Regelungen sowohl betreffend öffentliche Apotheken als auch ärztliche Hausapotheken. In diesem Zusammenhang war schon in der Stammfassung des ApothekenG eine gesetzliche Koexistenz von öffentlicher Apotheke und ärztlicher Hausapotheke angelegt. Daraus lässt sich ableiten, dass bereits der historische Gesetzgeber der Stammfassung des ApothekenG vor Augen hatte, dass einerseits öffentliche Apotheken vor allem Ballungsgebiete versorgen und andererseits die

⁴⁸ In Bezug auf das Entfernungserfordernis wird sinngemäß auf Punkt 1.1 verwiesen.

ärztlichen Hausapotheken primär die Versorgungssicherheit im ländlichen Raum sicherstellen sollten.⁴⁹

Wenngleich das ApothekenG Gegenstand vielfacher Novellierungen war, die zum Teil auch Erkenntnissen des Verfassungsgerichtshofs („VfGH“) geschuldet waren, lassen sich auch daraus grundsätzliche Rückschlüsse in Bezug auf das Verhältnis von öffentlichen Apotheken und ärztlichen Hausapotheken ziehen. So wurde auch im Gesetzgebungsverfahren auf die Bedeutung der ärztlichen Hausapotheken im ländlichen Raum hingewiesen.⁵⁰ Zudem wird in einem jüngeren Erkenntnis des VfGH festgehalten, dass eine Trennung von ärztlicher Tätigkeit und Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln (maW: das bloße Vorhandensein von öffentlichen Apotheken) in bestimmten ländlichen Gebieten aus ökonomischen Gründen nicht sinnvoll und gesundheitspolitischen Zielsetzungen abträglich ist.⁵¹

Auch die bis in die jüngste Vergangenheit reichende höchstgerichtliche Rechtsprechung durch den Verwaltungsgerichtshof („VwGH“) zu den relevanten Bestimmungen des ApothekenG hinsichtlich ärztliche Hausapotheken unterstreicht die ungebrochene rechtliche Brisanz im Verhältnis öffentliche Apotheken und ärztliche Hausapotheken.⁵²

2.2. Auswahlmöglichkeit der Patienten

Aus wettbewerblicher Sicht ist eine größere Auswahlmöglichkeit der Patienten begrüßenswert. Die restriktive Öffnungszeitenregelung von öffentlichen Apotheken, deren Liberalisierung aus wettbewerblicher Sicht ebenfalls zu begrüßen wäre (vgl. [Kapitel V.1](#)), spiegelt die gegenwärtige Lebenssituation vieler Menschen (insbesondere hinsichtlich Beruf und privater Lebensumstände) nicht mehr ausreichend wider. Vor diesem Hintergrund wird die Bezugsmöglichkeit von notwendigen, verschreibungspflichtigen Arzneimitteln teilweise erheblich erschwert.

Eine größere Auswahlmöglichkeit wird zweifelsfrei durch das zusätzliche Angebot von ärztlichen Hausapotheken geschaffen. Im Gegensatz zu öffentlichen Apotheken verfügen niedergelassene Allgemeinmediziner in der Regel über flexiblere Öffnungszeiten. Der Patient wird dadurch in die Lage versetzt, seine notwendigen, verschreibungspflichtigen

⁴⁹ Vgl. *Wallner*, Vorschläge für ein neues System der Hausapothekenbewilligung, Zeitschrift für Gesundheitspolitik, 2016/1, 12, der auf die zu überwindenden längeren Wegstrecken (zu einer öffentlichen Apotheke) im ländlichen Raum Bezug nimmt.

⁵⁰ Vgl. *Khol, Westenthaler et al*, Initiativantrag betreffend Bundesgesetz, mit dem das Apothekengesetz geändert wird, 341/A XXI GP; vgl. dazu auch Änderung des Apothekengesetzes, BGBl I Nr 16/2001; vgl. auch *Wallner*, Vorschläge für ein neues System der Hausapothekenbewilligung, Zeitschrift für Gesundheitspolitik, 2016/1, 18.

⁵¹ Vgl. VfGH 26.06.2008, G12/08 Pkt 4.3.1 f; vgl. auch den Verweis auf die Materialien zur ApothekenG-Novelle, BGBl I 41/2006, AA-202 XXII GP, 4; vgl. auch *Wallner*, Vorschläge für ein neues System der Hausapothekenbewilligung, Zeitschrift für Gesundheitspolitik, 2016/1, 18 f.

⁵² Vgl. etwa VwGH 25.06.2019, Ra 2019/10/0012; 27.03.2019, Ra 2018/10/0034; 24.10.2018, Ro 2017/10/0010.

Arzneimittel über eine zusätzliche Bezugsquelle (die im Einzelfall in zeitlicher als auch räumlicher Hinsicht von Vorteil sein kann) zu beziehen.

Insbesondere im ländlichen Raum ist es aus wettbewerblichem Verständnis auch nicht nachvollziehbar, warum ein Patient mit diagnostizierter Krankheit von einem behandelnden Allgemeinmediziner, bei möglicherweise nicht flächendeckendem öffentlichen Personennahverkehr, noch mehrere Kilometer bis zur nächsten öffentlichen Apotheke für die Ausgabe von notwendigen, verschreibungspflichtigen Arzneimitteln zurücklegen muss. Aus wettbewerblicher Perspektive wäre es im Sinne der Auswahlmöglichkeit für Patienten daher auch wünschenswert, wenn die starren Regelungen hinsichtlich der vier bzw. sechs Straßenkilometer zugunsten der ärztlichen Hausapotheken liberalisiert werden.

2.3. Komplementäres Angebot

Die Breite des Angebotssortiments von öffentlichen Apotheken und ärztlichen Hausapotheken unterscheidet sich grundlegend. Während eine durchschnittliche öffentliche Apotheke in Österreich rund 6.000 unterschiedliche Medikamente und in Summe rund 24.000 Arzneimittelpackungen auf Lager hat⁵³, ist davon auszugehen, dass eine ärztliche Hausapotheke nur über einen Bruchteil davon verfügt. Ganz grundsätzlich ist aufgrund der unterschiedlichen Breite und Tiefe des Angebots hinsichtlich Arzneimitteln im Ergebnis daher davon auszugehen, dass in quantitativer Hinsicht auch in Zukunft der überwiegende Anteil an Arzneimitteln über öffentliche Apotheken abgegeben werden wird.

Ein Großteil des Umsatzes von öffentlichen Apotheken beruht derzeit auf dem Absatz von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln⁵⁴. Gleichzeitig hat sich das Leistungsspektrum von öffentlichen Apotheken in den vergangenen Jahren (auch) hin zum „modernen Nahversorger und wichtigem Gesundheitszentrum“⁵⁵ entwickelt.

Die relevanten Überlappungen des Produktsortiments betreffen insbesondere Arzneimittel, die iSd §§ 1 Abs 1, 2 Abs 1 RezeptpflichtG⁵⁶ vom Bundesminister für Gesundheit und Frauen⁵⁷ oder dem Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen („BASG“) als verschreibungspflichtig festgelegt wurden.⁵⁸ In diesem Zusammenhang ist festzuhalten, dass die Verschreibung eines solchen Arzneimittels

⁵³ Vgl. Österreichische Apothekerkammer, Apotheke in Zahlen 2019, 8.

⁵⁴ Vgl. Österreichische Apothekerkammer, Apotheke in Zahlen 2019, 8.

⁵⁵ Vgl. Österreichische Apothekerkammer, Apotheke in Zahlen 2019, 16.

⁵⁶ Bundesgesetz vom 25.10.1972 über die Abgabe von Arzneimitteln auf Grund ärztlicher Verschreibung („RezeptpflichtG“), StF BGBl. Nr. 413/1972 idF BGBl. I Nr. 30/2019.

⁵⁷ Nunmehr Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz.

