

**WIFO**

A-1103 WIEN, POSTFACH 91  
TEL. 798 26 01 • FAX 798 93 86

 **ÖSTERREICHISCHES INSTITUT FÜR  
WIRTSCHAFTSFORSCHUNG**

**Das Besoldungssystem der  
Pharmazeutischen Gehaltskasse  
und Wirkungsmechanismen**

Gudrun Biffi

Wissenschaftliche Assistenz: David Feiler, Andreas Steinmayr

Oktober 2008

# Das Besoldungssystem der Pharmazeutischen Gehaltskasse und Wirkungsmechanismen

Gudrun Biffel

Oktober 2008

Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung

Im Auftrag der Pharmazeutischen Gehaltskasse für Österreich

Begutachtung: Ewald Walterskirchen • Wissenschaftliche Assistenz: David Feiler, Andreas Steinmayr

## Inhalt

Die Pharmazeutische Gehaltskasse übernimmt für die Apotheken die Gehaltsabrechnung für die Beschäftigten. Über ein Umlagesystem wird sichergestellt, dass die Angestellten ein nach Dienstaussmaß und Dienstalter differenziertes Gehalt erhalten, während der Dienstgeber einen einheitlichen Stundenlohn pro Person einzahlt. Dieses System eröffnet die Möglichkeit einer sehr flexiblen Arbeitszeitgestaltung im Lebenszyklus, etwa lassen sich Beruf und Familie vereinbaren, ohne die Karrierechancen zu beeinträchtigen. Die Folge sind ein überdurchschnittlich hoher Anteil von teilzeitbeschäftigten Frauen und Männern sowie gute Weiterbeschäftigungschancen älterer Arbeitskräfte.

Die demographische Alterung in Kombination mit Deregulierung und Liberalisierung des Apothekenmarktes erhöhen den Kostendruck auf die Apotheken. Dies wird eine Anpassung des Systems der Gehaltskasse, insbesondere des Gehaltsschemas zur Folge haben.

Rückfragen: [Gudrun.Biffel@wifo.ac.at](mailto:Gudrun.Biffel@wifo.ac.at)

2008/317-1/S/WIFO-Projektnummer: 5006

© 2008 Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung

Medieninhaber (Verleger), Herausgeber und Hersteller: Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung,  
Wien 3, Arsenal, Objekt 20 • Postanschrift: A-1103 Wien, Postfach 91 • Tel. (+43 1) 798 26 01-0 • Fax (+43 1) 798 93 86 • <http://www.wifo.ac.at/> •  
Verlags- und Herstellungsort: Wien

Verkaufspreis: 30,00 € • Kostenloser Download: [http://www.wifo.ac.at/wwwa/jsp/index.jsp?fid=23923&id=33961&typeid=8&display\\_mode=2](http://www.wifo.ac.at/wwwa/jsp/index.jsp?fid=23923&id=33961&typeid=8&display_mode=2)

