

Mag. Karl Schableger

Statistiker in der OÖ. Gebietskrankenkasse, Linz

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

1. Einleitung	50
2. Ausgangslage	51
3. Heilmittelökonomischer Aspekt	62
4. Diskussion	83
Literaturverzeichnis	85

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

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

1. Einleitung

Hausapotheken sind aktuell in aller Munde. Während die einen Hausapotheken als Überlebensfrage und notwendigen Bestandteil einer Landarztpraxis identifizieren, sehen andere darin eine Notlösung¹, eine Notversorgung² und bezeichnen sie als Notinstrumente. Bereits 2001 nannte Capana in seiner Eröffnungsrede am Österreichischen Apothekertag Hausapotheken als „systemfremde Zugeständnisse, bedingt durch die topografischen Gegebenheiten Österreichs.“ Heute lassen Gemeindevertreter³ in Mooskirchen eine öffentliche Straße auf, damit der Berufssitz des Landarztes von der Betriebsstätte der öffentlichen Apotheke nun mehr als sechs Straßenkilometer entfernt ist, während im unteren Mühlviertel⁴ eine Landarztpraxis wegen Unterschreitung der Sechs-Kilometer-Grenze um 21 Meter seine Hausapotheke zu verlieren droht. Es verwundert nicht, dass hier der Ruf nach völliger Liberalisierung laut wird. Zuletzt hatte der Präsident der niederösterreichischen Ärztekammer (Reisner) eine Liberalisierung gefordert: „Freie Niederlassung für öffentliche Apotheken und freie Entscheidung jedes Arztes, ob er Medikamente abgeben will.“⁵ Auch Lechner⁶ forderte 2013 ein generelles Dispensierrecht für Ärzte. Wallner (2014) skizziert bereits konkrete mögliche Vorschläge für eine Neuregelung der Arzneimittelversorgung.⁷

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

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

1 Martin Hochstätter, Präsidenten der Apothekerkammer, Tiroler Tageszeitung, 02.04.2014

2 Weiermair Christoph, Apotheker kontern Ruf der Ärzte nach mehr Hausapotheken, Kurier, 28.02.2014

3 http://www.kleinezeitung.at/s/steiermark/weststeier/peak_weststeier/4756142/Mooskirchen_Kniff-soll-Mooskirchnern-die-Hausapotheke-sichern

4 Hausapotheke als Überlebensfrage, OÖN vom 13.11.2015

5 Christoph Reisner, Apotheken sind ersetzbar, 24.04.2015

6 Hauser, Herbert, Dispensierfreiheit statt Hausapotheken. In: Hausarzt politisch, 10.04.2013, S. 17.

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

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

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

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

2. Ausgangslage

2.1. Daten und Zahlen

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

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

9 Ein niedergelassener Vertragsarzt als Postpartner ist mir bis dato nicht bekannt.

10 Apotheke in Zahlen 2015, S. 6

11 Alle Verordnergruppen (Allgemeinmediziner, Zahnärzte, Fachärzte,)

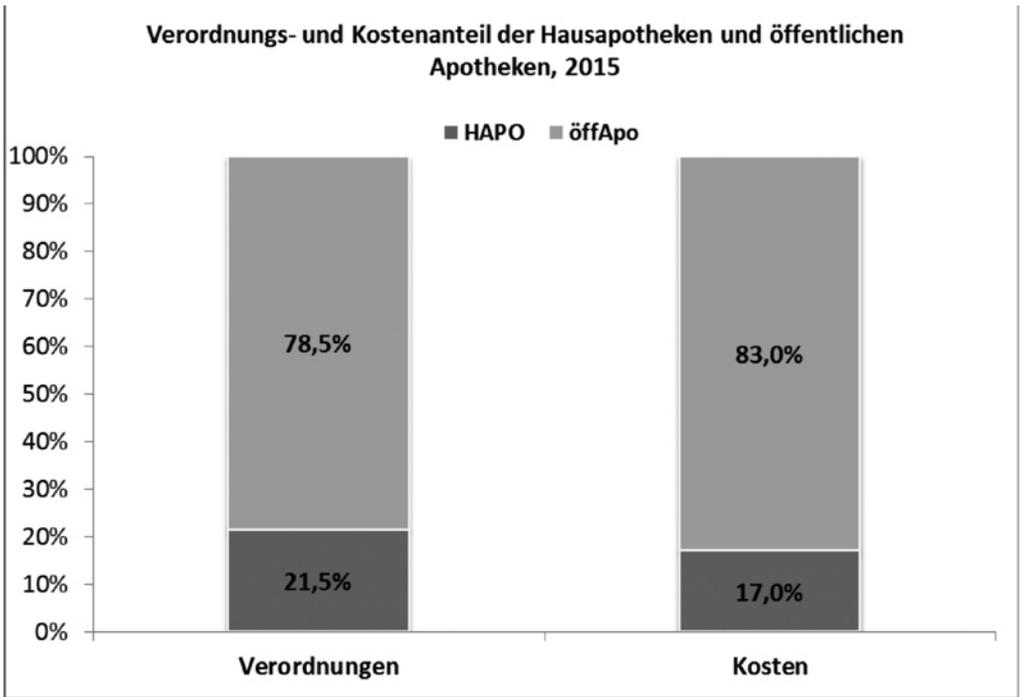


Abbildung 1: Verordnungs- und Kostenanteil von Hausapotheken und öffentlichen Apotheken (alle Heilmittel, Heilnahrung, Verbandsmaterial,) 2015