⁵⁸ Vgl. Königshofer in Resch/Wallner (Hrsg.), Handbuch Medizinrecht (2011), XXIV Arzneimittelrecht Rz 119 ff. mWn.

gemäß § 1 Abs 1 RezeptpflichtG – unabhängig davon, ob die Abgabe über eine öffentliche Apotheke oder eine ärztliche Hausapotheke erfolgt – einem Arzt obliegt. Es ist aufgrund der anzunehmenden Fachkunde eines Allgemeinmediziners davon auszugehen, dass auch im Falle der direkten Abgabe eines verschreibungspflichtigen Arzneimittels über eine ärztliche Hausapotheke die Aufklärungspflichten gegenüber dem Patienten bezüglich Einnahme, Anwendung und allfälligen Wirkungen entsprechend eingehalten werden.⁵⁹

Darüber hinaus ist auch im Lichte aktueller Lieferengpässe von Arzneimitteln⁶⁰ eine zusätzliche Bezugsmöglichkeit über ärztliche Hausapotheken für Patienten aus wettbewerblicher Sicht jedenfalls positiv zu bewerten.

2.4. Spannungsverhältnis gleichzeitiger Behandlung und Verabreichung

Zumindest auf den ersten Blick ist nicht von der Hand zu weisen, dass ein gewisses Spannungsverhältnis in Bezug auf ärztliche Hausapotheken in der Personengleichheit des behandelnden Allgemeinmediziners und der Arzneimittelverschreibung sowie gleichzeitiger -verabreichung durch ebendiesen bestehen könnte. Diesbezüglich spricht man auch vom sog Kontravalenz-Prinzip. Demnach soll der medizinische Leistungserbringer (maW: der behandelnde Allgemeinmediziner) grundsätzlich kein Einkommen oder sonstige geldwerte Vorteile aus Leistungen beziehen dürfen, deren Nachfrage dieser (über die ärztliche Hausapotheke) selbst beeinflussen kann.⁶¹

2.4.1. Verschreibeverhalten

Für Allgemeinmediziner mit einer ärztlichen Hausapotheke könnte theoretisch ein Anreiz bestehen, tendenziell teurere oder quantitativ mehr Arzneimittel mit höheren Umsatzmargen dem Patienten zu verschreiben und abzugeben.⁶²

In diesem Zusammenhang ist einerseits festzuhalten, dass die Preisbildung von Arzneimitteln in Österreich gesetzlich geregelt ist.⁶³ Vor diesem Hintergrund unterliegen auch Allgemeinmediziner mit einer ärztlichen Hausapotheke im Bereich der Abgabe von verschreibungspflichtigen Medikamenten einer gewissen Preisdeckelung, insbesondere auch durch den vom Hauptverband gemäß § 31 Abs 3 Z 12 ASVG herausgegebenen Erstattungskodex („EKO“).⁶⁴ Andererseits basieren die Schlussfolgerungen der in FN 62

⁵⁹ Auf diese Kriterien abstellend in Bezug auf öffentliche Apotheken vgl Österreichische Apothekerkammer, Apotheke in Zahlen 2019, 16.

⁶⁰ Siehe etwa 02.07.2019, Lieferengpässe bei Medikamenten häufen sich (abrufbar unter <https://help.orf.at/stories/2987772/>)

⁶¹ Bergmair, Selbstdispensation in der Schweiz, Zeitschrift für Gesundheitspolitik, 2016/1, 101.

⁶² IdS etwa Müller/Meyer/Stummer, Das Verschreibeverhalten von Allgemeinmedizinerinnen am Beispiel der Arzneimittelverordnungen in Österreich, Gesundheitswesen 2011, 443 ff.

⁶³ Vgl Österreichische Apothekerkammer, Apotheke in Zahlen 2019, 9.

⁶⁴ Abrufbar unter <http://www.hauptverband.at/cdscontent/?contentid=10007.694354&viewmode=content>.

zitierten Studie hinsichtlich dem Verschreibeverhalten von Allgemeinmedizinerinnen mit ärztlicher Hausapotheke ausschließlich auf den Medikamentenkosten.⁶⁵ In der in FN 62 zitierten Studie werden daher weder die Diagnose des Patienten, noch die Therapieform oder die Krankheitslast der Patienten berücksichtigt. Gerade auch das Alter der Patienten bildet regelmäßig einen wesentlichen Faktor bezüglich der Heilmittelkosten.⁶⁶

Grundsätzlich entscheidet der behandelnde Allgemeinmediziner, welches Arzneimittel für den einzelnen Patienten am geeignetsten ist. Allgemeinmediziner mit einem Vertragsverhältnis iSd § 342 Abs 1 ASVG (vgl Punkt 1.1) unterliegen in dieser Hinsicht trotzdem gewissen Einschränkungen durch den Hauptverband, der Richtlinien über die ökonomische Verschreibeweise erlassen hat (auch bekannt als „**Ökotool**“).⁶⁷

Die Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit einer Verschreibung wird somit durch einen Allgemeinmediziner mit einem solchen Vertragsverhältnis festgelegt. Diesen Überlegungen liegen einerseits die Wirksamkeit und das Wohl des Patienten und andererseits die entstehenden Kosten zugrunde. Daher soll bei gleichwertigen Arzneimitteln in Bezug auf die Behandlung das günstigste verschrieben werden. Bei Zuwiderhandlungen gegen die Richtlinien über die ökonomische Verschreibeweise durch Allgemeinmediziner mit einer ärztlichen Hausapotheke kann das Vertragsverhältnis iSd § 342 Abs 1 ASVG (vgl Punkt 1.1) gekündigt werden. Zudem können in diesem Fall auch standesrechtliche Konsequenzen drohen.

Auch einschlägige Studien in Bezug auf Oberösterreich konnten kein unmittelbar unökonomischeres Verhalten von Allgemeinmedizinerinnen mit ärztlicher Hausapotheke im Vergleich zum oberösterreichischen Durchschnittsarzt feststellen.^{68,69}

2.4.2. Länderübergreifender Vergleich

Trotz der unterschiedlichen Ausgestaltungen von nationalen Gesundheitssystemen lohnt sich diesbezüglich auch ein länderübergreifender Vergleich. Das System ärztlicher Hausapotheken findet sich in Europa, neben Österreich, etwa auch in der Schweiz, Lichtenstein, den Niederlanden, dem Vereinigten Königreich, Ungarn sowie vereinzelt

⁶⁵ Müller/Meyer/Stummer, Das Verschreibeverhalten von Allgemeinmedizinerinnen am Beispiel der Arzneimittelverordnungen in Österreich, Gesundheitswesen 2011, 443 (449).

⁶⁶ Schablegger, Schluß mit heilmittelökonomischen Mythen und Märchen über Hausapotheken führende Ärzte (2006), 2.

⁶⁷ Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Richtlinien über die ökonomische Verschreibeweise von Heilmitteln und Heilbehelfen 2005 („**Richtlinien über die ökonomische Verschreibeweise**“), Verlautbarung Nr 5/2005, zuletzt geändert 2. Änderung Richtlinien für ökonomische Verschreibeweise, Verlautbarung Nr29/2006.

⁶⁸ In Bezug auf die Systematik der Erhebung und entsprechender Schlussfolgerungen vgl Schablegger, Schluß mit heilmittelökonomischen Mythen und Märchen über Hausapotheken führende Ärzte (2006), 5.