# Das Besoldungssystem der Pharmazeutischen Gehaltskasse und Wirkungsmechanismen

Gudrun Biffi

## Inhaltsverzeichnis

<b>1.</b>	<b>Einleitung und Hintergrund</b>	<b>1</b>
<b>2.</b>	<b>Der pharmazeutische Arbeitsmarkt vor dem Hintergrund des österreichischen Arbeitsmarktes</b>	<b>4</b>
2.1	<i>Beschäftigte in Apotheken</i>	7
2.2	<i>Zunahme der Teilzeitbeschäftigung hauptverantwortlich für hohe Beschäftigungsdynamik</i>	10
2.3	<i>Höheres Durchschnittsalter der Apotheker und Apothekerinnen relativ zu anderen Akademikern und Akademikerinnen</i>	17
2.4	<i>Apotheker werden häufiger selbständig als Apothekerinnen</i>	19
2.5	<i>Starke berufliche Konzentration der Pharmazeuten auf Apotheken</i>	21
2.6	<i>Geringe Arbeitslosigkeit der Apotheker und Apothekerinnen infolge hoher Effizienz der Vermittlung seitens der Gehaltskasse</i>	23
2.7	<i>Gründe für den Anstieg der Arbeitslosenquote der Apotheker und Apothekerinnen</i>	29
<b>3.</b>	<b>Der Arbeitsmarkt der Apotheker und Apothekerinnen und die Rolle der Gehaltskasse</b>	<b>31</b>
3.1	<i>Historischer Hintergrund und Gesetzesauftrag</i>	31
3.2	<i>Das Besoldungssystem der Pharmazeutischen Gehaltskasse im Überblick</i>	32
3.2.1	<i>Beschäftigungsformen in Apotheken</i>	32
3.2.2	<i>Das Prinzip der Senioritätsentlohnung wird durch Elemente der Leistungsentlohnung in Kombination mit dem Umlagesystem verstärkt</i>	33
3.2.3	<i>Zusätzliche Leistungen des Arbeitgebers und der Gehaltskasse</i>	36
<b>4.</b>	<b>Das österreichische Apothekenwesen</b>	<b>37</b>
4.1	<i>Typen von Apotheken und ihre Entwicklung</i>	37
4.2	<i>Umsätze der Apotheken</i>	39
4.3	<i>Das österreichische Apothekenwesen im internationalen Vergleich</i>	42

<b>5. Implikationen des endogenen und exogenen Wandels für das System der Pharmazeutischen Gehaltskasse</b>	<b>45</b>
5.1 <i>Alterung der Erwerbsbevölkerung übt Kostendruck auf Apotheken aus</i>	46
5.2 <i>Deregulierung als Herausforderung für die Beibehaltung des derzeitigen Gehaltsschemas</i>	48
<b>6. Die Übertragbarkeit des Umlagesystems</b>	<b>51</b>
<b>Literaturhinweise</b>	<b>53</b>

## Verzeichnis der Übersichten und Abbildungen

Übersicht 1: Erwerbspersonen nach Fachrichtungen und Wirtschaftsbereichen (in %)	21
Übersicht 2: Kollektivvertragliche Bezüge von pharmazeutischen Fachkräften 2006	36
Übersicht 3: Ländervergleich der durchschnittlichen Spannen und Aufschläge für Arzneimittel in Großhandel und Apotheken sowie Umsatzsteuern: 1996	45
Abbildung 1: Arzneimittelausgaben in % der Gesamtgesundheitsausgaben	2
Abbildung 2: Arzneimittelausgaben pro Kopf in US-\$ Kaufkraftparitäten	3
Abbildung 3: Arzneimittelausgaben in % des BIP	3
Abbildung 4: Entwicklung der Erwerbstätigkeit Österreichs im internationalen Vergleich: 1960-2006	4
Abbildung 5: Entwicklung der Erwerbstätigen nach Bildungsgrad (MZ)	6
Abbildung 6: Erwerbspersonen mit Hochschulabschluss und Anteil der Apotheker und Apothekerinnen nach Geschlecht	7
Abbildung 7: Apotheker und Apothekerinnen, Pharmazeutisch-kaufmännische Assistenten und Assistentinnen sowie sonstige Beschäftigte 2000 und 2005	8
Abbildung 8: Struktur der Beschäftigten in Apotheken nach Qualifikation in den Bundesländern in %: 2005	8
Abbildung 9: Teilzeitbeschäftigte in Prozent der Beschäftigung – Männer	10
Abbildung 10: Teilzeitbeschäftigte in Prozent der Beschäftigung – Frauen	11
Abbildung 11: Anteil der Teilzeitbeschäftigten an der Gesamtbeschäftigung im Haupterwerbssalter (25-49): 2006	12
Abbildung 12: Unselbständig Beschäftigte nach wöchentlicher Arbeitszeit: 2006	13
Abbildung 13: Entwicklung der Voll- und Teildienste der von der Gehaltskasse besoldeten Apotheker und Apothekerinnen (1995-2006)	14
Abbildung 14: Zahl der Erwerbstätigen (EWT) nach Alter und Geschlecht und Anteil der Teilzeitbeschäftigten an den EWT	14
Abbildung 15: Teilzeitquoten der in Wien lebenden unselbständig beschäftigten Apotheker und Apothekerinnen (2001)	15

