

kreuzerfischerpartner

**Entlastung des Gesundheitssystems durch
Re-Strukturierung des Apotheken-Marktes in Österreich**

GESAMTBERICHT



Wien | Dezember 2015

PRÄAMBEL

Diese Studie wurde im September 2015 von KREUTZER FISCHER & PARTNER Consulting GmbH im Rahmen des firmeninternen „Pro Bono-Programms“ mit aller gebotenen Sorgfalt – jedoch ohne Gewähr – verfasst.

Als Datenquellen dienten öffentlich zugängliche Sekundärstatistiken, u.a. von Statistik Austria oder der Österreichischen Apothekerkammer, die durch eigene Erhebungen und Berechnungen ergänzt wurden.

Sämtliche Urheberrechte dieser Studie liegen bei KREUTZER FISCHER & PARTNER Consulting GmbH. Vervielfältigung und Nachdruck – auch auszugsweise – bedürfen der Genehmigung von KREUTZER FISCHER & PARTNER Consulting GmbH.

Wien | Dezember 2015



ERKENNEN, WAS MÄRKTE TREIBT

KREUTZER FISCHER & PARTNER ist ein Netzwerk eigenständiger Unternehmensberater mit Büros in Wien, Berlin, Hannover.

Seit mehr als 20 Jahren unterstützen wir Unternehmen in der Marktanalyse, dem Business Development und in M&A-Projekten. Öffentliche Auftraggeber beraten wir bei der Evaluierung von Programmen. Darüber hinaus publizieren wir regelmäßig Studien zu aktuellen wirtschaftlichen Themen. Mit dem BRANCHENRADAR zählen wir zu den führenden Anbietern von Multi-Client-Studien im deutschsprachigen Raum.

Wir arbeiten international, mit Fokus auf die DACH-Region. Unsere Klienten zählen zu den erfolgreichsten Unternehmen ihrer Branche.

Erfolgreiches Handeln setzt belastbare Entscheidungsgrundlagen voraus

Unsere Kompetenz ist das Ergebnis zweier entscheidender Faktoren:

Integrierter Analyseansatz: Nur Zahlen zu erheben, ist uns zu wenig. Wir wollen Märkte verstehen, erkennen, was sie prägt und treibt und diese Erkenntnisse mit unseren Klienten teilen. Dabei verlassen wir uns nicht allein auf statistische Verfahren. Vielmehr ergänzen wir die Datenlage um Erkenntnisse aus Expertengesprächen, die wir gewöhnlich entlang der gesamten Wertschöpfungskette führen. Wir wissen die richtigen Fragen zu stellen und die Antworten sorgfältig zu interpretieren. Wir identifizieren kritische Faktoren und zeigen Chancen und Risiken auf.

Profundes Branchenwissen: Unsere Expertise baut auf einer Branchenerfahrung von in Summe mehreren hundert Mannjahren auf, insbesondere in den Sektoren Bauen & Wohnen, Konsumgüter, Lebensmittel und Öffentliche Dienstleistungen. Wir kennen die Spielregeln am Markt und die Marktteilnehmer entlang der gesamten Wertschöpfungskette. Mit ihnen pflegen wir einen regen Wissensaustausch. Im Bereich der Gesundheitsökonomie ist KREUTZER FISCHER & PARTNER seit etwa zehn Jahren tätig. Zuletzt wurde die Studie „Soziale Folgekosten von Lust & Sucht in Österreich“ veröffentlicht.



1	Zusammenfassung der Ergebnisse	5
2	Der Markt für öffentliche Apotheken in Österreich	7
3	Öffentliche Apotheken im Österr. Kundenbarometer	14
4	Ansatz für eine Re-Strukturierung des Apotheken-Marktes	18



1 ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE

Re-Strukturierung entlastet Gesundheitssystem um jährlich € 186 Millionen

Im Jahr 2014 gibt es in Österreich 1.328 Apotheken, 28 davon haben einen Filialbetrieb. Insgesamt setzen die öffentlichen Apotheken zuletzt rund € 3,6 Milliarden um. Der Durchschnittsumsatz pro Apotheke (Unternehmen) liegt bei mehr als € 2,7 Millionen und steigt in den letzten fünf Jahren jährlich um 2,4 Prozent. Der Gewinn vor Steuer einer Apotheke beträgt im Mittel 218.000 Euro. Das entspricht einer Umsatzrendite von acht Prozent.

Zur Berechnung von unausgeschöpften Einsparungspotentialen wird die Wertschöpfungskette „Gesundheit“ zerlegt und neu zusammengesetzt. Im neuen Ansatz werden Apotheken nicht mehr als eigenständige Einheit des Gesundheitssystems verstanden, sondern als integriertes Wertschöpfungssegment der ärztlichen Dienstleistung. Denn in der Praxis ist es der Arzt, der die Medikamente verschreibt, die von der Apotheke in den überwiegenden Fällen lediglich ausgegeben werden. Schon jetzt gibt es österreichweit rund 870 ärztliche Hausapotheken, die vor allem im ländlichen Raum die Versorgung der Patienten mit Medikamenten sichern. Ein Ausbau dieser Schiene wäre sowohl aus versorgungstechnischer wie auch gesundheitsökonomischer Sicht sinnvoll. Gelänge es so, die Hälfte aller öffentlichen Apotheken in den Wirkungsbereich der niedergelassenen Ärzte rückzuintegrieren, würde das Gesundheitssystem jährlich um rund € 186 Millionen entlastet. Der Betrag summiert sich im Wesentlichen aus zwei Positionen. Zum einen aus einer Sozialisierung der Apotheken-Gewinne, da der niedergelassene Arzt nicht die volle Gewinnmarge des Apothekers benötigt. Bei einer Reduktion der Nettowertschöpfungsquote um die Hälfte resultieren jährlich etwas mehr als € 76 Millionen Ersparnis. Zum anderen können Synergieeffekte im Personal- und Sachaufwand gehoben werden, was sich mit weiteren knapp 110 Millionen Euro zu Buche schlägt.