⁶⁹ Vgl auch eine umfassende Analyse aus dem Jahr 2016, die zu demselben Ergebnis wie in FN 68 kommt, Schablegger, Hausapotheken in Oberösterreich – Schluss mit dem Wirbel, her mit den Fakten!, Zeitschrift für Gesundheitspolitik, 2016/1, 50 ff mWn.

auch in Griechenland, Frankreich, Spanien und Belgien.⁷⁰ Auch außerhalb Europas werden Arzneimittel (teilweise) direkt von Ärzten abgegeben, etwa in den USA, Neuseeland, Südafrika, Kanada, Australien sowie zahlreichen Ländern in Afrika und Asien.⁷¹

Die Schweiz bietet, nicht nur aufgrund der geografischen Nähe, einen Vergleich bezüglich ärztlichen Hausapotheken. Die ärztliche Hausapotheke ist in der Schweiz unter dem Schlagwort ärztliche Selbstdispensation bekannt und kantonal geregelt.⁷² Insbesondere in den Kantonen der deutschsprachigen Schweiz ist es zu einer Liberalisierung der ärztlichen Hausapotheke gekommen. Eine umfangreiche Studie aus dem Jahr 2014 kommt zu dem Schluss, dass in der Schweiz Patienten, die ihre Arzneimittel direkt über eine ärztliche Hausapotheke beziehen, vergleichsweise niedrigere Ausgaben für Arzneimittel aufweisen.^{73,74,75}

In Bezug auf das Verhältnis zwischen öffentlicher Apotheke und ärztlicher Hausapotheke lässt sich betreffend die Schweiz zudem der Schluss ziehen, dass die Liberalisierung hinsichtlich ärztliche Hausapotheken seit einigen Jahren in den entsprechenden Kantonen zu keiner Verringerung der öffentlichen Apotheken geführt hat.^{76,77} Dieser Umstand ist teilweise auch darauf zurückzuführen, dass etwa im Jahr 2014 im Kanton Zürich zwei Drittel der Ärzte aufgrund des damit einhergehenden Aufwandes auf die Führung einer ärztlichen Hausapotheke verzichtet haben.⁷⁸

⁷⁰ Bergmair, Selbstdispensation in der Schweiz, Zeitschrift für Gesundheitspolitik, 2016/1, 101.

⁷¹ Bergmair, Selbstdispensation in der Schweiz, Zeitschrift für Gesundheitspolitik, 2016/1, 101.

⁷² Bergmair, Selbstdispensation in der Schweiz, Zeitschrift für Gesundheitspolitik, 2016/1, 101.

⁷³ Vgl. Trottmann/Früh/Reich/Telser, Auswirkungen der Medikamentenabgabe durch die Ärzteschaft (Selbstdispensation) auf den Arzneimittelkonsum und die Kosten zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung („OKP“), 2014, 9 ff; der Vollständigkeit halber wird aber festgehalten, dass in dieser Konstellation in der Schweiz einerseits die Ausgaben für ärztliche Leistungen höher sind und die Zahl der Konsultationen steigt. Andererseits fallen bei öffentlichen Apotheken in der Schweiz bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln auch sog leistungsorientierte Abgeltung („LOA“) als eine Art Beratungsgebühr an.

⁷⁴ Der guten Ordnung halber wird festgehalten, dass als Reaktion auf die in FN 73 genannte Studie auf wissenschaftlicher Ebene in der Schweiz auch entgegengesetzte Schlussfolgerungen gezogen wurden vgl. Rischatsch, Lead me not into temptation: drug price regulation and dispensing physicians in Switzerland; European Journal of Health Economics, 2014/15, 697-708; Kaiser/Schmid, Does physician dispensing increase drug expenditures? Empirical evidence from Switzerland; Health Economics 2016/25, 71-90.

⁷⁵ Zur kritischen Auseinandersetzung hinsichtlich Rischatsch und Kaiser/Schmid vgl. Bergmair, Selbstdispensation in der Schweiz, Zeitschrift für Gesundheitspolitik, 2016/1, 110.

⁷⁶ Vgl. Bergmair, Selbstdispensation in der Schweiz, Zeitschrift für Gesundheitspolitik, 2016/1, 104 in Bezug auf den Kanton Zürich bzw allgemein 112; bezüglich letzterem wird sogar eine leichte Steigerung öffentlicher Apotheken verzeichnet; teilweise kritisch hinsichtlich der Wirkung von Liberalisierung im Apothekenbereich vgl. 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, 311–327.

⁷⁷ Vgl. dazu auch BWB, Branchenuntersuchung Gesundheit Teilbericht I: der österreichische Apothekenmarkt (2018), 15.

⁷⁸ Bergmair, Selbstdispensation in der Schweiz, Zeitschrift für Gesundheitspolitik, 2016/1, 104.

3. Empfehlungen

- Ersatzlose Streichung der Mindestentfernungen in § 29 ApothekenG hinsichtlich der Bewilligung zur Haltung einer ärztlichen Hausapotheke in Gemeinden ohne öffentliche Apotheken.
- Streichung der Sonderregelung bezüglich der Mindestentfernung für ärztliche Hausapotheken zu öffentlichen Apotheken gemäß § 28 Abs 3 ApothekenG in Gemeinden mit nur einer kassenärztlichen Vertragsstelle und einer vorliegenden Konzession für eine öffentliche Apotheke. Stattdessen rechtliche Gleichstellung von öffentlichen Apotheken und ärztlichen Hausapotheken durch den Verweis auf § 10 ApothekenG.
- Berücksichtigung der strukturellen Besonderheiten des ländlichen Raums bei der Bedarfsprüfung iSd § 10 ApothekenG.

IV. Primärversorgungseinheiten („PVE“), Anstellung von Ärzten und Lehrpraxis

1. Primärversorgungseinheiten

1.1. Allgemeines

Die Idee einer Neugestaltung der Primärversorgung geht auf die Bundesgesundheitskonferenz im März 2014 zurück.⁷⁹

Dadurch sollen Vorteile für Patienten im Sinne einer ganzheitlichen und kontinuierlichen Betreuung, eine Entlastung der Spitalsambulanzen sowie eine Aufwertung des Berufsbildes des Allgemeinmediziners erreicht werden.⁸⁰

Die Möglichkeit der Einrichtung von Primärversorgungseinheiten („PVE“) wurde sodann im Jahr 2017 durch das Primärversorgungsgesetz bundesgesetzlich geregelt.⁸¹

Demnach muss eine Primärversorgungseinheit eine eigene Rechtspersönlichkeit haben und im jeweiligen Regionalen Strukturplan Gesundheit („RSG“) abgebildet sein.

Grundlage für die Zusammenarbeit mit den Krankenversicherungsträgern ist ein Primärversorgungsvertrag, wobei jedenfalls die örtlich zuständige Gebietskrankenkasse Vertragspartner sein muss.⁸²

Eine an einem Standort eingerichtete PVE kann nur in der Organisationsform einer Gruppenpraxis iSd ÄrzteG oder als selbständiges Ambulatorium iSd Bundesgesetzes über Krankenanstalten- und Kuranstalten⁸³ geführt werden. Darüber hinaus kann ein Netzwerk gebildet werden, das aus freiberuflich tätigen Ärzten, Gruppenpraxen sowie

⁷⁹ Vgl BMG, Das Konzept zur Primärversorgung, abrufbar unter https://www.sozialministerium.at/site/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform/Das_Konzept_zur_Primaerversorgung.

⁸⁰ Vgl BMG, „Das Team rund um den Hausarzt“ - Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich, S 5, abrufbar unter <https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/1/2/6/CH3973/CMS1404305722379/primaerversorgung.pdf>.

⁸¹ Bundesgesetz über die Primärversorgung in Primärversorgungseinheiten („PrimVG“), BGBl I Nr 131/2017, abrufbar im RIS unter <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20009948>.

⁸² Vgl Wallner, Organisationsvorschriften für Primärversorgungseinheiten, RdM 2018, Heft 6, 269.

⁸³ Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten („KAKuG“) idF BGBl I Nr 13/2019.

anderen Angehörigen von Gesundheits- und Sozialberufen oder deren Trägerorganisationen bestehen kann.