Abbildung 16: Anteil der Teilzeitbeschäftigten an Erwerbspersonen nach Ausbildung und Geschlecht 1991, 2001	16
Abbildung 17: Apotheker und Apothekerinnen nach Altersgruppen und Geschlecht, Volkszählung 1991 und 2001	17
Abbildung 18: Altersstruktur der Apotheker und Apothekerinnen sowie Erwerbspersonen mit Hochschulabschluss nach Geschlecht 2001	18
Abbildung 19: Mitglieder der Gehaltskasse: Selbstständige und Angestellte (Männer und Frauen) nach Alter	19
Abbildung 20: Männliche Mitglieder der Gehaltskasse nach Alter und Stellung (2006)	20
Abbildung 21: Weibliche Mitglieder der Gehaltskasse nach Alter und Stellung (2006)	20
Abbildung 22: Aspiranten- und Aspirantinnen- sowie Absolventen- und Absolventinnenzahlen 1990-2005	22
Abbildung 23: Arbeitslosenquoten der Akademiker und Akademikerinnen sowie Apotheker und Apothekerinnen: 1975-1998	24
Abbildung 24: Stellenlose Apotheker und Apothekerinnen und offene Stellen nach Bundesländern 2000-2006	26
Abbildung 25: Stellenlosenquote und Regionaler Mismatch unter Apothekern und Apothekerinnen ( $\text{var}(u_i/u)$ )	26
Abbildung 26: Gesamtwirtschaftliche Beveridge Kurve und Beveridge Kurve für Apotheker und Apothekerinnen	28
Abbildung 27: Studierende und Absolventen und Absolventinnen der Pharmazie	30
Abbildung 28: Belegte Studien von ordentlichen Hörern	30
Abbildung 29: Steigerungsrate des Gehalts von vertretungsberechtigten Apothekern und Apothekerinnen im Vergleich zur vorherigen Gehaltsstufe in %	34
Abbildung 30: Apotheker, Apothekerinnen und Gehalt nach Gehaltsstufen, sowie Umlage	34
Abbildung 31: Effekt der Leistungsentlohnung (Zulagen) auf das Einkommen in einem senioritätsbasierten Umlagesystem	35
Abbildung 32: Entwicklung der Zahl der Apotheken nach Bundesländern (1960 bis 2006)	38
Abbildung 33: Verteilung der Apotheken nach Typen und Bundesländern (Stand 1. Jänner 2007)	39
Abbildung 34: Umsatzteile der Medianapotheke 2000-2004	40
Abbildung 35: Größenstruktur der Apotheken 1981, 1991 und 2001	41

Abbildung 36: Entwicklung der Ausgaben für rezeptpflichtige Arzneimittel in öffentlichen Apotheken und deren jährliche Steigerungsrate	42
Abbildung 37: Regulationsdichte der Freien Berufe im EU-Vergleich	43
Abbildung 38: Regulationsdichte der Apotheken im EU-Vergleich	44
Abbildung 39: Anzahl besoldeter Apotheker und Apothekerinnen nach Gehaltsstufen 1995-2006	46
Abbildung 40: Prognose der Entwicklung der Gehaltsstufenstruktur besoldeter Apotheker und Apothekerinnen: 2006-2020	47

## 1. Einleitung und Hintergrund\*

Aus Anlass des hundertjährigen Bestehens der Pharmazeutischen Gehaltskasse (PGK) im Jahr 2008 wird in der vorliegenden Studie der Frage nach der Rolle der PGK in der Entwicklung des Arbeitsmarktes der Apotheker und Apothekerinnen nachgegangen. Dabei wird vor allem auf zwei Fragenkomplexe eingegangen:

- welche Auswirkungen das Besoldungssystem der Pharmazeutischen Gehaltskasse auf die Beschäftigungschancen älterer Apotheker und Apothekerinnen im Vergleich zu anderen akademischen Berufen und Branchen hat,
- welche anderen Berufe und Branchen von einem ähnlichen System profitieren könnten und welche Voraussetzungen für die Umsetzung gegeben sein müssten.