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

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

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

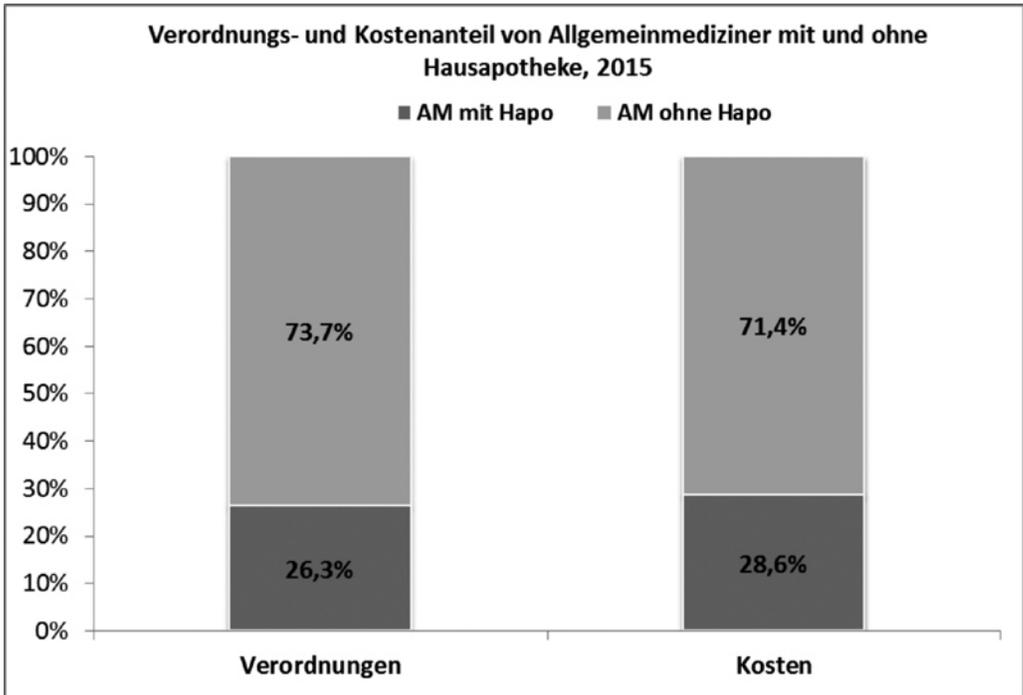


Abbildung 2: Verordnungs- und Kostenanteil von Allgemeinmediziner mit und ohne Hausapotheken (Heilmittel im engeren Sinn, also ohne Heilnahrung, Verbandsmaterial, ...) 2015

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

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

¹² Apotheke in Zahlen 2015, S. 8

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

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

2.2. Rechtliche Aspekte

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

- (1) Die Bewilligung zur Haltung einer ärztlichen Hausapotheke ist einem Arzt für Allgemeinmedizin auf Antrag zu erteilen, wenn
 1. dieser in einem dem § 342 Abs. 1 entsprechenden Vertragsverhältnis steht, oder als Arzt für Allgemeinmedizin an einer Gruppenpraxis, die in einem Vertragsverhältnis nach § 342 Abs. 1 ASVG steht, beteiligt ist,
 2. sich in der Gemeinde, in welcher der Arzt seinen Berufssitz hat, keine öffentliche Apotheke befindet, und
 3. der Berufssitz des Arztes von der Betriebsstätte der öffentlichen Apotheke mehr als sechs Straßenkilometer entfernt ist.

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

- (1) Die Konzession für eine neu zu errichtende öffentliche Apotheke ist zu erteilen, wenn
 1. in der Gemeinde des Standortes der öffentlichen Apotheke ein Arzt seinen ständigen Berufssitz hat und
 2. ein Bedarf an einer neu zu errichtenden öffentlichen Apotheke besteht.

(2) Ein Bedarf besteht nicht, wenn

1. sich zum Zeitpunkt der Antragstellung in der Gemeinde der in Aussicht genommenen Betriebsstätte eine ärztliche Hausapotheke befindet und weniger als zwei Vertragsstellen nach § 342 Abs. 1 ASVG (volle Planstellen) von Ärzten für Allgemeinmedizin besetzt sind, oder
2. die Entfernung zwischen der in Aussicht genommenen Betriebsstätte der neu zu errichtenden öffentlichen Apotheke und der Betriebsstätte der nächstgelegenen bestehenden öffentlichen Apotheke weniger als 500 m beträgt oder
3. die Zahl der von der Betriebsstätte einer der umliegenden bestehenden öffentlichen Apotheken aus weiterhin zu versorgenden Personen sich in Folge der Neuerrichtung verringert und weniger als 5.500 betragen wird.