Voraussetzung dafür ist eine vollständige Liberalisierung des Apotheken-Marktes, wodurch sich zweifelsohne auch der Versorgungsgrad und die Servicequalität bei öffentlichen Apotheken verbessern würden. Neben der Abschaffung der Bedarfsprüfung und der Aufhebung des Verbots für Apotheken-Ketten sollten die Öffnungszeiten von Apotheken jenen des Einzelhandels angepasst und der Verkauf von rezeptfreien Medikamenten (OTC) auch für den Drogeriehandel freigegeben werden. Zudem könnten für die 24/7-Versorgung statt des bestehenden rollierenden Systems fixe „Nachtapotheken“ eingerichtet werden.



1	Zusammenfassung der Ergebnisse	5
2	Der Markt für öffentliche Apotheken in Österreich	7
3	Öffentliche Apotheken im Österr. Kundenbarometer	14
4	Ansatz für eine Re-Strukturierung des Apotheken-Marktes	18



2 DER MARKT FÜR ÖFFENTLICHE APOTHEKEN IN ÖSTERREICH

Der Markt für öffentliche Apotheken ist in Österreich durch strenge Zugangsbestimmungen und einen formal eingeschränkten Wettbewerb gekennzeichnet. Abgesehen von den fachlichen Voraussetzungen (an jedem Standort muss zumindest ein approbierter Pharmazeut tätig sein) gibt es einen restriktiven Gebietschutz für bestehende Standorte und ein Ketten-Verbot, also den Betrieb von mehr als einer Filiale. In der Praxis wird letzteres durch Umgehungsstrukturen allerdings bereits weitgehend ausgehöhlt. So wurde bereits 2008 die erste Franchise-Konstruktion etabliert, der bis heute eine ganze Reihe weiterer „Quasi-Ketten“ folgen. So kontrolliert etwa der österreichische Pharma-Erzeuger Kwizda rund 200 Apotheken-Standorte.

Nichtsdestotrotz, eine neue Apotheke kann nicht so einfach eröffnet werden. Vielmehr wird jeder neue Standort einer Bedarfsprüfung unterzogen. Richtgröße ist die Wohnbevölkerung in einem angenommenen Versorgungsgebiet. Jeder bestehenden Apotheke werden rein rechnerisch rund 5.500 Personen zugestanden. Erst wenn durch einen Standort dieses theoretische Kundenpotential nicht unterschritten wird, ist eine Neueröffnung möglich.

Tab. 1: Öffentliche Apotheken | Standorte

Öffentliche Apotheken	2005	2010	2011	2012	2013	2014
Standorte total	1.203	1.301	1.316	1.329	1.344	1.356
Standorte						
Öffentliche Apotheken	1.184	1.278	1.292	1.303	1.317	1.328
Filialapotheken	19	23	24	26	27	28
Veränderung p.a.						
	2005/10	2010	2011	2012	2013	2014
Standorte total	1,6	2,0	1,2	1,0	1,1	0,9
Angaben in %						
Öffentliche Apotheken	1,5	2,1	1,1	0,9	1,1	0,8
Filialapotheken	3,9	0,0	4,3	8,3	3,8	3,7

Quelle: Apothekerkammer

Im Jahr 2014 gibt es in Österreich 1.328 öffentliche Apotheken, die insgesamt 28 Filialen betreiben. Insgesamt gibt es daher 1.356 Apotheken-Standorte. Dazu kommen noch rund 870 Hausapotheken bei niedergelassenen Ärzten und 46 Krankenhausapotheken. In den letzten Jahren wächst die Anzahl der öffentlichen Apotheken-Standorte um rund ein Prozent pro Jahr. Das entspricht in etwa dem Bevölkerungswachstum. Treiber ist dabei aber nicht alleine die steigende Anzahl der Wohn-



bevölkerung, sondern auch der Umstand, dass – vor allem im ländlichen Raum – im Zuge der pensionsbedingten Ausdünnung des Angebots an Allgemeinmediziner (da aufgelassene Standorte nicht immer nachbesetzt werden können) mehr und mehr Hausapotheken geschlossen werden. Insgesamt verbessert sich für die Bevölkerung die Versorgungslage mit Apotheken also keineswegs.

Bei genauer Betrachtung ist eigentlich nur in den urbanen Zentren die Versorgung der Patienten mit Medikamenten zufriedenstellend, wie anhand der Apothekendichte in der Bundeshauptstadt gezeigt werden kann. In Wien gibt es pro Quadratmeter Siedlungsraum im Durchschnitt 1,28 öffentliche Apotheken. In allen anderen Bundesländern sind es hingegen gerade mal rund 0,1 Apotheken. Im Burgenland etwa versorgt eine Apotheke einen Siedlungsraum von mehr als zwölf Quadratkilometern, also eine Fläche von drei mal vier Kilometern. Ohne PKW ist es daher bestenfalls mühsam – außerhalb der Betriebszeiten des öffentlichen Verkehrs unmöglich –, an eventuell lebensnotwendige Medikamente zu kommen. Zweifelsohne steht im Zentrum der geltenden Marktregulierung der Bestandsschutz der Anbieter und nicht zwingend die Versorgungssicherheit und Convenience der Patienten. Dieser Diagnose schließt sich im Übrigen auch der EuGH an, der im Jahr 2014 Österreich wegen des Modus zur Konzessionsvergabe für Apotheken verurteilt hat. Auch der EuGH ist der Auffassung, dass bei der Anwendung der 5.500 Einwohner-Regelung, die Gefahr bestehe, dass in Österreich für bestimmte Personen – vor allem für Menschen mit eingeschränkter Mobilität –, die in ländlichen und abgelegenen Regionen außerhalb der Versorgungsgebiete bestehender Apotheken wohnen, kein gleicher und angemessener Zugang zu Apothekendienstleistungen sichergestellt sei. Die österreichische Regelung verstoße dadurch, dass sie es den "zuständigen nationalen Behörden nicht erlaubt, von dieser starren Grenze abzuweichen, um örtliche Besonderheiten zu berücksichtigen, gegen das unionsrechtliche Gebot, dass das angestrebte Ziel in kohärenter Weise zu verfolgen ist".