Die in den Sozialversicherungsgesetzen verankerte Wahlfreiheit des Arztes bleibt in der gegebenen Form bestehen.

1.2. Ziele der PVE

Mit der Einrichtung der PVE soll ein umfassendes Gesundheitsangebot unter einem Dach, wohnortnah und mit patientenfreundlichen Öffnungszeiten geschaffen werden.⁸⁴

PVE müssen aus einem Kernteam aus Allgemeinmedizinerinnen sowie Gesundheits- und Krankenpflegepersonal bestehen. Je nach Bedarf können auch Kinderärzte sowie weitere Angehörige von Gesundheits- und Sozialberufen (beispielsweise Hebammen, Psychologen) strukturiert eingebunden werden. Bis Ende 2021 sollen 75 PVE in Österreich eingerichtet werden (derzeit: 18; siehe dazu näher Punkt 1.4 unten).⁸⁵

1.3. Ausgestaltung der PVE

Gemäß § 2 Abs 1 PrimVG stellen PVE eine zur verbindlichen und strukturierten Zusammenarbeit iSd des Versorgungskonzepts des § 6 PrimVG nach außen, vor allem gegenüber der Bevölkerung im Einzugsgebiet, als Einheit auftretende Erstanlaufstelle im Gesundheitsversorgungssystem dar.

Nach § 2 Abs 4 PrimVG hat eine PVE mit eigener Rechtspersönlichkeit ausgestattet zu sein. Allerdings handelt es sich bei der PVE selbst nicht um eine gesellschaftsrechtliche Rechtsform, sondern um eine Betriebsform, in der medizinische Leistungen erbracht werden. Die Voraussetzung der Rechtspersönlichkeit bezieht sich daher auf den Betreiber der PVE.⁸⁶

PVE haben Angebote zur Förderung von Gesundheit und Prävention vor Krankheiten und für eine umfassende Behandlung von Akuterkrankungen und chronischen Erkrankungen zur Verfügung zu stellen. Darüber hinaus sollen PVE die für eine ganzheitliche und kontinuierliche Gesundheitsvorsorge und Krankenversorgung erforderlichen Maßnahmen koordinieren.

Von der PVE können, orts- und bedarfsabhängig, weitere Angehörige von Gesundheits- und Sozialberufen und Einrichtungen, in denen solche Personen beschäftigt sind, eingebunden werden.

⁸⁴ Vgl SV, Die neue Primärversorgung ist Schlüssel zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung, abrufbar unter <http://www.hauptverband.at/cdscontent/?contentid=10007.782526>.

⁸⁵ Vgl SV, Die neue Primärversorgung.

⁸⁶ Vgl Wallner, Organisationsvorschriften für Primärversorgungseinheiten, RdM 2018, Heft 6, 269.

In § 2 Abs 3 PrimVG werden hier insbesondere Hebammen, Psychologen, Psychotherapeuten, Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflege, die im Medizinische Assistenzberufe-Gesetz und im Medizinischer Masseur- und Heilmasseurgesetz geregelten Berufe und die gehobenen medizinisch-technischen Dienste erwähnt.

Weiters gibt es die Möglichkeit einer Kooperation mit öffentlichen Apotheken (vgl § Abs 2 und Abs 3 PrimVG).

1.4. Anzahl und Standorte der PVE

Derzeit gibt es in Summe 18 Primärversorgungseinheiten⁸⁷:

Wien (3):

1. PHC Medizin Mariahilf
2. Primärversorgung Donaustadt - Primary Health Care
3. PVE Meidling – Regionalmedizinisches Zentrum

Niederösterreich (3):

4. Primärversorgungszentrum Schwechat
5. Primärversorgungszentrum St. Pölten
6. PVE Böheimkirchen - Zentrum für medizinische und soziale Nahversorgung

Burgenland (1):

7. PVN – Gesundheitsnetzwerk Raabtal

Oberösterreich (4):

8. Primärversorgungszentrum Haslach
9. PVZ Marchtrenk
10. Primärversorgungszentrum Die Hausärzte Enns
11. Primärversorgung - Netzwerk Sierning-Neuzeug

Salzburg (1):

12. Gesundheitsnetzwerk Tennengau

Steiermark (6):

13. SMZ Liebenau
14. MEDIUS - Zentrum für Gesundheit
15. Gesundheitszentrum Weiz

⁸⁷ Österreichisches Forum Primärversorgung im Gesundheitswesen, Versorgungskarte, abrufbar unter <https://primaerversorgung.org/versorgungskarte/>; SV, Teambasierte Primärversorgung - PVE Pilotprojekte, <https://www.sv-primaerversorgung.at/cdscontent/?contentid=10007.796755&viewmode=content>.

16. Gesundheitszentrum Joglland
17. Gesundheitszentrum Mariazell
18. Gesundheitszentrum Eisenerz

Bis Ende 2021 sollen in Österreich insgesamt 75 PVE eingerichtet werden.

1.5. Finanzierung

Die Stärkung der Primärversorgung wurde sowohl in der im Jahr 2017 abgeschlossene Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens⁸⁸ als auch in der Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG Zielsteuerung Gesundheit⁸⁹ und im Gesundheitszielsteuerungsgesetz als Ziel verfolgt.

Für den Aufbau der Primärversorgung nach PrimVG, werden EUR 200 Mio zur Verfügung gestellt.

1.6. Gesamtvertrag

Am 02.04.2019 erfolgte eine Einigung der Österreichischen Ärztekammer und des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger auf einen PVE-Gesamtvertrag. Darin sind Leistungen sowie die Honorierungen für Ärzte festgelegt.⁹⁰

Dieser gibt einerseits bundesweit die Eckpunkte zur neuen teambasierten Primärversorgung vor, lässt jedoch Raum für regionale Ausgestaltung, um auf die Bedürfnisse der Patienten und den in den PVE arbeitenden Berufsgruppen eingehen zu können.

Vorgesehen ist ein verpflichtender Versorgungsauftrag für jede PVE österreichweit (basierend auf dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit („ÖSG“) – Bund, Länder, Sozialversicherung) bestehen. Die Stellenplanung ist an den RSG gebunden.

Als bedarfsgerechte Öffnungszeiten sind iSd § 4 Z 2 PrimVG jedenfalls Montag bis Freitag, einschließlich Tagesrandzeiten, vorgesehen. Diese Mindestöffnungszeiten müssen bei drei Ärztstellen jedenfalls in einem Korridor von 40 bis 50 Wochenstunden vereinbart werden.⁹¹

⁸⁸ abrufbar im RIS unter <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=LrVbg&Gesetzesnummer=20001137>.

⁸⁹ abrufbar im RIS unter <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=LrW&Gesetzesnummer=20000543>.

⁹⁰ Österreichische Ärztekammer, Primärversorgung: Bundesweiter Gesamtvertrag für Primärversorgungseinheiten abgeschlossen, OTS vom 3.4.2019, abrufbar unter https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20190403_OTS0066/primaerversorgung-bundesweiter-gesamtvertrag-fuer-primaerversorgungseinheiten-abgeschlossen.

⁹¹ Vgl Gesamtvertrag für Primärversorgungseinheiten abgeschlossen gemäß § 342b Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG) BGBl Nr 189/1955 in der geltenden Fassung sowie gemäß § 117b Abs 1 Z 1 Ärztegesetz 1998, BGBl I 1998/169 idgF zwischen der Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte der

Die Versorgungsauswirkung soll für Patienten deutlich spürbar werden. Je nach Größe behandeln die derzeit bestehenden PVE zwischen 3.000 und 7.000 Patienten im Quartal.

Ziel ist es, mit den geplanten 75 PVE österreichweit 10 Prozent der Bevölkerung zu versorgen, ein weiterer Ausbau ist vorgesehen. Im Schnitt arbeiten zwischen drei und fünf Ärzte in PVE. Bei 75 PVE wären dies 300 bis 400 Allgemeinmediziner, wobei mögliche Kinderärzte nicht mitgerechnet wurden.