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

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

Gebietsschutz und Einschränkungen zur Führung einer Hausapotheke sind im 3. Jahrtausend eines freien Europas Anachronismen, die Apotheken nur noch mit Notaren, Rauchfangkehrer¹³ und Trafikanten gemeinsam haben.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3. Betriebswirtschaftliche Aspekte

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

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

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

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

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

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

17 Weiermair Christoph, Apotheker kontern Ruf der Ärzte nach mehr Hausapotheken, Kurier, 28.02.2014

18 Ebd.

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

20 Hausapotheke als Überlebensfrage. OÖN vom 13.11.2015

21 Wallner, Felix, Rechtspolitische Überlegungen zur Neuregelung der Arzneimittelversorgung in Österreich. In: Zeitschrift für Gesundheitspolitik, Hrsg. LiG, 01/2014, S. 56

22 Pradel, Julia, Container-Praxis statt Hausapotheke, Apotheke adhoc, 30.01.2016

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

Der Anteil der Kassenrezepte am Umsatz der Medianapotheke liegt bei 70 %. 30 % des Umsatzes macht die Apotheke mit anderen Produkten.²⁴ Wie groß die Anteile bei der betriebswirtschaftlichen Kennzahl Gewinn sind, ist leider nicht bekannt, die Ausführungen der Apothekerkammer zur Entwicklung der Krankenkassenspanne²⁵ lassen aber den Schluss zu, dass der Anteil der Kassenrezepte am Gewinn deutlich unter jenem des Umsatzes liegt. Der Gewinn wird demnach mit anderen Produkten als mit Kassenrezepten gemacht.

Und wenn Apotheker deshalb zu Fischverkäufern²⁶ oder Postpartnern²⁷ werden, dann erscheint obige Argumentation gegen Hausapotheken als Ironie.

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

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

Ein Teil der betriebswirtschaftlichen Bedeutung von Hausapotheken lässt sich mitunter auch durch Naturalrabatte erklären. Vor rund zehn Jahren standen Zuwendungen der pharmazeutischen Industrie an die Ärzte in zunehmendem Interesse der Öffentlichkeit. Während die Rabattkäufe der Hausapotheker allerdings für großes Interesse gesorgt haben²⁹, blieben andere Zuwendungen in Form

23 Heubacher, Anita, Streit um Hausapotheken geht in die nächste Runde. In: TTZ, 02.04.2014

24 Apotheke in Zahlen 2015, S. 8.

25 Ebd. S. 12

26 Apotheker werden Fischverkäufer, in: Apotheke adhoc, 05.11.2009: In Österreich wird es ab kommenden Montag apothekenexklusiven Fisch geben. Als Alternative zu üblichen Nahrungsergänzungsmitteln können Kunden dann in 15 Apotheken kalt-geräucherte Filets vom Eismeer-Saibling kaufen.

27 Österreichische Apothekerkammer, Briefe und Pakete aus der Apotheke. Pressemitteilungen.

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

29 Vgl. etwa: „Geschenke“ Pillen in aller Munde“, Ärzte-Woche, 19 Jg., Nr.30, 2005: Eine Übersicht findet sich unter: <http://www.hapig.at/>

kleiner Geschenke oder Einladungen nahezu unbeachtet. [] Ohne näher auf die rechtliche Zulässigkeit von Rabatten eingehen zu wollen, gilt eine allfällige Zuwendungstheorie (wie etwa von Wellan³⁰ formuliert) für Rabatte nur eingeschränkt, sprechen sie doch mehr die Ratio eines Menschen an. Rabatte setzen eine unmittelbare Kaufentscheidung (im Gegensatz zu Geschenken) – also vernunftgeleitete Entscheidungen der Sachebene im Sinne eines betriebswirtschaftlichen, gewinnorientierten Denkens – voraus. Geschenke hingegen sprechen verstärkt die emotionale Ebene (Gewissen, Moral) an.³¹

2.4. Aspekt der Kundenzufriedenheit

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

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

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

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

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

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

33 Ebd. S. 15 – 20.

Wellan nennt sieben Qualitätsaspekte von öffentlichen Apotheken in kompakter Form, nämlich³⁴

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

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

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

Neben der Qualität darf die Patientenperspektive nicht vergessen werden.

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

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

34 Hauser, Herbert, Dispensierfreiheit statt Hausapotheken. In: Hausarzt politisch, 10.04.2013, S. 18

35 Ebd. S. 18

36 Ebd. S. 19

37 Wallner, Felix, Rechtspolitische Überlegungen zur Neuregelung der Arzneimittelversorgung in Österreich. In: Zeitschrift für Gesundheitspolitik, Hrsg. LIG, 01/2014, S. 57f

38 Ärztekammer für Niederösterreich (Hrsg.), Consilium, 06/14, S.11

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

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

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

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

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

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

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

42 Ebd.

3. Heilmittelökonomischer Aspekt

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

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

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

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

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

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

3.1. Axiome

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Es werden in dieser Analyse die ökonomischen Aspekte der Heilmittelverordnung, nach Menge und Preis, betrachtet. Es erfolgen keine Aussagen über Qualität der Versorgung, Outcome oder Mortalität. Vorliegende Analysen stellen das Ordnungsverhalten der Allgemeinmediziner in Oberösterreich⁴⁴ dar.