Tab. 2: Öffentliche Apotheken | Standortdichte 2014

Öffentliche Apotheken	AUT	Bgld	Ktn	NÖ	OÖ	Slbg	Stmk	Tirol	Vlbg	Wien
Standorte pro km²	0,12	0,08	0,09	0,09	0,07	0,12	0,08	0,13	0,15	1,28
Standorte										
Öffentliche Apotheken	1.328	38	93	231	197	90	194	116	51	318
Siedlungsraum [km ²]	11.502	483	1.079	2.618	2.678	731	2.452	868	344	248

Quelle: Apothekerkammer | Statistik Austria

Mit einem Jahresumsatz von € 3.632 Millionen im Jahr 2014 zählen Apotheken zu den bedeutenden Einzelhandels-Sparten in Österreich. Und die Umsatzentwicklung



ist in den letzten Jahren überdurchschnittlich. Zwischen 2010 und 2014 wuchsen die Erlöse im Jahresdurchschnitt um nahezu 3,5 Prozent pro Jahr. Rund zwei Drittel der Einnahmen (2014: € 2.461 Millionen) stammen von den öffentlichen Krankenkassen. Der Anteil ist seit geraumer Zeit stabil. Rund ein Drittel des Umsatzes wird mit nicht-verschreibungspflichtigen Arzneimitteln (OTC), Kosmetikprodukten, Nahrungsergänzungsmitteln oder anderen Waren oder Leistungen verdient, die nicht von der Krankenkasse bezahlt werden.

Tab. 3: Öffentliche Apotheken | Umsatz

Umsatz	2005	2010	2011	2012	2013	2014
Umsatz total	-	3.169	3.268	3.376	3.468	3.632
Angaben in Mio. Euro						
Krankenkassenumsatz	-	2.195	2.251	2.304	2.328	2.461
Privatumsatz	-	974	1.017	1.072	1.140	1.171
Veränderung p.a.	2005/10	2010	2011	2012	2013	2014
Umsatz total	-	-	3,1	3,3	2,7	4,7
Angaben in %						
Krankenkassenumsatz	-	-	2,6	2,4	1,0	5,7
Privatumsatz	-	-	4,4	5,4	6,3	2,7

Quelle: Apothekerkammer

Tab. 4: Öffentliche Apotheken | Umsatz pro Standort

Ø-Standortumsatz	2005	2010	2011	2012	2013	2014
Umsatz total	-	2.436	2.483	2.540	2.580	2.678
Angaben in tausend Euro						
Krankenkassenumsatz	-	1.687	1.710	1.734	1.732	1.815
Privatumsatz	-	749	773	807	848	864
Veränderung p.a.	2005/10	2010	2011	2012	2013	2014
Umsatz total	-	-	1,9	2,3	1,6	3,8
Angaben in %						
Krankenkassenumsatz	-	-	1,4	1,4	-0,1	4,8
Privatumsatz	-	-	3,2	4,4	5,2	1,8

Quelle: Apothekerkammer

Die Erlöse pro Standort liegen im Jahr 2014 im Durchschnitt bei knapp € 2,7 Millionen. Trotz tendenziell steigender Anzahl der Standorte stieg der Standortumsatz zwischen 2012 und 2014 insgesamt um +7,7 Prozent. Da wuchsen die Einnahmen der Apotheken standortbereinigt annähernd doppelt so rasch wie die nominale Wirtschaftsleistung Österreichs (2012-2014: +4,4 Prozent). Der Zuwachs kommt in etwa zu gleichen Teilen aus dem Krankenkassen- bzw. dem Privatumsatz. Vor allem



Letzteres überrascht, gibt es doch in der öffentlichen Wahrnehmung das Bild, dass der Staat bei den Medikamentenausgaben auf der Bremse steht. Zwischen 2011 und 2013 war dies auch in der Tat der Fall ($\emptyset < 1,0\%$ geg. VJ). Im letzten Jahr (2014) gab es allerdings wieder einen signifikanten Anstieg der Erlöse um $+4,8\%$ geg. VJ, trotz des von den Standesvertretern der Apotheken nur zähneknirschend akzeptierten „Finanzierungsbeitrags neu“, mit dem sich die Apotheken am Versuch beteiligen, die Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems zu bewerkstelligen.

Hinter den Umsatzerlösen von knapp € 2,7 Milliarden im Jahr 2014 stehen insgesamt knapp 16.300 Beschäftigte. Der Anteil der Selbstständigen Apotheker liegt dabei gerade mal bei neun Prozent. 91 Prozent aller in Apotheken tätigen Personen sind unselbstständig Beschäftigte. Im Durchschnitt sind in einer Apotheke elf Personen angestellt. Damit ist der durchschnittliche Personalstand in einer Apotheke beispw. um die Hälfte größer als im Bauhandwerk. Knapp 37% der unselbstständig Beschäftigten sind PKA (Pharmazeutisch-kaufmännische Assistenten), also ausgebildete Apotheken-Lehrlinge, 28% Angestellte Apotheker und rund neun Prozent Lehrlinge. Weitere 26% der in Apotheken angestellten Personen werden dem Sonstigen Personal zugeordnet, wovon ein nicht geringer Anteil gänzlich ohne fachspezifische Ausbildung ebenfalls im Verkauf tätig ist. In der Praxis obliegt daher die Versorgung der Bevölkerung mit Medikamenten primär unselbstständig Beschäftigten und nicht den eigentlichen „Apothekern“, also den Apothekeneignern.

Tab. 5: Öffentliche Apotheken | Beschäftigte

Beschäftigte	2005	2010	2011	2012	2013	2014
Beschäftigte total	13.154	15.005	15.423	16.006	16.012	16.273
Anzahl						
Selbstständ. Apotheker	-	1.376	1.390	1.413	1.423	1.432
Angestellte Apotheker	-	3.899	3.995	4.089	4.166	4.215
PKA	-	4.707	4.982	5.230	5.321	5.445
Lehrlinge	-	1.254	1.241	1.276	1.271	1.270
Sonstige Beschäftigte	-	3.769	3.815	3.998	3.831	3.911
Veränderung p.a.						
	2005/10	2010	2011	2012	2013	2014
Beschäftigte total	-	-	2,8	3,8	0,0	1,6
Angaben in %						
Selbstständ. Apotheker	-	-	1,0	1,7	0,7	0,6
Angestellte Apotheker	-	-	2,5	2,4	1,9	1,2
PKA	-	-	5,8	5,0	1,7	2,3
Lehrlinge	-	-	-1,0	2,8	-0,4	-0,1
Sonstige Beschäftigte	-	-	1,2	4,8	-4,2	2,1