Die Analyse des pharmazeutischen Arbeitsmarktes ist eingebettet in den größeren Rahmen des österreichischen Arbeitsmarktes. Auf die Besonderheiten dieses Marktes punkto Regelmechanismen wird eingegangen, da sie zum Teil auch erklären, warum dieser wichtige Teilarbeitsmarkt andere Organisationsstrukturen entwickelt hat, unter anderem die Gehaltskasse. In dem Zusammenhang wird auf die Entwicklung der Zahl der Beschäftigten nach Alter und Geschlecht sowie Ausbildungsgrad (Akademiker und Akademikerinnen, mittlere Qualifikation, Hilfs- und Anlernkräfte) über die Zeit im Vergleich mit anderen Branchen eingegangen.

Mit Hilfe der Daten aus der Gehaltskasse (Beschäftigung, Arbeitslose, offene Stellen) kann das System des internen Arbeitsmarktes genauer beleuchtet werden. Dabei wird der Frage des Übergangs aus dem Universitätssystem ins Erwerbsleben nachgegangen; von besonderem Interesse ist, in welchem Maße das System der Apotheken in sich geschlossen ist bzw. einen größeren Gestaltungsspielraum von Angebot und Nachfrage hat als andere Branchen und Berufe. Des Weiteren wird untersucht, ob das System der PGK einer höheren Beschäftigungsstabilität älterer akademischer Fachkräfte in den Apotheken förderlich ist. In dem Zusammenhang wird auf die Herausforderung der Alterung der Arbeitskräfte für die nachhaltige Finanzierbarkeit des derzeitigen Systems eingegangen.

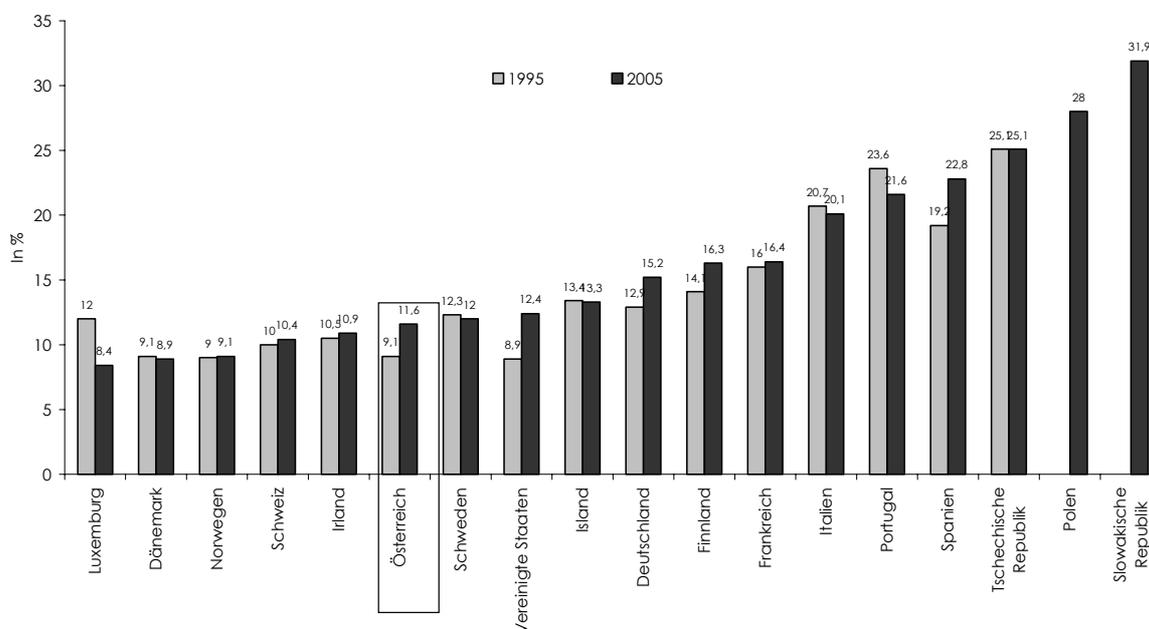
Um die Fragen beantworten zu können, wird auf die Angebotseite ebenso wie die Nachfrageseite im Pharmabereich eingegangen. Nachfrageseitig wird vor allem untersucht, welche Rolle die besondere Regelungsart und -dichte der pharmazeutischen Dienste in Österreich im Vergleich zu anderen EU-Mitgliedstaaten hat, insbesondere in ihrer Wirkungsweise auf die Beschäftigung. Die Entwicklung der Rahmenbedingungen von Apotheken, insbesondere bezüglich des Wettbewerbs bei der Abgabe von Arzneimitteln, wird bestimmend dafür sein, ob das Modell der Gehaltskasse für weitere 100 Jahre ein Erfolgsrezept sein kann.