1.7. Wettbewerbliche Beurteilung

Die BWB begrüßt grundsätzlich die Einrichtung einer medizinischen Primärversorgung, um damit Patienten eine einfacher zugängliche und breitere Versorgung zu ermöglichen. Auch die dadurch bezweckte Entlastung der Spitalsambulanzen ist als positiv zu bewerten.

Bei der Ausgestaltung der PVE ist jedoch zu bedenken, dass vor allem in Hinblick auf die Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum solche neu geschaffenen Einrichtungen nur dann als zweckmäßig erachtet werden können, wenn eine flächendeckende medizinische Versorgung der Patienten sichergestellt wird.

Demnach sollte eine Entwicklung hin zu einer zentrierten Versorgung nicht zu Lasten der bereits bestehenden Planstellen für Landärzte führen. Hierbei könnte das Risiko bestehen, dass es zu einer (weiteren) Ausdünnung der landärztlichen Versorgung kommen kann.

Bei der Heranziehung der Kassenplanstellen für PVE ist eine Systematik nicht klar erkennbar. Es ist derzeit nicht vorgesehen, für die PVE zusätzliche Kassenstellen einzurichten. Die benötigten Kassenstellen müssen sich aus den bereits vorhandenen Planstellen speisen. In räumlicher Hinsicht gibt es keinen bestimmten Einzugsbereich für Kassenstellen. Die Zuweisung wird individuell nach Bedarf der jeweiligen Region vorgenommen. Hier besteht das Risiko, dass eine nicht abgesicherte Umverteilung von Planstellen zu einer lokalen Unterversorgung an Kassenstellen im ländlichen Raum führen kann. Dies würde der Intention des Primärversorgungskonzepts, eine flächendeckende Versorgung für die gesamte Bevölkerung vorzusehen, entgegenlaufen.

Die Möglichkeit den behandelnden Allgemeinmediziner frei zu wählen ist auch in PVE vorgesehen. Aufgrund der geregelten Öffnungszeiten ist darauf zu achten, die Wahlfreiheit sicherzustellen.

Österreichischen Ärztekammer (im Folgenden kurz Ärztekammer genannt) für sich und die in § 2 genannten Kurierversammlungen der niedergelassenen Ärzte der Landesärztekammern einerseits und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (im Folgenden kurz Hauptverband) für die in § 2 genannten Versicherungsträger andererseits vereinbart, § 10 Abs 1 Z i.

Die Führung von Hausapotheken ist in PVE derzeit nicht geregelt. § 2 Abs 3 PrimVG sieht lediglich die Möglichkeit einer Kooperation mit öffentlichen Apotheken vor. Die BWB würde es – im Sinn einer umfassenden medizinischen Versorgung der Patienten vor allem im ländlichen Bereich – als durchaus sinnvoll erachten, dass zusätzlich zur Kooperationsmöglichkeit mit öffentlichen Apotheken auch die Führung einer Hausapotheke für PVE selbst möglich ist. Dies könnte, im Rahmen einer ganzheitlichen Gesundheitsversorgung, dazu beitragen, die PVE, sowie den Beruf des Allgemeinmediziners im ländlichen Raum weiter zu attraktivieren und gleichzeitig die lokale Versorgung mit notwendigen Arzneimitteln sicherzustellen.

1.8. Empfehlungen

- Planstellen: Die BWB empfiehlt, ein System für die Heranziehung der Besetzung der Planstellen der PVE zu entwickeln, da ein solches derzeit nicht erkennbar ist. Insbesondere könnte hier ein Kriterienkatalog ausgearbeitet werden, der eine Auswahl nachvollziehbar darstellt und überdies verhindern soll, dass durch die Zuweisung von Planstellen in die PVE, eine Schwächung der Landarztpraxis vorgenommen wird.
- Wahlfreiheit: Die Wahlfreiheit des Arztes könnte durch die Gestaltung der Öffnungszeiten beeinträchtigt werden. Die BWB empfiehlt daher Maßnahmen zur Sicherstellung der Wahlfreiheit in nicht akuten Fällen zu ergreifen, etwa durch Aufteilung der Öffnungszeiten auf die Ärzte, die im Wochenverlauf eine abwechselnde Ordinationstätigkeit zur gleichen Tageszeit sicherstellt.
- Hausapotheken: Die BWB empfiehlt, zusätzlich zu der derzeit bereits bestehenden Bestimmung über die Kooperation der PVE mit öffentlichen Apotheken, eine Möglichkeit vorzusehen, dass in PVE selbst auch Hausapotheken geführt werden dürfen. Dies würde vor allem im ländlichen Bereich einen Mehrwert der ganzheitlichen gesundheitlichen Versorgung bringen.

2. Anstellung von Ärzten

2.1. Allgemeines

Im Zusammenhang mit den PVE ist auch die Anstellung von Ärzten durch Ärzte zu thematisieren. Nach § 47a ist es – durch die aktuelle Änderung des ÄrzteG⁹² – möglich, Ärzte in Ordinationen bzw Gruppenpraxen anzustellen.

Demnach können Ärzte mit *ius practicandi* (also Allgemeinmediziner und Fachärzte) andere Ärzte anstellen (Abs 1). Die Anstellung darf nur im gleichen Fachgebiet des

⁹² BGBl I Nr 20/2019, im RIS abrufbar unter <https://www.ris.bka.gv.at/eli/bgbl/i/2019/20>.

anstellenden Arztes erfolgen. Diese sind trotz Anstellung maßgeblich zur persönlichen Berufsausübung verpflichtet (Abs 3).

2.2. Arbeitszeit

Grundsätzlich dürfen in einer Ordination maximal zwei Ärzte im Umfang eines Vollzeitäquivalentes (40 Wochenstunden) angestellt werden, in einer Gruppenpraxis können maximal vier Ärzte im Umfang von zwei Vollzeitäquivalenten (80 Wochenstunden) angestellt werden. Gemäß Abs 2 sind Ausnahmen bei PVE möglich. Überstunden sind nicht ausdrücklich geregelt, wohl aber in den Grenzen des Arbeitszeitgesetzes („AZG“) möglich.⁹³

2.3. Haftung

Während bei Behandlungsfehlern im Krankenhaus die Krankenanstalt haftet, hat in Ordinationen bisher der Ordinationsinhaber für Behandlungsfehler gehaftet. Nach der neuen Bestimmung des Abs 3, die eine haftungsrechtliche Sonderregelung bildet, haftet statt des Ordinationsinhabers der angestellte Arzt, welcher medizinisch letztverantwortlich ist (§ 47a Abs 3 ÄrzteG)⁹⁴.

2.4. Abgrenzung zwischen Anstellung und Vertretung

Eine weitere Klarstellung betraf die Abgrenzung von Anstellung und Vertretung. Demnach ist gemäß § 47a Abs 4 und Abs 5 ÄrzteG die „fallweise und regelmäßige Vertretung eines Ordinationsinhabers oder eines Gesellschafters einer Gruppenpraxis“ eine freiberufliche Tätigkeit. Ein Anstellungsverhältnis liegt erst dann vor, wenn Ordinationsinhaber und Vertreter gleichzeitig in der Ordination bzw. Gruppenpraxis tätig sind.⁹⁵

3. Lehrpraxis für Allgemeinmediziner

3.1. Allgemeines

Ebenfalls im Konnex mit den PVE steht auch die Ausbildung von Allgemeinmediziner in Lehrpraxen.⁹⁶ In der aktuellen Ärzte-Ausbildungsordnung („ÄAO 2015“) ist es demnach vorgesehen, dass alle Turnusärzte am Ende ihrer Ausbildung im Fachgebiet

⁹³ Vgl. Holzgruber in medinlive, Ärztegesetz - Regelung zur Anstellung von Ärztinnen und Ärzten, 23.1.2019, abrufbar unter <https://www.medinlive.at/gesundheitspolitik/regelung-zur-anstellung-von-aerztinnen-und-aerzten>.