Quelle: Apothekerkammer | KFP



Jetzt ist ein hoher Anteil von Arbeitern und Angestellten im Handel natürlich nicht ungewöhnlich. Und es gäbe deshalb auch keinen Grund, der Beschäftigungsstruktur der Apotheken weitere Aufmerksamkeit zu widmen, wäre da nicht der Umstand, dass Apotheken für sich eine ganze Reihe an Sonderbestimmungen reklamieren, die für den herkömmlichen Einzelhandel nicht gelten. Das beginnt beim Gebietsschutz und endet bei den Öffnungszeiten. Denn im Selbstverständnis der Apotheken sind sie keine Einzelhändler, auch wenn in mehr als neunzig Prozent der Verkaufsfälle lediglich eine vom Arzt verordnete Medikamenten-Packung ausgehändigt wird. Vielmehr sehen sie sich als eigenständige Einheit des Gesundheitssystems. Als „Clearingstelle“ zwischen Arzt und Patient. Doch wer setzt am POS diese „Clearing-Funktion“ um? Der selbstständige Apotheker, der angestellte Apotheker oder ein PKA, Lehrling oder eine angelehrte Verkaufskraft? So sehr sich die Apotheken in vielen Bereichen einen Sonderstatus erwarten und vehement gegen eine völlige Marktliberalisierung wettern, in Personalfragen arbeiten sie wie ganz herkömmliche, gewinnorientierte Unternehmen.

Das zeigt im Übrigen auch die Kostenstruktur. Denn mit einer Netto-Wertschöpfung von acht Prozent des Umsatzes zählt man eher zu den gewinnorientierten Branchen des Landes. Im Lebensmitteleinzelhandel liegt die Umsatzrendite vor Steuern gerade mal bei drei Prozent. Dass in den einschlägigen Berechnungen der Apothekerkammer ein deutlich geringerer Gewinnanteil ausgewiesen wird, liegt am Umstand, dass in die Kalkulation auch eine hypothetische Vergütung des selbstständigen Apothekers sowie ein kalkulatorisches Wagnis angesetzt werden. Auf diese Weise lässt sich freilich jede Erfolgsrechnung nahe an den Nullpunkt fahren.

Tab. 6: Öffentliche Apotheken | Kostenstruktur

Kostenstruktur	2010	2011	2012	2013	2014
Erlöse total	100	100	100	100	100
Angaben in %					
Wareneinsatz	72,3	72,7	72,6	72,6	72,7
Brutto-Wertschöpfung	27,7	27,3	27,4	27,4	27,3
Personalaufwand	13,8	14,0	14,2	14,8	14,3
Sachaufwand inkl. Afa	4,8	4,7	4,9	5,0	5,0
Netto-Wertschöpfung	9,1	8,6	8,2	7,6	8,0

Quelle: Statistik Austria | KFP

Bezogen auf den österreichischen Gesamtmarkt stellt sich die Lage für 2014 daher wie folgt dar: Abzüglich des Wareneinsatzes liegt die Bruttowertschöpfung bei € 992 Millionen. Der Personalaufwand inkl. der tatsächlichen ausbezahlten Apothekergehälter (etwa bei Kapitalgesellschaften) beträgt € 552 Millionen, der Sachaufwand



inkl. Abschreibungen (Afa) liegt bei € 182 Millionen. Als Nettowertschöpfung (hier berechnet inkl. Afa), also der Gewinn (EGT) vor Steuern, bleiben somit kumuliert € 289 Millionen.

Tab. 7: Öffentliche Apotheken | Aufwand & Ertrag

Kostenstruktur	2010	2011	2012	2013	2014
Erlöse total	3.169	3.268	3.376	3.468	3.632
Angaben in Mio. Euro					
Wareneinsatz	2.290	2.376	2.451	2.519	2.640
Brutto-Wertschöpfung	879	892	925	949	992
Personalaufwand	437	459	480	514	521
Sachaufwand inkl. Afa	153	153	167	173	182
Netto-Wertschöpfung	289	280	278	262	289

Quelle: KREUTZER FISCHER & PARTNER Consulting GmbH

Heruntergebrochen auf eine durchschnittliche Apotheke (Unternehmen) ergeben sich daraus für das Jahr 2014 Umsatzerlöse von etwas mehr als € 2,7 Millionen und ein Ergebnis der gewöhnlichen Geschäftstätigkeit von 218.000 Euro. Apotheker zählen damit zweifelsohne nicht zu den Ärmsten im Lande.

Tab. 8: Öffentliche Apotheken | Betriebswirtschaftliche Kennzahlen

Werte in tausend Euro	Durchschnittswerte pro Unternehmen					Ø 2010-2014
	2010	2011	2012	2013	2014	
Erlöse	2.484	2.529	2.591	2.633	2.735	2.594
Werte in tausend Euro						
EGT vor Steuern	226	217	213	199	218	215
Werte in %						
Umsatzrendite	9,1	8,6	8,2	7,6	8,0	8,3

Quelle: KREUTZER FISCHER & PARTNER Consulting GmbH



1	Zusammenfassung der Ergebnisse	5
2	Der Markt für öffentliche Apotheken in Österreich	7
3	Öffentliche Apotheken im Österr. Kundenbarometer	14
4	Ansatz für eine Re-Strukturierung des Apotheken-Marktes	18



3 ÖFFENTLICHE APOTHEKEN IM ÖSTERREICHISCHEN KUNDENBAROMETER

Seit mehr als fünfzehn Jahren erhebt KREUTZER FISCHER & PARTNER im Rahmen des Österreichischen Kundenbarometers u.a. die Kundenzufriedenheit mit den Dienstleistungen des Einzelhandels. Zum Einzelhandel zählen wir auch die Apotheken. Das Österreichische Kundenbarometer ist die umfangreichste Konsumentenbefragung ihrer Art, mit einer Stichprobe von mehr als 3.000 Einzelinterviews. Die Ergebnisse der einzelnen Handelsbranchen sind mit jeweils mehr als 1.000 Interviews abgesichert. Gemessen wird die Kundenzufriedenheit immer anhand einer Bewertung des letzten Einkaufs. Hierfür wird eine fünfteilige, asymmetrische Bewertungsskala (Ordinalskala) verwendet, um im oberen Zufriedenheitsbereich aussagekräftiger differenzieren zu können. So wird die üblicherweise verwendete Ausprägung „sehr zufrieden“ in zwei Antwortkategorien „vollkommen zufrieden“ und „sehr zufrieden“ aufgesplittet. Aus Gründen der besseren Übersicht werden in den folgenden Darstellungen die Fälle der beiden Antwortkategorien jedoch zusammengefasst.