---

\* Ich danke David Feiler und Andreas Steinmayr für die Aufbereitung der Daten und die kompetente wissenschaftliche Assistenz.

Unabhängig von dem konkreten Anlass, dem Jubiläum der PGK, gilt der Frage der Organisation des Arzneimittelsektors als Element des Gesundheitssystems besonderes Augenmerk. Er nimmt die dritte Stelle in den Ausgaben des Gesundheitssektors ein, hinter Anstaltspflege und ärztlicher Betreuung. Österreich liegt was die Arzneimittelausgaben an den Gesundheitsausgaben anbelangt etwa im Schnitt der OECD Länder mit rund 12% (2005), ebenso wie bei den Arzneimittelausgaben pro Kopf mit kaufkraftbereinigten 409 US\$ (OECD, 2007). Die Ausgaben für pharmazeutische Produkte liegen in Summe leicht unter dem Schnitt der OECD mit 1,2% des BIP (OECD 1,5% des BIP). Die Kostendynamik ist in Österreich allerdings besonders ausgeprägt – in der letzten Dekade sind die Ausgaben für Pharmaprodukte um jährlich durchschnittlich 4,9% gewachsen, und damit etwa doppelt so rasch wie die gesamten Gesundheitsausgaben. Damit trägt der Arzneimittelkonsum nicht unwesentlich zum kontinuierlichen Anstieg der Gesundheitsausgaben bei.

Abbildung 1: Arzneimittelausgaben in % der Gesamtgesundheitsausgaben

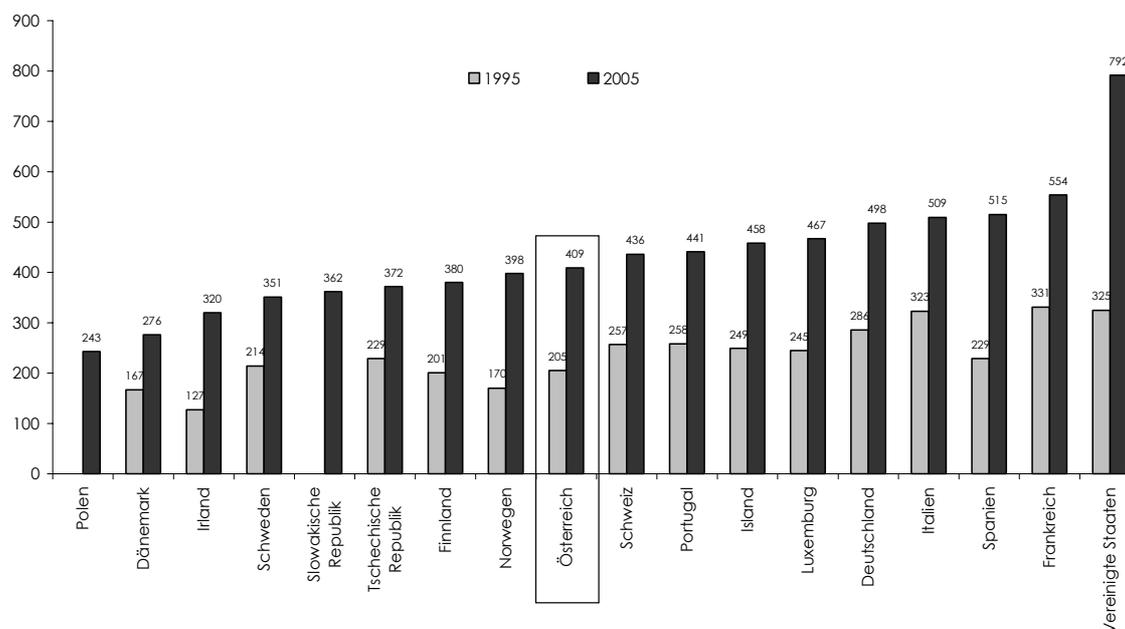


Q: OECD.