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

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

3.2. Heilmittelökonomische Behauptungen

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

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

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

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

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

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

3.3. (Un-)Ökonomie im Verordnungsverhalten

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

$$KO/\text{Fall} = KO/VO \times VO/\text{Fall}$$

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

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

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

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

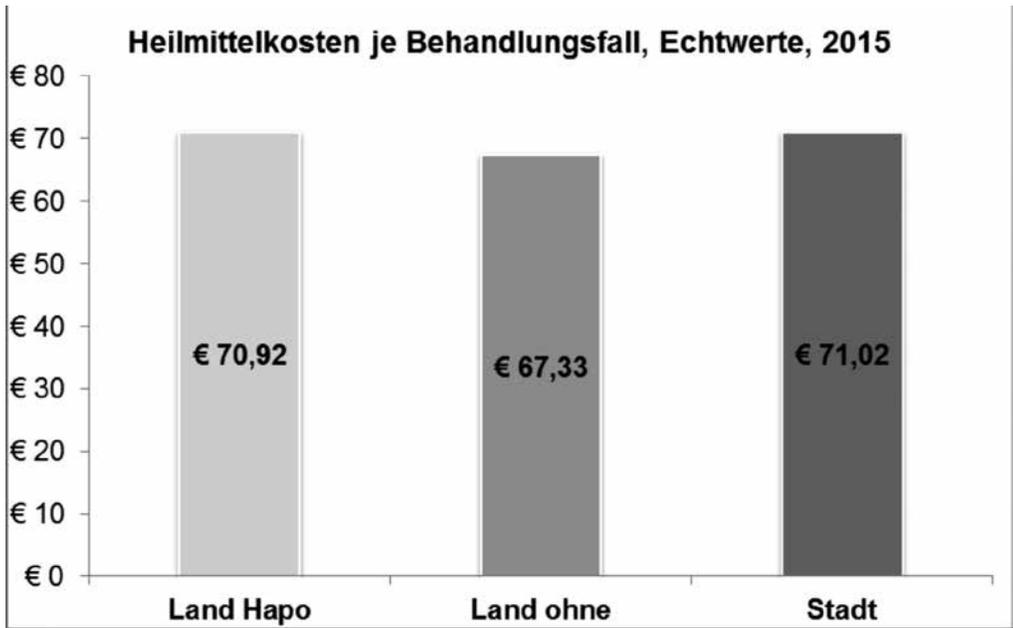


Abbildung 3: Heilmittelkosten je Fall (in €), Echtwerte 2015

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

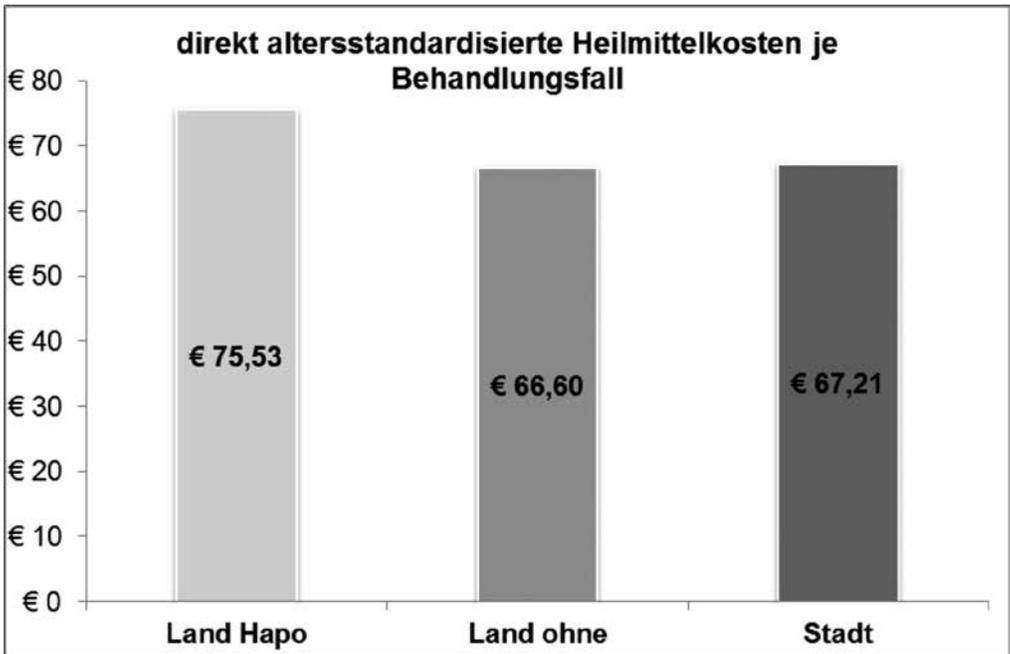


Abbildung 4: Heilmittelkosten je Fall (in €), direkt altersstandardisierte Werte, 2015

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

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

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

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

Behandlungsverhalten⁴⁷ aller Allgemeinmediziner in Oberösterreich auf das jeweilige Patientenkontingent der drei Gruppen angewandt. Dadurch entgeht man dem Vorwurf einer fiktiven, nicht zu behandelnden Normbevölkerung.