Tab. 9: Globalzufriedenheit 2015 vs. 2012 | Branchenvergleich

Frage: Wie zufrieden waren Sie alles in allem

Globalzufriedenheit 2015 vs. 2012 TTB	%	Graph	▽
Lebensmittelhandel	80		-1
Drogeriemärkte	73		+4
Apotheken	71		-8
Buchhandel	70		+3
Möbelhandel	59		+4
Elektromärkte	54		+5
Baumärkte	52		+2

Quelle: KREUTZER FISCHER FISCHER & PARTNER Consulting GmbH

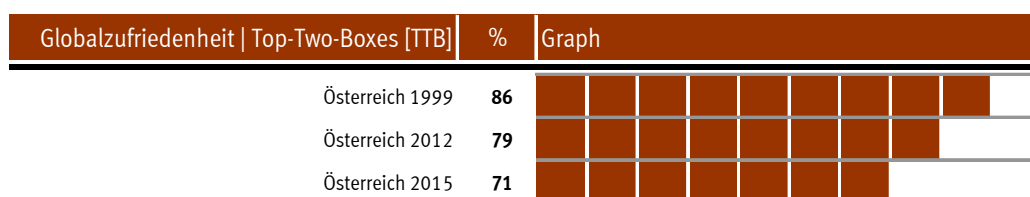
Für Apotheken ist die Lage hinsichtlich der Kundenzufriedenheit alles andere denn zufriedenstellend. Denn während sich in den letzten Jahren die Zufriedenheit der Konsumenten in vielen Branchen verbessert, sinkt die Zufriedenheit mit den Apotheken signifikant. Augenscheinlich wird das bei einem Branchen-Vergleich für die Globalzufriedenheit (Wie zufrieden ist man „alles in allem“?). Als einzige Handels-sparte liegen die Ergebnisse in der Befragung des Jahres 2015 signifikant unter den Werten der Referenzerhebung aus 2012. Nur noch vergleichsweise 71% der Respondenten waren mit dem letzten Einkauf in einer Apotheke „alles in allem“ wirklich



zufrieden. Gegenüber 2012 ist das ein Minus von acht Prozentpunkten. Die wesentlichen Gründe für die steigende Unzufriedenheit sind – aus Sicht der Befragten – zu lange Wartezeiten und zu knappe Öffnungszeiten. Vor allem, dass Apotheken vielerorts am Samstag Nachmittag geschlossen haben, wollen immer weniger Konsumenten akzeptieren. Die Globalzufriedenheit mit Apotheken rutscht damit auch hinter die Bewertung des Lebensmittelhandels und der Drogeriemärkte und liegt nur noch knapp vorm Buchhandel (70%). Vor etwas mehr als 15 Jahren waren Apotheken mit 86% Globalzufriedenheit noch die klaren Leader im Branchenranking. Doch diese Zeiten sind in der Tat lange vorbei. Bereits 2012 verlor man die Pole Position an den Lebensmittelhandel, nun wird man sogar von den Drogeriemärkten überholt. Offenbar behindern die antiquierte Eigenbrötlerlei der Apotheker (bzw. der Standesvertreter) und der gesetzlich blockierte Wettbewerb jene notwendigen Innovationen, die heute notwendig sind, um den Anforderungen des Konsumenten zu entsprechen. Zweifelsohne hat ein Großteil der Apotheker den Sprung ins 21. Jahrhundert noch nicht geschafft. Die Folge ist eine zunehmende Beschleunigung der Kontraktion in Sachen Kundenzufriedenheit. Zwischen 1999 und 2012 sank die Globalzufriedenheit mit Apotheken vergleichsweise moderat um sieben Prozentpunkte. In den darauf folgenden drei Jahren waren es indessen schon acht Prozentpunkte.

Tab. 10: Globalzufriedenheit | Apotheken

Frage: Wie zufrieden waren Sie alles in allem mit Ihrem letzten Einkauf in einer Apotheke? – [vollkommen zufrieden, sehr zufrieden, zufrieden, weniger zufrieden, unzufrieden]



Quelle: KREUTZER FISCHER FISCHER & PARTNER Consulting GmbH

Und obgleich für den Konsumenten/Patienten beim Medikamenteneinkauf die Preiskomponente in den überwiegenden Fällen stark abgemindert wird (es fällt ja lediglich die Rezeptgebühr an), sinkt auch die Zufriedenheit mit dem Preis-/Leistungsverhältnis in den letzten drei Jahren erheblich. Offenbar reicht die Dienstleistung der Apotheker für immer mehr Befragte nicht einmal mehr aus, um diesen vergleichsweise geringen Betrag zu decken. Nur noch 41% der Respondenten sind diesbezüglich wirklich zufrieden. Möglicherweise machen aber auch mehr und mehr Menschen verstärkt die Apotheken für die hohen Gesundheitsausgaben verantwort-



lich, nicht zuletzt auch deshalb, weil sich die Diskussion der letzten Jahre stark um die Medikamentenkosten drehte.

Tab. 11: Preis-/Leistungsverhältnis | Apotheken

Frage: Wie zufrieden waren Sie mit dem Preis-/Leistungsverhältnis? [s.o.]

Preis-/Leistungsverhältnis Top-Two-Boxes	%	Graph
Österreich 1999	49	
Österreich 2012	46	
Österreich 2015	41	

Quelle: KREUTZER FISCHER FISCHER & PARTNER Consulting GmbH

In jedem Fall sind Apotheken nur noch für 11% der Befragten „in jedem Fall“ ein Vorbild hinsichtlich einer hohen Kundenorientierung. In Anbetracht der von den Standesvertretern der Apotheken immer wieder ins Treffen geführten hohen Servicequalität doch ein ernüchternder Wert. Und zumindest für die Autoren dieser Studie Anlass genug, um die Determinanten des Wettbewerbs, die Spielregeln am Markt, grundlegend zu hinterfragen. Denn im Zentrum jeder erbrachten Dienstleistung sollte primär die Zufriedenheit des Kunden stehen. Vor allem dann, wenn es sich um eine zu wesentlichen Teilen gebühren- und oder aus Steuermitteln finanzierte Dienstleistung handelt. Wobei letzteres im gegenständlichen Fall und in Anbetracht der zuvor skizzierten Kostenstruktur auch die Frage nach möglichen Einsparungspotentialen aufwirft. Dass man hierfür mit stupidem Costcutting das Auslangen findet, kann aufgrund der Erfahrungen der letzten zwanzig Jahre bezweifelt werden. Aus unserer Sicht sind weitaus tiefgreifendere Reformen anzudenken. Der nachfolgende Ansatz ist ein Versuch hierfür.