Für das Ausmaß und den Anstieg der Ausgaben für Arzneimittel ist abgesehen von der Preisentwicklung und den Ausgaben für Forschung und Entwicklung eine Kombination von Faktoren verantwortlich – ein hoch entwickeltes Gesundheitssystem, eine günstige Wirtschaftslage und eine hohe Wertschöpfung je Einwohner, d. h. eine relativ einkommensstarke Bevölkerung, weiters die Alterung der Bevölkerung sowie eine relativ hohe Regulierungsdichte. Letztere ist darin begründet, dass es sich bei Arzneimitteln um Waren besonderer Art handelt, die einen besonders sorgfältigen Umgang und eine Einschränkung des Wettbewerbs rechtfertigen. Die Alterung hat eine zweifach Wirkungsweise auf die Kostenstruktur: einerseits nimmt der Bedarf an ärztlicher Betreuung und Pflege ab einem gewissen höheren Alter merklich zu, andererseits steigen angesichts der Senioritätentlohnung im gehobenen Gesundheits- und Pflegebereich sowie in den Apotheken die Arbeitskosten. Aus dieser Janusköpfigkeit des Al-

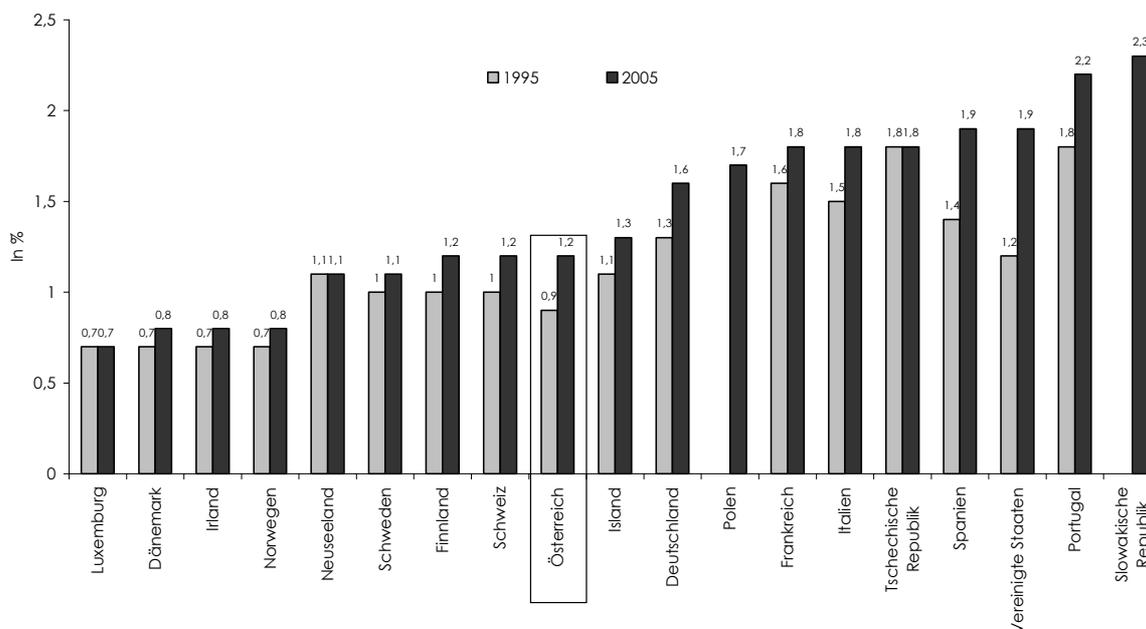
terns ergibt sich ein Kostendruck, der die Suche nach Lösungen im nationalen und internationalen Vergleich erklären lässt. Er erklärt auch, warum die spezifische österreichische Regelung der Entlohnung der Apotheker und Apothekerinnen über die Gehaltskasse einer Evaluierung unterzogen wird und auf seine Nachhaltigkeit untersucht wird.