⁹⁴ Vgl. Holzgruber in medinlive, Regelung zur Anstellung.

⁹⁵ Vgl. auch Holzgruber in medinlive, Regelung zur Anstellung.

⁹⁶ SV, Sozialversicherung bekennt sich bei der Ärzteausbildung in Lehrpraxen zur Mitfinanzierung, abrufbar unter <http://www.hauptverband.at/cdscontent/?contentid=10007.764533>.

Allgemeinmedizin verpflichtend sechs Monate in einer Lehr(gruppen)praxis ausgebildet werden.⁹⁷

Ziel ist es, einerseits die Versorgung der Patienten zu erhöhen, andererseits Jungärzte den niedergelassenen Bereich als Beruf näherzubringen und eine bessere Vorbereitung auf die Herausforderungen in der Praxis zu gewährleisten.

3.2. Formen der Lehrpraxis

Zur Absolvierung der Lehrpraxis nach ÄAO 2015 sind folgende zwei Modelle vorgesehen:

- Anstellung in einer Lehr(gruppen)praxis für Allgemeinmedizin oder
- Weiterbeschäftigung in der bisherigen „Ausbildungskrankenanstalt“ unter Dienstzuteilung in eine Lehr(gruppen)praxis.

3.3. Finanzierung und Förderung

Die Kosten für die Finanzierung der Lehrpraxis werden von Bund (25%), Ländern (32,5%), Sozialversicherung (32,5%) und Lehr(gruppen)praxisinhabern (10%) getragen.

Das Anstellungsausmaß beträgt 30 Wochenstunden. Auf dieses bezieht sich auch die Förderung. Eine darüber hinausgehende Anstellung oder für geleistete Überstunden wird keine Förderung gewährt.

Eine Teilzeitbeschäftigung ist ab einem Mindestanstellungsausmaß von 15 Wochenstunden möglich und führt zu einer Verlängerung der Ausbildungsdauer.

Als Gehalt schreibt der geltende Lehrpraxis-Kollektivvertrag jenen Betrag vor, der dem Turnusarzt unter zusätzlicher Berücksichtigung seiner Vordienstzeiten nach 9 Monaten Basisausbildung und 27 Monaten Spitalsturnus nach dem Gehaltsschema des Wiener Krankenanstaltenverbundes zustehen würde.

Eine Förderung steht zu, wenn die Lehr(gruppen)praxis über eine aufrechte Ausbildungsberechtigung im Fach Allgemeinmedizin nach ÄAO 2015 verfügt und der Turnusarzt noch keine Förderung erhalten hat.

3.4. Wettbewerbliche Beurteilung

Die BWB befürwortet sowohl die Lehrpraxis als solche, ebenso die gesetzten Initiativen zur Förderung dieser. Dadurch können gezielt Maßnahmen zur Attraktivierung des Berufs des Allgemeinmediziners gesetzt werden. Dieser Umstand kann wiederum zur Absicherung des Allgemeinmedizinerberufs, vor allem im ländlichen Raum, führen.

⁹⁷ Anerkannte Lehr(gruppen)praxen sind im Lehrpraxisverzeichnis der Österreichischen Ärztekammer gelistet: <https://www.aerztekammer.at/en/ausbildungsstaettenverzeichnis>.

Hinweis: Für weitergehende Informationen zu den Themenbereichen PVE, Anstellung von Ärzten sowie Lehrpraxis wird auf die Webseiten der Österreichischen Ärztekammer sowie der SV verwiesen.

V. Vorschläge der österreichischen Apothekerkammer („öApK“) zur Modernisierung des Apothekengesetzes

Der BWB wurde von der öApK ein Entwurf für die Novellierung des Apothekengesetzes übermittelt. Nachfolgend werden die für den Wettbewerb wesentlichsten Änderungen herausgegriffen, indem eine gestraffte Gegenüberstellung der bestehenden Regelungen mit der Novelle der öApK vorgenommen wird. Jeweils daran anschließend folgt ein Kommentar der Behörde zu den geplanten Änderungen und inwieweit allfällige Forderungen nach mehr Wettbewerb aus dem ersten Teilbericht der BWB vom Mai 2018 berücksichtigt wurden.

Ziel des Entwurfs der öApK sei eine Modernisierung und Aktualisierung des ApothekenG sowie eine weitreichende Verbesserung für die Arzneimittelversorgung der Bevölkerung. Zu den Hausapotheken (§§ 28 ff) wurden keine Vorschläge gemacht, weswegen diesbezüglich auf die Überlegungen und Ausführungen im Kapitel III verwiesen werden darf.

1. Öffnungszeiten und Notfallbereitschaft (§ 8)

Bestehende Regelung: Derzeit werden die Öffnungszeiten der Apotheken durch die Bezirksverwaltungsbehörde (**BVB**) festgesetzt, wobei eine maximale wöchentliche Betriebszeit von 48 Stunden und eine tägliche Mittagssperre von ungefähr 2 Stunden einzuhalten sind. Sämtliche Apotheken im Ort haben gleiche Öffnungszeiten aufzuweisen.

Vorschläge öApK: *Zukünftig sollen sämtliche Apotheken im Ort eine – von der BVB per VO festzusetzende – einheitliche Kernöffnungszeit von mind 36 Stunden aufweisen. Zusätzlich sollen individuelle, darüberhinausgehende Rahmenöffnungszeiten in einem Maximalausmaß von 72 Stunden (analog zum Handel) möglich sein. Ordinationszeiten von örtlichen Kassenärzten der Allgemeinmedizin sollen berücksichtigt werden. Die individuellen Öffnungszeiten sind ein Jahr im Voraus zwecks Einteilung der Bereitschaftsdienste zu melden.*

Kommentar BWB: Dieser Schritt wird seitens der BWB außerordentlich befürwortet, da die eingeschränkten Öffnungszeiten in der Vergangenheit einer der größten Kritikpunkte von Konsumenten war und dementsprechend im ersten Teilbericht aufgegriffen wurde (siehe dort, S 24, Kapitel VII.1).

Der derzeitige Entwurf orientiert sich an den allgemeinen Ladenöffnungszeiten des Handels. Die noch bestehende (zweistündige) Mittagssperre wurde im Entwurf ersatzlos fallengelassen, wodurch es den Apothekern in Zukunft freistehen würde, Konsumenten in deren Mittagspause den Einkauf von Medikamenten zu ermöglichen oder eine Mittagspause für die Apotheke anzusetzen. Ebenso positiv ist die Neuregelung der Zeitvorgaben, wonach jede Apotheke freiwillig über ein Mindestmaß von 36 Stunden hinausgehen und sich hierdurch gegenüber anderen Apotheken zeitlich attraktiver platzieren kann. Die Orientierung an den örtlichen Allgemeinkassenärzten erscheint sinnvoll, da hierdurch der Weg vom Arzt zur Apotheke idealerweise noch am gleichen Tag erfolgen kann. Die ein Jahr im Voraus anzukündigenden Öffnungszeiten erscheinen zwecks Planung akzeptabel, ohne allzu sehr in die Freiheit der Apotheker einzugreifen.