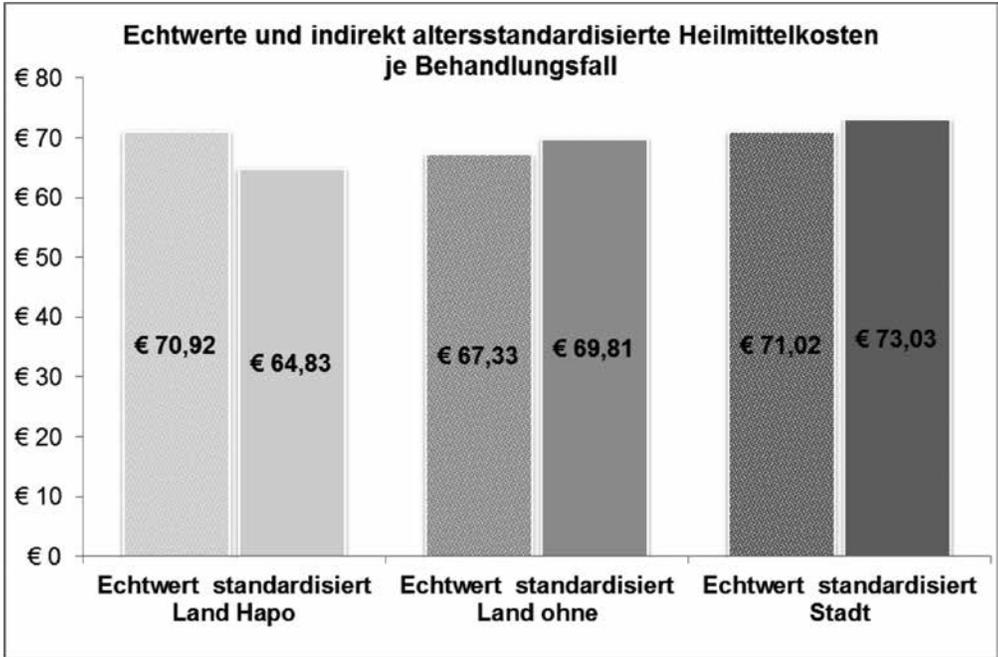


Abbildung 5: Heilmittelkosten je Fall (in €), Echtwerte und indirekt altersstandardisierte Werte, 2015

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

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

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

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

3.4. Ursachenanalyse

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

1. Die Hapo-Ärzte haben ihr Verhalten grundlegend verändert oder
2. die anderen beiden Arztgruppen haben ihr Verhalten grundlegend verändert.

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

Erster Schritt in der Ursachenforschung ist die Aufteilung der Heilmittelkosten je Fall auf die Boxen. Seit der Einführung des Erstattungskodex im Jahr 2005 werden alle Heilmittel einer der fünf Boxen⁴⁸ zugeordnet.

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

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

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

Tabelle 1: Kosten je Fall nach Box, Echtwerte 2015

48 Es gibt fünf Boxen:

G grüne Box (frei verschreibbar),

Y gelbe Box (yellow, mit Einschränkungen (Indikationsregeln) verschreibbar, RE2),

D dunkelgelbe Box (dark-yellow, mit cheftztlicher Bewilligung verschreibbar, RE1),

R rote Box (beinhaltet zeitlich befristet jene Heilmittel, für die ein vollständiger Antrag auf Aufnahme in den EKO vorliegt, mit cheftztlicher Bewilligung verschreibbar)

N no-Box (Heilmittel für die nie um eine Aufnahme in den EKO angesucht wurde oder deren Aufnahme abgelehnt wurde; mit cheftztlicher Bewilligung verschreibbar)

Anmerkung: In Oberösterreich existiert an Stelle einer cheftztlicher Bewilligung eine Zielvereinbarung mit entsprechender nachfolgender Kontrolle (inkl. Individualhaftung).