Abbildung 2: Arzneimittelausgaben pro Kopf in US-\$ Kaufkraftparitäten



Q: OECD.

Abbildung 3: Arzneimittelausgaben in % des BIP

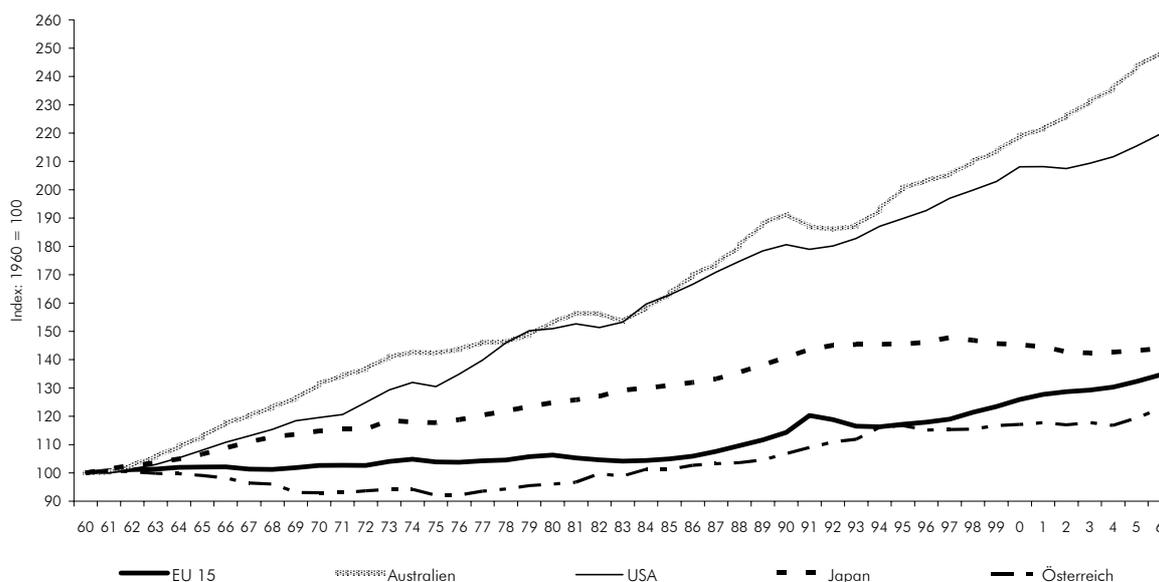


Q: OECD.

## 2. Der pharmazeutische Arbeitsmarkt vor dem Hintergrund des österreichischen Arbeitsmarktes

Österreich hat im internationalen Vergleich eine relativ geringe Beschäftigungsdynamik. Zwischen 1960 und 2006 ist die Zahl der Erwerbstätigen (ohne BezieherInnen von Karenzgeld/ Kinderbetreuungsgeld und Präsenzdienern) von 3,194.700 auf 3,675.300 gestiegen. Das war ein Anstieg um 480.600 oder 15% über eine Zeitspanne von 46 Jahren. Im internationalen Vergleich ist das eine schwache Beschäftigungsexpansion. Wenn man die Zahl der geringfügig Beschäftigten und der freien DienstnehmerInnen zu der Zahl der Erwerbstätigen im Jahre 2006 hinzufügt – dies ist unter dem Gesichtspunkt gerechtfertigt, dass diese Beschäftigungsformen in den frühen sechziger Jahren kaum anzutreffen waren –, erhöht sich die Beschäftigungssteigerung auf 23% (+730.000).

Abbildung 4: Entwicklung der Erwerbstätigkeit Österreichs im internationalen Vergleich: 1960-2006



Q: OECD Labour Force Statistics, WIFO-Berechnungen.