Tab. 12: Vorbildfunktion | Apotheken

Frage: Was meinen Sie, ist die zuletzt besuchte Apotheke hinsichtlich der Kundenorientierung ein Vorbild für andere Apotheken oder Einzelhandelsgeschäfte? – [in jedem Fall, im Großen und Ganzen, eher weniger, auf gar keinen Fall]

Vorbildfunktion Top-Box	%	Graph
Österreich 1999	n.n.	
Österreich 2012	15	
Österreich 2015	11	

Quelle: KREUTZER FISCHER FISCHER & PARTNER Consulting GmbH



1	Zusammenfassung der Ergebnisse	5
2	Der Markt für öffentliche Apotheken in Österreich	7
3	Öffentliche Apotheken im Österr. Kundenbarometer	14
4	Ansatz für eine Re-Strukturierung des Apotheken-Marktes	18



4 ANSATZ FÜR EINE RE-STRUKTURIERUNG DES APOTHEKEN-MARKTES IN ÖSTERREICH

Das österreichische Gesundheitssystem benötigte im Jahr 2014 insgesamt mehr als 33 Milliarden Euro. Rund 25 Milliarden Euro wurden von den Sozialversicherungen aufgebracht, knapp acht Milliarden kamen aus dem Geldbörstel der Privaten Haushalte. Seit dem Jahr 2000 sind die Gesundheitsausgaben um mehr als 50 Prozent gestiegen. Über Einsparungspotentiale wird deshalb seit Jahren diskutiert, manches wurde auch umgesetzt. Nichtsdestotrotz besteht weiterhin Handlungsbedarf. Weitgehend ungeschoren kommen bisher die öffentlichen Apotheken davon. Denn obgleich durch mehrere von staatlicher Seite initiierte Maßnahmen in den letzten zwanzig Jahren insgesamt rund € 1,8 Milliarden zur Stützung des Gesundheitssystems abgeführt wurden, entspricht dieser Betrag nicht einmal 0,3 Prozent der kumulierten Gesundheitsausgaben.

Tab. 13: Beitrag der Öffentlichen Apotheken zur Finanzierung der Krankenkassen

Jahr	Maßnahme	Beitrag p.a.
1995	Kürzung der Apothekenspanne	29,1 Millionen Euro
1997	Kürzung der Apothekenspanne	36,3 Millionen Euro
2000	Solidaritätsmodus 2000 - 2003	26,3 Millionen Euro
2004	Kürzung der Apothekenspanne	49,0 Millionen Euro
2008	Finanzierungsbeitrag	7,1 Millionen Euro
2012	Finanzierungsbeitrag "neu"	5,5 Millionen Euro

Quelle: Apothekerkammer

Insofern ist es naheliegend, den Bereich der öffentlichen Apotheken auf Einsparungspotentiale hin zu untersuchen. Wie bereits ausgeführt, reicht es unseres Erachtens hierfür nicht, die bestehenden Kostenstrukturen zu durchforsten. Dieser Weg führte bereits in der Vergangenheit zu den o.a. relativ geringen Finanzierungsbeiträgen. Vielmehr sollte der Versuch unternommen werden, mittels Re-Strukturierung des gesamten Apotheken-Marktes, also unter Miteinbeziehung der Hausapotheken der niedergelassenen Ärzte, einen jährlich namhaften Betrag freizuschöpfeln.

Ein solcher Ansatz bedingt allerdings, die Wertschöpfungskette „Gesundheit“ zuerst zu zerlegen und danach in Hinblick auf günstigere Kosten und – wenn möglich – höherer Convenience für die Patienten neu zusammensetzen. Ein solches Vorgehen ist nicht neu, sondern wird seit Jahrzehnten im Rahmen von Re-Strukturierungs-



projekten auf betrieblicher Ebene erfolgreich angewandt. Die theoretischen Grundlagen hierfür lieferte u.a. der amerikanische Ökonom Michael E. Porter in seinen Ausführungen zur „Value Chain“.

Traditionell verstehen sich Apotheken als eigenständige Einheit des Gesundheitssystems, mit klarer Schnittstelle zum ärztlichen Bereich. Zuletzt wurde das besonders deutlich im neuen Konzept für die Primärversorgungszentren. In diese sind zwar Sozialarbeiter und Krankenpfleger integriert, aber keine öffentlichen Apotheken. Dabei brächten speziell „Arzt-Apotheken“ für die Patienten enorme Vorteile, müssten diese doch für die Beschaffung der vom Arzt verschriebenen Medikamente keinen extra Weg auf sich nehmen. Doch offenbar waren die Standesdünkel von Seiten der Apotheker wirkungsmächtiger, oder aber man hat es im Gesundheitssystem verlernt, quer zu denken. Wie auch immer, dieser Anspruch auf „Exklusivität“ ist sowieso in zunehmendem Maße nur noch historisch zu begründen, aus einer Zeit, wo die einzelne Apotheke die Herstellung der vom Arzt verschriebenen „Medizin“ durchführte. Seit dem zwanzigsten Jahrhundert wird diese Funktion im überwiegenden Ausmaß von der Pharmaindustrie übernommen. Apotheken fungieren nur noch als deren (unabhängige) Distributionsstellen. Der Anteil von vor Ort hergestellten Tinkturen und Salben liegt bei unter fünf Prozent der gesamten Medikationsausgaben.