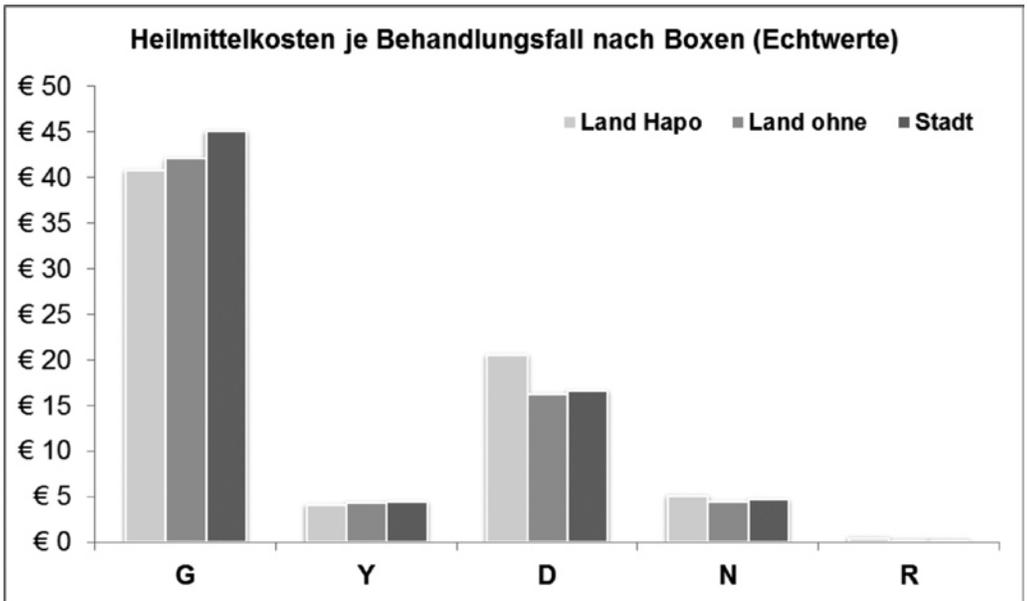


Abbildung 6: Heilmittelkosten je Fall (in €) nach Boxen, Echtwerte 2015

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.5. Produktvielfalt

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

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

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

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

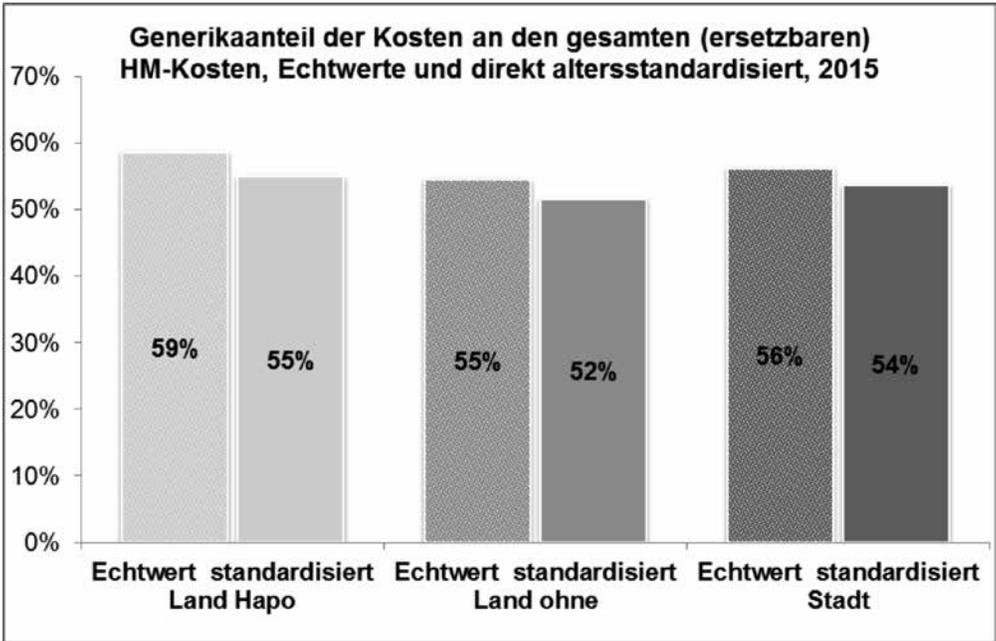


Abbildung 7: Generikaanteil der Kosten, Echtwerte und direkt altersstandardisierte Werte, 2015