2. Zustellung von Arzneimitteln (§ 8a)

Bestehende Regelung: „Innerhalb eines Umkreises von sechs Straßenkilometern von der Betriebsstätte der bestehenden öffentlichen Apotheke dürfen dringend benötigte Arzneimittel an Patienten durch apothekeneigene Zustelleinrichtungen zugestellt werden.“

Vorschläge öApK: *Die bisherige apothekeneigene Zustelleinrichtung soll durch eine – im Einzugsgebiet liegende – bewilligungspflichtige und bedarfsorientierte „mobile Abgabeeinrichtung“ ersetzt werden, die auch von mehreren Apotheken gemeinsam betrieben werden kann. Die derzeit bestehende Maximalentfernung von sechs Straßenkilometern würde ersatzlos wegfallen und durch den Begriff des „Einzugsgebiets“ ersetzt werden. Neu hinzu kommen würde eine Pflicht, in begründeten Einzelfällen dringend benötigte Arzneimittel im Einzugsgebiet zuzustellen. Rezeptfreie Arzneimittel dürfen (weiterhin) ohne Bewilligung im Wege des Fernabsatzes gemäß § 59 Abs 10 Z 1 ArzneimittelG auch außerhalb des Einzugsgebiets der Apotheke zugestellt werden.*

Kommentar BWB: Die Maximalentfernung von sechs Straßenkilometern sowie das Kriterium der „dringend benötigten Arzneimittel“ als Einschränkungen fallen weg, was wettbewerblich zu befürworten ist und einer Forderung der BWB entspricht (Erster Teilbericht, S 31, VII.4). Jedoch sieht die geplante Neuregelung nunmehr eine Bedarfsprüfung durch die öApK vor, wobei im Gesetzesentwurf keine Kriterien oder Anhaltspunkte für eine Beurteilung dieser Prüfung bestehen.

In den Erläuterungen zu Novelle hält die öApK fest, dass die alte Regelung zu starr war. Durch das nunmehrige Abstellen auf das Einzugsgebiet könne eine Prüfung mehr auf die Umstände des Einzelfalls eingehen. Es wären Konstellationen möglich, in welchen es zu Überschneidungen mit dem Einzugsgebiet anderen Apotheken kommen könnte: Mehrere Apotheken könnten eine mobile Abgabeeinrichtung gemeinsam oder alternierend betreiben. Oder eine Apotheke würde aufgrund des Versorgungsbedarfs und des gleichzeitigen Fehlens einer lokalen mobilen Abgabeeinrichtung ein zusätzliches Einzugsgebiet abdecken.

Sofern die öApK die oben zusammengefassten Erläuterungen auch so in die Praxis umsetzen würde, wäre sowohl mit einer besseren Arzneimittelversorgung als auch einem Anstieg des (regionalen) Wettbewerbs zu rechnen. Da der Gesetzesentwurf jedoch keine Kriterien für die Blackbox „Bedarfsprüfung der öApK“ aufweist, besteht die Gefahr, dass die Novelle betreffend die Zustellung – iSd bisherigen Beschränkungen – wie ein Gebietsschutz wirken könnte. Hier wird also erst die Praxis zeigen, inwiefern die öApK freien Wettbewerb bei der Zustellung von Arzneimitteln zulässt.

Demgegenüber steht, dass rezeptfreie Arzneimittel bereits jetzt schon im Wege des Fernabsatz über das eigene Einzugsgebiet hinaus zugestellt werden können. In diesem Punkt ist keine Änderung geplant und aus Sicht des Wettbewerbs auch nicht notwendig.

3. Konzession und Rechtsform des Betriebes öffentlicher Apotheken (§ 12)

Bestehende Regelung: Die derzeit generelle Regelung betreffend Konzession besagt, dass der Konzessionsinhaber über eine Beteiligung am gesamten Apothekenunternehmen von mehr als der Hälfte verfügen muss. Hiervon kann abgegangen werden, wenn der Konzessionsinhaber über eine Beteiligung von mindestens einem Viertel verfügt sowie berechtigt und verpflichtet ist, seine Beteiligung entweder durch Übergang von Todes wegen oder längstens innerhalb von zehn Jahren durch Übergang unter Lebenden auf insgesamt mehr als die Hälfte des gesamten Apothekenunternehmens zu erhöhen. In jedem Fall muss der Konzessionsinhaber die alleinige Geschäftsführung- und Vertretungsbefugnis aufweisen.

Vorschläge öApK: *Neu gegründete als auch (mit Übergangsbestimmungen) bestehende Apotheken sollen zukünftig zu einem Anteil von mindestens 51% (hiervon mindestens 25% direkt) durch den Konzessionsinhaber gehalten und von diesem (rechtlich und wirtschaftlich) kontrolliert werden. Auf bestehende Personengesellschaften findet dieses Erfordernis beim nächsten Wechsel des Konzessionsinhabers, spätestens jedoch zehn Jahre nach Inkrafttreten der Novelle, Anwendung. [Abs 6:] Zusätzlich dürfen Personen oder Unternehmen an maximal 3% der öffentlichen Apotheken direkt oder indirekt mehr als 25% Anteile halten.*

Kommentar BWB: Diese Regelung greift eine Problematik auf, die im ersten Teilbericht bereits umfassend thematisiert wurde (siehe dort, S 20 Kap VI.2.b). In der derzeitigen Regelung könnte der Fall auftreten, dass die Geschäfte einer Apotheke zwar vom Konzessionsinhaber alleine geführt werden, die (wirtschaftliche) Verfügungsgewalt jedoch durch ein im Hintergrund stehendes Pharmazieunternehmen mit einer Beteiligung von über 50% ausgeübt wird. Durch das nunmehrige abziehen auf den wettbewerbsrechtlichen Begriff der Kontrolle durch den Konzessionsinhaber wird gewährleistet, dass der Einfluss durch Pharmazieunternehmen auf einzelne Apotheken abnimmt. Die Auswahl der Produkte sowie die Beratung können somit stärker am Kundennutzen orientiert werden.

In die gleiche Kerbe schlägt der neu geschaffene Abs 6. Die Schwelle von max 3% setzt jene kritische Grenze um, welche vom Kartellgericht im Jahr 2003 aufgezeigt wurde. Während die obige Neuregelung hinsichtlich „Kontrolle“ auf Apotheken im Einzelnen abzielt, sorgt diese „Marktanteilsgrenze“ dafür, dass der Einfluss einzelner Großhändler auf Österreichs gesamten Apothekenmarkt abnimmt bzw wettbewerblich unbedenklich wird und dies dann auch bleibt.

4. Verlegung von Apotheken (§ 14)

Bestehende Regelung: Die Verlegung einer Apotheke innerhalb des bescheidmäßig festgesetzten Standortes bedarf der Genehmigung durch die öApK. Die Verlegung an einen anderen Standort ist von der BVB zu bewilligen, wenn die Voraussetzungen der Konzessionserteilung gem § 10 zu treffen und überdies von dem neuen Standort aus der Bedarf des Gebietes besser befriedigt werden kann.

Vorschläge öApK: Die öApK hat eine Verlegung einer Apotheke innerhalb des Standortes zukünftig zu bewilligen, sofern eine Mindestentfernung von 500m zur nächsten öffentlichen Apotheken eingehalten bzw eine bestehende Entfernung von unter 500m nicht weiter verringert wird. Ersatzweise kann die BVB eine solche Verlegung bewilligen, sofern den umliegenden Apotheken mindestens 5.500 Personen als Versorgungspotential verbleiben. Die Verlegung an einen anderen Standort wird insofern konkretisiert, als eine solche Verlegung im Zuge eines Konzessionsverfahrens zu erfolgen hat. Dasselbe gilt für die Verlegung an einen erweiterten Standort (dh innerhalb einer Gemeinde), wobei hier zusätzlich eine bessere Versorgung vom neuen Standort aus gewährleistet sein muss.

Kommentar BWB: Im Gegensatz zu früher kommt für die Verlegung innerhalb eines Standortes das Konzessionskriterium eines Mindestabstands zur nächsten öffentlichen Apotheke zur Anwendung. Diese neue Regelung sowie die substituierende Bewilligung durch die BVB sollen verhindern, dass es durch die Verlegung innerhalb eines Standortes zu nachteiligen Auswirkungen auf andere Apotheken bzw die Versorgungssicherheit

kommt. Dies erscheint auch aus wettbewerblicher Sicht vertretbar, da es gegenüber der Neubewilligung keine Erschwernis darstellt.