Einer Neu-Gruppierung der Wertschöpfungssegmente stehen daher rein fachlich keine Hindernisse entgegen. Im gegenständlichen Modellansatz werden Apotheken nicht mehr als eigenständige Einheit des Gesundheitssystems verstanden, sondern prinzipiell als integriertes Wertschöpfungssegment der ärztlichen Dienstleistung. Und zwar aus gutem Grund. Zum einen sind Medikamente für Ärzte das Heilmittel erster Wahl. In der Regel bestimmen sie das Präparat und das Ausmaß der Medikation. Zum anderen sichern – wie bereits erwähnt – schon heute rund 870 ärztliche Hausapotheken die Versorgung der Patienten mit Medikamenten, vor allem im ländlichen Raum. Ein Ausbau dieser Vertriebschiene wäre daher aus versorgungstechnischer Sicht durchaus sinnvoll, zumal es für die Patienten das bedeutende Plus mit sich bringt, für die Entgegennahme der Medikamente keine zusätzliche Distanz zurücklegen zu müssen. Allerdings führen ärztliche Hausapotheken nur einen Teil des lagernden Arzneimittelangebots einer öffentlichen Apotheke. Selbst bei einer Ausweitung des Sortiments in Arztapotheken ist es aus heutiger Sicht unrealistisch, dass jede Arztapotheke jene rund 6.000 unterschiedlichen Medikamente führt, die eine durchschnittliche Apotheke auf Lager hat. Um auch eine flächendeckende Versorgung mit eher weniger häufig nachgefragten Arzneimitteln sicherzustellen, muss



das Prinzip der integrierten Wertschöpfungskette aufgebrochen und neben den ärztlichen Hausapotheken auch öffentliche „Schwerpunkt-Apotheken“ mit Vollsortiment betrieben werden.

Hinsichtlich der notwendigen Quantifizierung und der geografischen Verteilung der öffentlichen „Schwerpunkt-Apotheken“ kann zum jetzigen Zeitpunkt noch keine Bewertung abgegeben werden. In Endeffekt wird dies wohl auch der freie Markt bestimmen. Die nachfolgende Berechnung des Einsparungspotentials ist daher lediglich als Modellansatz zu verstehen. In einem gemäßigten Ansatz gehen wir davon aus, dass rund die Hälfte des Geschäftsvolumens der derzeitigen öffentlichen Apotheken in den Wirkungsbereich der niedergelassenen Ärzte zurückgeführt werden kann. Die Ausdünnung des Angebots an öffentlichen Apotheken konzentriert sich dabei auf die urbanen Zentren, wo vielerorts schon heute eine vergleichsweise hohe Apothekendichte anzufinden ist.

Tab. 14: Modellprämissen | Berechnung des Einsparungspotentials

Maßnahme	Prämissen zur Berechnung des Einsparungspotentials
1	Halbierung der Umsatzrendite (EGT/Umsatz x 100)
2	Bewertung potentieller Synergieeffekte

Quelle: KREUTZER FISCHER & PARTNER Consulting GmbH

Der Berechnung des Einsparungspotentials liegen des Weiteren zwei Prämissen zu Grunde:

1. Eine Sozialisierung eines Teils der Apotheker-Rendite, da der niedergelassene Arzt infolge seines Kerngeschäfts nicht die volle Apothekerspanne benötigt. Als vertretbar erachten wir eine Reduktion der Gewinnmarge (=Netto-Wertschöpfung) um die Hälfte.
2. Die Abschöpfung von Synergieeffekten im Personal- und Sachaufwand. Realistischerweise ist davon auszugehen, dass nicht der gesamte Personalstand der re-integrierten öffentlichen Apotheken übernommen wird, da zumindest ein Teil der Tätigkeiten von den schon heute in Arztpraxen angestellten Beschäftigten erledigt werden kann. Dasselbe gilt für den Sachaufwand, wo ebenfalls ein Teil der bestehenden Infrastruktur und zugekauften Dienstleistung (EDV/IT, Beratungsleistungen etc.) angerechnet werden kann.

Die Berechnung der jährlich anfallenden Sozialisierungsgewinne ist eine einfache Übung. Geht man von 700 (also 53 Prozent aller öffentlichen Apotheken) in den Wirkungsbereich der niedergelassenen Ärzte re-integrierten Apotheken aus und setzt



hierfür die Hälfte der im Jahr 2014 erwirtschafteten durchschnittlichen Netto-Wertschöpfung einer Apotheke von € 218.000 an, ergibt dies folgende Rechnung: $700 \times € 109.000 = € 76,3$ Millionen. Alleine schon diese jährlich anfallende Einsparung ist circa sechsmal höher als der aktuelle jährliche Finanzierungsbeitrag der Apotheken aus den beiden Krankenkassen-Paketen 2008 und 2012.

Etwas komplexer sind die Berechnungen zu den Synergieeffekten. Auch hier wählen wir einen eher gemäßigten Ansatz. Derzeit beschäftigt eine durchschnittliche Apotheke rund elf Mitarbeiter (selbstständige Apotheker werden nicht berücksichtigt), konkret 3,2 unselbstständige Apotheker, vier PKA, einen Lehrling und 2,9 sonstiges Personal. Im Schnitt betragen die Personalkosten 392.000 Euro. Erfahrungsgemäß lässt sich der Personalstand bei vergleichbaren Transfermodellen um gut dreißig Prozent reduzieren. Wir gehen von einer Reduktion der durchschnittlichen Mitarbeiteranzahl von knapp 28 Prozent aus. Acht Mitarbeiter werden von der ärztlichen Hausapotheke übernommen: durchschnittlich 2,5 selbstständige Apotheker, 3 PKA, ein Lehrling und 1,5 sonstiges Personal. Damit reduziert sich aber auch der Personalaufwand um 26 Prozent auf 290.000 Euro. Bei 700 Apotheken summiert sich das auf € 71,4 Millionen. Und auch diese Einsparung kann, beispielsweise über eine niedrigere Apothekenspanne, das Gesundheitssystem respektive die Beitragszahler entlasten.