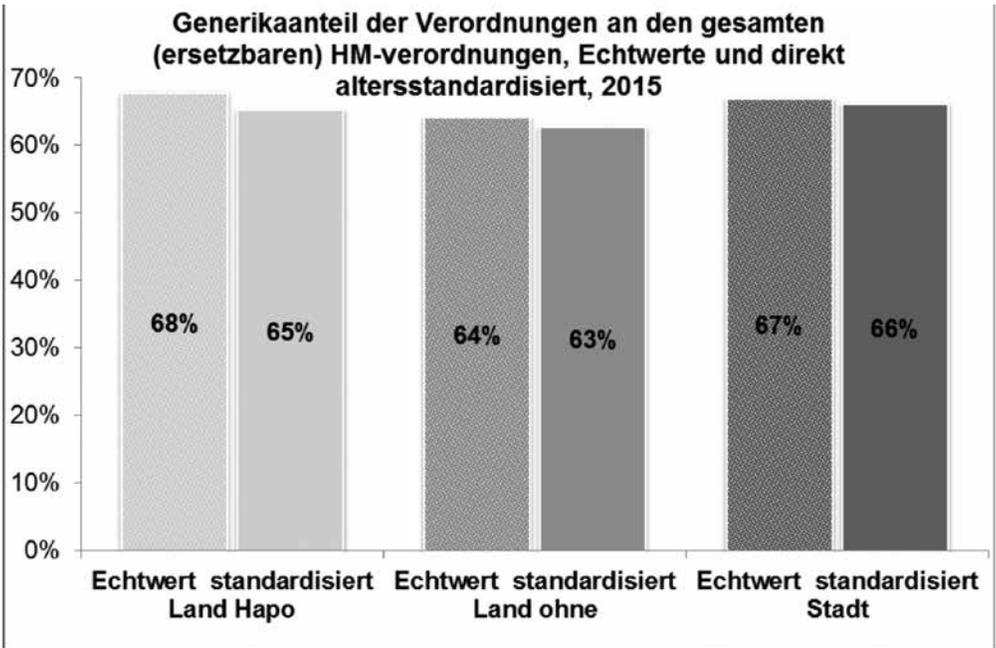


Abbildung 8: Generikaanteil der Verordnungen, Echtwerte und direkt altersstandardisierte Werte, 2015