Die Novellierung der Verlegung an einen anderen oder erweiterten Standort führt diese beiden Fälle in das allgemeine Konzessionsverfahren über und ermöglicht der öApK eine Prüfung der Versorgungssicherheit im Einzelfall. Gleichzeitig eröffnet es Apotheken, die innerhalb ihres festgesetzten Standortes kein geeignetes Geschäftslokal vorfinden oder ihr Lokal bspw aufgrund geänderter Straßenführungen aus wirtschaftlichen Gründen aufgeben müssen, die Verlegung ihrer Apotheke innerhalb einer Gemeinde oder darüber hinaus. Somit kann ein wirtschaftlicher Betrieb auch im Fall externer Probleme gesichert und der Wettbewerb zwischen Apotheken gewahrt werden.

5. Filialapotheken (§ 24)

Bestehende Regelung: Für Ortschaften ohne öffentliche Apotheke oder ärztliche Hausapotheke kann dem Inhaber einer öffentlichen Apotheke eine Filialapotheke bewilligt werden, wenn diese Ortschaft nicht mehr als vier Straßenkilometer von der Stammapotheke entfernt ist und der Bedarf nach einer Verabreichungsstelle von Arzneimitteln besteht. Die Filialapotheke darf nur im Zusammenhang mit der Stammapotheke betrieben werden. Laut § 47 (2) 3. Fall ist ein Antrag auf Erteilung einer Konzession ohne weiteres Verfahren abzuweisen, wenn in der Gemeinde des angesuchten Standortes die Bewilligung zur Errichtung einer Filialapotheke vor weniger als fünf Jahren erteilt wurde.

Vorschläge öApK: Zukünftig soll bei neu zu errichtenden Filialapotheken nicht mehr die Entfernung von vier Straßenkilometern ausschlaggebend sein, sondern muss die Stammapotheke zu den drei nächstgelegenen Apotheken der neuen Filialapotheke zählen. Statt einer sollen zukünftig max drei Filialapotheken betrieben werden dürfen. Bestehende Apotheken müssen mindestens 5.500 Personen als Versorgungspotential verbleiben. Filialapotheken müssen – bei sonstigem Erlöschen der Genehmigung – binnen zwei Jahren eröffnet werden. Im Ausgleich soll die Schutzfrist von Filialapotheken nach § 47 ApothekenG von fünf auf sieben Jahre angehoben werden. Für jede Filialapotheke muss ein eigener berufsberechtigter verantwortlicher Apotheker bestellt werden, welcher keine andere Apotheke betreibt oder leitet.

Kommentar BWB: Diese Regelung setzt einen Vorschlag der BWB für die Erhöhung der Zahl zulässiger Filialapotheken und deren leichtere Gründung um (siehe Teilbericht, S 23 Kap VI.3).

Anstelle des starren Kilometermaßes erlaubt die Novelle größere Entfernungen zwischen der neuen Filialapotheke und der Stammapotheke. Gemeinsam mit der Möglichkeit, nunmehr bis zu drei Filialapotheken zu führen, eröffnet die Neuregelung den Apothekern

zusätzliche wirtschaftliche Betätigungsfelder. Diese Bestimmung harmonisiert insb mit der Novellierung des § 12. Eine Zurückdrängung der Pharmazieunternehmen aus dem Apothekenmarkt ist nur dann möglich, wenn ein solides wirtschaftliches Überleben der Apotheken gewährleistet ist.

Durch das Mindestversorgungspotential der nächsten beiden fremden Apotheken und den zwingenden Betrieb durch einen frei verfügbaren Apotheker wird demgegenüber die Versorgungs- und Beratungssicherheit gewährleistet, weswegen die Neuregelung des § 12 nicht nur aus Wettbewerbssicht als zielorientiert und gelungen bezeichnet werden kann.

Dennoch gibt es eine Schattenseite: Da die Gründung und Eröffnung einer (Filial)Apotheke mit hohen Kosten verbunden ist, könnte die – auch erhöhte – Schutzfrist von sieben Jahren eine abschreckende Wirkung aufweisen. Da zukünftige Filialapotheken ausnahmslos von einem eigenen berufsberechtigten Apotheker zu führen sind, der keine andere Apotheke betreibt oder leitet, erfüllen diese de facto den Status einer vollwertigen Apotheke. Es ist zu hinterfragen, warum diesfalls ein Antrag auf Erteilung einer Konzession nach Bestehen einer Filialapotheke über sieben Jahre zu deren Schließung führen sollte. Sofern keine gewichtigen Gründe für die substituierende Gründung einer neuen Apotheke im Einzugsgebiet einer Filialapotheke vorliegen, sollte eine Filialapotheke von dauerhaftem Bestand sein.

6. Wettbewerbliche Beurteilung

Die elementarsten Änderungen der Novelle betreffen einerseits die Verschärfung bei Beteiligungen an Apotheken, andererseits die Liberalisierung der Öffnungszeiten, Arzneimittelzustellung und Gründung von Filialapotheken.

Diese vier Schritte weisen aus wettbewerblicher Sicht in eine gute Richtung: Zukünftig ist zu erwarten, dass Apotheker sowohl eine wirtschaftliche also faktische Kontrolle über ihre Apotheke aufweisen (müssen). Es erscheint im Bereich des Möglichen, dass Pharmaunternehmen im Apothekenmarkt an Einfluss verlieren werden. Aus wirtschaftlicher Sicht der wichtigste Garant dafür dürfte vor allem die Neuregelung hinsichtlich der Gründung von Filialapotheken sein. Wo ein Apotheker als Unternehmer bislang maximal zwei Apotheken führen konnte, wären es nach der Umsetzung der Novelle doppelt so viele. Dies würde das wirtschaftliche Risiko über mehrere Standorte verteilen und gleichzeitig die Position des Apothekers als Nachfrager bei Pharmaunternehmen stärken. Eine hierdurch erwirkte langfristige Vergünstigung der Einkaufskonditionen erscheint durchaus denkbar.

Auch aus absatzseitiger Sicht ist mit einer wettbewerblichen Verbesserung zu rechnen. In Ergänzung zur bereits liberalisierten Zustellung von nicht-rezeptpflichtigen Arzneimitteln

könnte die neu geschaffene mobile Abgabeeinrichtung nicht nur pflegebedürftigen und immobilen Patienten entgegenkommen, sondern möglicherweise einen Wettbewerbsvorteil gegenüber anderen Apotheken darstellen. Gemeinsam mit bis zu drei Filialapotheken könnte so ein deutlich größeres Einzugsgebiet von einem Apotheker bedient werden als bisher. Auch die, an den Handel angelegte, Neuregelung der Öffnungszeiten kann zu mehr Wettbewerb zwischen benachbarten Apotheken führen und dürfte von Konsumenten und Patienten positiv aufgenommen werden.

7. Empfehlungen

- Für die bewilligungspflichtige mobile Abgabeeinrichtung sind (Mindest)Kriterien betreffend die Bedarfsprüfung durch die öApK gesetzlich zu regeln. Alternativ wäre denkbar, dass bei Fehlen einer mobilen Abgaberichtung im Einzugsgebiet diese jedenfalls bewilligt würde, es sei denn, die öApK weist das Fehlen eines Bedarfs nach.
- Filialapotheken sollten – sofern dem keine zwingenden Gründe im Einzelfall entgegenstehen – von dauerhaftem Bestand sein. Die Schutzfrist einer Filialapothek sollte parallel zur Konzessionsdauer der Stammapothek laufen.

Bundeswettbewerbsbehörde

Radetzkystraße 2, 1030 Wien

+43 1 245 08 - 0

wettbewerb@bwb.gv.at

bwb.gv.at