Tab. 15: Synergieeffekte | Personalaufwand

Durchschnittswerte pro Apotheke	Derzeit		Modellansatz	
	Beschäftigte	Personalaufwand	Beschäftigte	Personalaufwand
Total	11,1	392	8,0	290
Anzahl der unselbstständig Beschäftigten Personalaufwand in tausend Euro				
Unselbst. Apotheker	3,2	162	2,5	128
PKA	4,0	141	3,0	105
Lehrlinge	1,0	19	1,0	20
Sonstiges Personal	2,9	70	1,5	37

Einsparung Personalkosten pro Apotheke 102.000 Euro

Synergieeffekte bei 700 Apotheken p.a. € 71,4 Millionen

Quelle: KREUTZER FISCHER & PARTNER Consulting GmbH

Ebenso kann beim Sachaufwand mit reduzierten Kosten gerechnet werden. Bei einer durchschnittlichen Apotheke beträgt dieser aktuell 137.000 Euro. Davon entfallen 53 Prozent auf Raumkosten, 16% auf Beratungsleistungen (Steuerberater, Lohnverrechnung etc.), zwölf Prozent auf EDV/IT, acht Prozent auf den KFZ-Aufwand (im We-



sentlichen handelt es sich dabei um den Firmenwagen des selbstständigen Apothekers) und weitere elf Prozent auf Sonstigen Aufwand. In Tabelle 16 wird für jede einzelne dieser Positionen das Einsparungspotential in Prozent angegeben. Es reicht von bis zu 100% bei den KFZ-Kosten – da davon auszugehen ist, dass der niedergelassene Arzt seinen PKW bereits steuerlich geltend macht – bis 20% bei EDV/IT. Im Durchschnitt lässt sich der Sachaufwand um rund ein Drittel reduzieren. Pro re-integrierter Apotheke fallen demnach rund € 55.000 Einsparungspotential an. Bei 700 Apotheken ergibt das ein jährliches Einsparungspotential von € 38,2 Millionen.

Tab. 16: Synergieeffekte | Sachaufwand

Durchschnittswerte pro Apotheke	Derzeit		Modellansatz	
	Aufwand	Einsparpotential	Aufwand	Differenz
Total	137,0	32%	82,4	-54,6
Anzahl der unselbstständig Beschäftigten Personalaufwand in tausend Euro				
Raumkosten	72,6	30%	50,8	-21,8
Beratungsleistungen	21,9	50%	11,0	-10,9
EDV IT	16,4	20%	13,1	-3,3
KFZ	11,0	100%	0,0	-11
Sonstiger Aufwand	15,1	50%	7,5	-7,6

Einsparung Sachaufwand pro Apotheke	54.600 Euro
Synergieeffekte bei 700 Apotheken p.a.	€ 38,2 Millionen

Quelle: KREUTZER FISCHER & PARTNER Consulting GmbH

Insgesamt entlastet der von uns berechnete Modellansatz das Gesundheitssystem daher um jährlich nahezu € 186 Millionen. Ein Betrag, der dazu genutzt werden kann, die Krankenkassenbeiträge zu senken oder die medizinische Versorgung zu verbessern.

Tab. 17: Synergieeffekte | Total

Maßnahme	Prämissen zur Berechnung des Einsparungspotentials	Euro Mio.
1	Halbierung der Umsatzrendite (EGT/Umsatz x 100)	76,3
2a	Synergieeffekte Personalaufwand	71,4
2b	Synergieeffekte Sachaufwand	38,2
Σ	jährliches Einsparungspotential total	185,9

Quelle: KREUTZER FISCHER & PARTNER Consulting GmbH

In jedem Fall würden bei einer Rückwärtsintegration von etwa der Hälfte der öffentlichen Apotheken in die ärztliche Wertschöpfung nicht nur erhebliche Mittel freigesetzt, sondern auch die Versorgungsdichte und die Beschaffungs-Convenience er-



hört, zumal davon auszugehen ist, dass bei einer skizzierten Liberalisierung des Apotheken-Marktes in Summe weitaus mehr Arztapotheken entstehen, als öffentliche Apotheken reduziert werden.

Um auch zwischen den öffentlichen Apotheken den Wettbewerb anzukurbeln, erachten wir darüber hinaus noch weitere Liberalisierungsschritte als sinnvoll. Abgesehen von der Abschaffung der Bedarfsprüfung, die Voraussetzung für die ausgeführte Rückwärtsintegration ist, könnte eine Öffnung des Marktes für offizielle Apotheken-Ketten die gewünschten Effekte erzielen. Als Folge könnten auch die Spannen in den „Schwerpunkt-Apotheken“ sinken und so weitere Einsparungspotentiale gehoben werden. Auch hinsichtlich der Öffnungszeiten sehen wir im Kontext einer zweifels-ohne notwendigerweise wieder zu steigenden Kundenzufriedenheit Handlungsbedarf. Aus unserer Sicht gibt es kein Argument gegen eine Anpassung der Ladenöffnungszeiten von Apotheken an jene des organisierten Einzelhandels, bspw. wochentags bis 20:00 Uhr und Samstag bis 18:00 Uhr. Ebenso könnte man die 24/7-Versorgung patientenfreundlicher organisieren. Statt dem bestehenden rollierenden System, das den Patienten im Kreis herumschickt, könnten fixe „Nachtapotheken“ eingerichtet werden. Dass sich die öffentlichen Apotheken gegen eine Änderung des derzeitigen Systems stemmen, hat einen guten Grund. Denn in diesem Fall würde man um die einschlägigen Zuschläge umfallen, obgleich dieses Service doch als Teil einer Art Universaldienst-Auftrages zu verstehen ist, der durch die Vorteile des geschützten und preisregulierten Marktes eigentlich abgegolten sein sollte.

Darüber hinaus könnte der Verkauf von rezeptfreien Medikamenten (OTC) auch für den Drogeriehandel freigegeben werden. Denn es widerspricht jeglicher Logik, dass etwa Vitamin C-Produkte in den USA in Selbstbedienung erhältlich sind, während bei uns der Verkauf den Apotheken vorbehalten ist, wo einschlägige Produkte in den überwiegenden Fällen ohne Beratung und Abklärung von möglichen Nebenwirkungen über den Ladentisch gehen. Kurzum, um die berechneten Einsparungspotentiale möglicherweise noch mehr zu heben, müssten die ordnungspolitischen Rahmenbedingungen für den Betrieb einer Apotheke grundlegend geändert werden. Im Fokus sollte dabei in jedem Fall die Convenience für den Patienten stehen und nicht die finanzielle Absicherung der weniger als 1.500 Apotheker.





KREUTZER FISCHER & PARTNER Consulting GmbH
1070 Wien, Wimbergergasse 14-16
FN 128712h Wien
Tel.: +43 1 470 65 10-0, Fax: DW 15
office@kfp.at, www.kfp.at