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

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

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

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

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

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

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

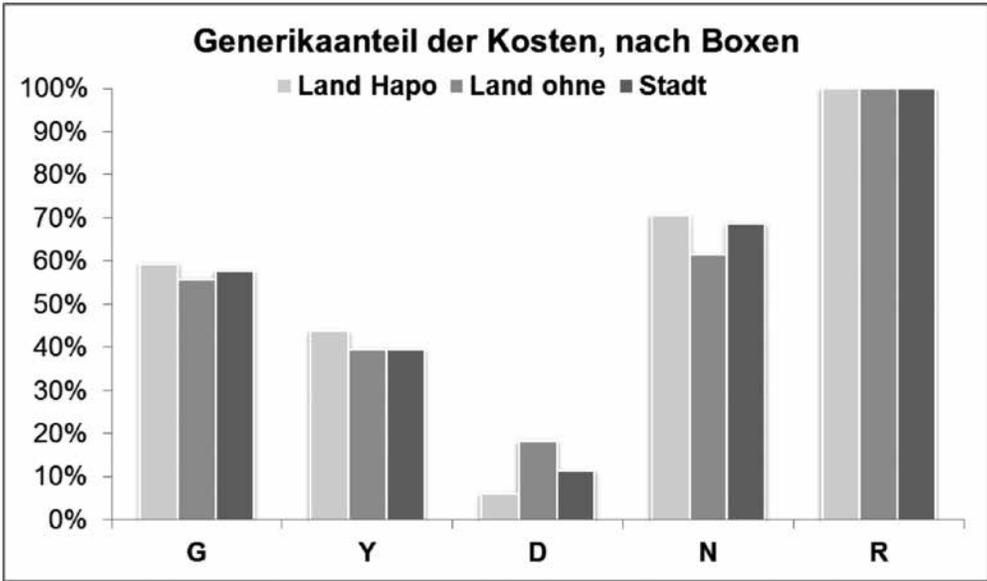


Abbildung 9: Generikaanteil der Kosten nach Boxen, Echtwerte 2015

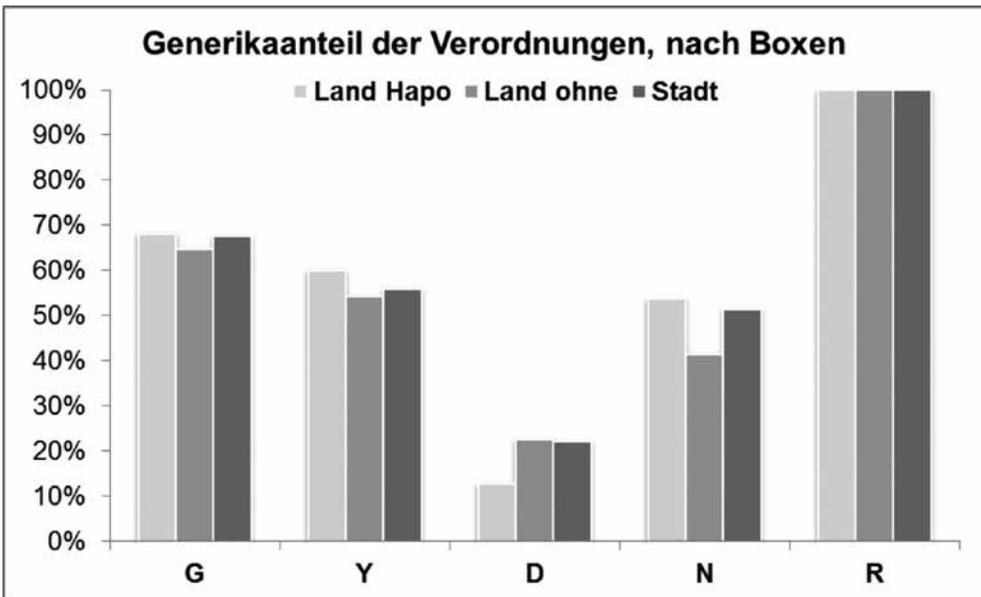


Abbildung 10: Generikaanteil der Verordnungen nach Boxen, Echtwerte 2015

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

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

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

Um die Hypothese einer eingeschränkten Produktvielfalt zu überprüfen, bedarf es im Vorfeld einiger Begriffsbestimmungen. Im Erstattungskodex ist der Begriff des Heilmittelpreparates nicht definiert. Ebenso wenig findet man im Warenverzeichnis einen Hinweis auf diesen Begriff. Die Österreichische Apothekerkammer berichtet in Apotheke in Zahlen 2015⁵³, dass „von den 13.462 Humanarzneispezialitäten in Österreich 5.693 Präparate rezeptfreie (rd. 42 %) sind, bei 7.769 (rd. 58 %) Spezialitäten es hingegen notwendig ist, in der Apotheke ein Rezept vorzuweisen. Grundsätzlich werden von diesen Humanspezialitäten nach unterschiedlichen Kriterien (siehe Erstattungskodex) lediglich 6.927 von den Sozialversicherungsträgern erstattet.“

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

53 Ebd. S. 21f.

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

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

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

Tabelle 6: Anzahl verschiedener ATC-Gruppen, Präparate und Arzneispezialitäten, 2015⁵⁵

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

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

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

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

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

⁵⁵ Die Kennzahlen berücksichtigen nicht die Häufigkeit der verordneten Produkte.

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

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

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

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

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

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

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

Bricht man den ATC der Ebene 2 (L04) noch einmal auf die 7-stellige Kodierung der Ebene 5 auf⁵⁶, so unterscheiden sich die Kosten pro Verordnung der Hapo-Ärzte in dieser Betrachtung nicht mehr von den Gesamtwerten.

⁵⁶ L04AA06 bis L04AX06

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Gibt es bei Ärzten ohne Hausapotheke eine schlechtere Versorgung bei Stoffwechselerkrankung?
2. Werden Patienten mit Stoffwechselerkrankungen durch andere, in dieser Analyse nicht betrachtete Verordnergruppen (Ambulanzen, Fachärzte) versorgt?

3. Hausapothekenführende Ärzte haben – im Gegensatz zu nicht hausapothekenführenden Ärzten – einen Anreiz, verordnete Heilmittel auch abzugeben. Werden Heilmittelverordnungen, die durch andere Verordnergruppen erfolgt sind, also systematisch umgeschrieben?
4. Oder ist die (Weiter-)Verordnung und Abgabe von Heilmittel in diesen ATC-Gruppen eine Serviceleistung von hausapothekenführenden Ärzten, damit Patienten aus ruralen Gebieten der Weg zum Facharzt oder in die Ambulanzen, mit anschließendem Gang in eine öffentliche Apotheke, erspart bleibt?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. Diskussion

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Literatur

Apotheke adhoc, Pressemitteilung vom 5.11.2009

<http://m.apotheke-adhoc.de/nachrichten/internationales/nachricht-detail-internationales/apotheker-werden-fischverkaeufel/?noMobile=1%3F&forceMobile=1>

abgefragt am: 11.05.2016

Apothekergesetzes (ApoG), Gesetz vom 18. Dezember 1906, betreffend die Regelung

des Apothekenwesens (Apothekengesetz). StF: RGBI. Nr. 5/1907 idF. BGBl. I Nr.

9/2016 (NR: GP XXV RV 939 AB 973 S. 111. BR: AB 9530 S. 850.) RIS, abgefragt am:

11.05.2016

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

https://cms.arztnoe.at/cms/dokumente/1015881_241731/c1357636/consilium-aktuell-0614-low.pdf

abgefragt am: 11.05.2016

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

Hausapotheke als Überlebensfrage. OÖN vom 13.11.2015

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

abgefragt am: 11.05.2016

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

[https://www.apotheker.or.at/Internet/OEAK/NewsPresse.nsf/1bd86a866fd269b-5c1256d21002d53da/1e0d0145fd60a9f8c1257b5f003d8c71/\\$FILE/HAUSARZT%2004-2013%20Coverstory%20Dispensierfreiheit%20Hausapotheken.pdf](https://www.apotheker.or.at/Internet/OEAK/NewsPresse.nsf/1bd86a866fd269b-5c1256d21002d53da/1e0d0145fd60a9f8c1257b5f003d8c71/$FILE/HAUSARZT%2004-2013%20Coverstory%20Dispensierfreiheit%20Hausapotheken.pdf)

abgefragt am: 11.05.2016

Heubacher, Anita, Streit um Hausapotheken geht in die nächste Runde. In: Tiroler Tageszeitung, 02.04.2014

<http://www.tt.com/lebensart/gesundheit/8175335-91/streit-um-hausapotheken-geht-die-in-n%C3%A4chste-runde.csp>

abgefragt am: 11.05.2016

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

Kniff soll Mooskirchen die Hausapotheke sichern. In: Kleine Zeitung, 17.06.2015

http://www.kleinezeitung.at/s/steiermark/weststeier/peak_weststeier/4756142/Mooskirchen_Kniff-soll-Mooskirchnern-die-Hausapotheke-sichern

abgefragt am: 11.05.2016

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

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

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

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

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

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

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