Wie aus Abbildung 4 ersichtlich ist, war die Beschäftigungsexpansion in Österreich langfristig etwas geringer als im Durchschnitt der EU 15 und deutlich schwächer als in Australien oder Nordamerika. Insbesondere seit Mitte der neunziger Jahre ist die Beschäftigungsentwicklung in Österreich bescheiden, nur vergleichbar mit der Entwicklung im krisengeschüttelten Japan. Erst die jüngste Konjunkturerholung in den Jahren 2005 und 2006 hat wieder eine substantielle Steigerung der Beschäftigung ermöglicht.

Die im internationalen Vergleich mäßige gesamtwirtschaftliche Beschäftigungssteigerung ist nicht als mangelnde Arbeitsmarktdynamik zu werten, sondern als Resultat eines merklichen

Aufholprozesses der Arbeitsproduktivität, der sich in einer starken Re-Allokation der Arbeitskräfte aus Bereichen mit niedriger Arbeitsproduktivität in solche mit hoher niederschlug (Biffi, 2001A). So setzte die Abwanderung der Arbeitskräfte aus der Landwirtschaft in Österreich vergleichsweise spät ein. Die Land- und Forstwirtschaft hatte 1964 mit 607.800 Arbeitskräften noch 19,3% aller Arbeitsplätze gestellt; 2006 fanden nur noch 126.300 oder 3,4% aller Arbeitskräfte im Primärsektor Arbeit. Die Umschichtung der Arbeitskräfte zwischen den Sektoren vollzog sich in den sechziger und siebziger Jahren ohne eine Steigerung der Arbeitslosigkeit. Die Arbeitslosigkeit erhöhte sich erst ab 1981 im Gefolge der Abnahme der Beschäftigung in der Sachgüterproduktion und des zum Großteil demographisch bedingten Anstiegs des Arbeitskräfteangebots (Eintritt der Babyboom-Generation in den Arbeitsmarkt)<sup>1)</sup>. Der seitherige mehr oder weniger kontinuierliche Anstieg der Arbeitslosigkeit, der konjunkturbedingt 2006 vorübergehend gestoppt wurde, war nicht nur die Folge einer wachsenden Verfestigung der Arbeitslosigkeit, sondern auch einer zunehmenden Fluktuationsarbeitslosigkeit (Biffi, 2000A, 2001B, Bock-Schappelwein, 2005).

Im Gegensatz dazu war die Beschäftigungsentwicklung der Akademiker und Akademikerinnen sehr dynamisch (Biffi, 2000B). 1971 wurden im Jahresdurchschnitt etwa 94.000 Akademiker und Akademikerinnen beschäftigt, im Jahre 2006 waren es fast 390.000 (+296.000, +315%). Vom massiven Anstieg der Akademikerbeschäftigung profitierten Frauen überdurchschnittlich stark. Während der Anteil der Frauen an der Gesamtbeschäftigung in dieser Zeitspanne nur schwach von 39% 1971 auf 43% 2006 stieg, erhöhte er sich bei den Akademikern und Akademikerinnen um 18 Prozentpunkte, blieb aber mit 38% im Jahre 2006 noch hinter dem gesamtwirtschaftlichen Frauenbeschäftigungsanteil zurück. Zählt man jedoch die Absolventen und Absolventinnen von pädagogischen Akademien und anderen außeruniversitären postsekundären<sup>2)</sup> Ausbildungsformen zur Akademikerbeschäftigung, erhöht sich der Frauenanteil (erweiterter Akademikerbegriff) auf 45,7% und übertrifft damit den gesamtwirtschaftlichen Durchschnitt.

Infolge des überdurchschnittlichen Wachstums der Akademikerbeschäftigung stieg der Akademikeranteil (im engeren Sinn, d. h. ohne außeruniversitäre Tertiärausbildung) an der gesamten Erwerbstätigkeit innerhalb der letzten 35 Jahre von 3,1% auf 10,7%. Der Anstieg war bei Männern ausgehend von einem höheren Niveau etwas schwächer als bei Frauen. Trotzdem konnte der Akademikeranteil der Männer von den Frauen bis 2006 nicht erreicht werden. 2006 lag der Anteil der Universitätsabsolventen und -absolventinnen an der Gesamtbeschäftigung bei Frauen bei 9,5%, bei Männern bei 11,7%.

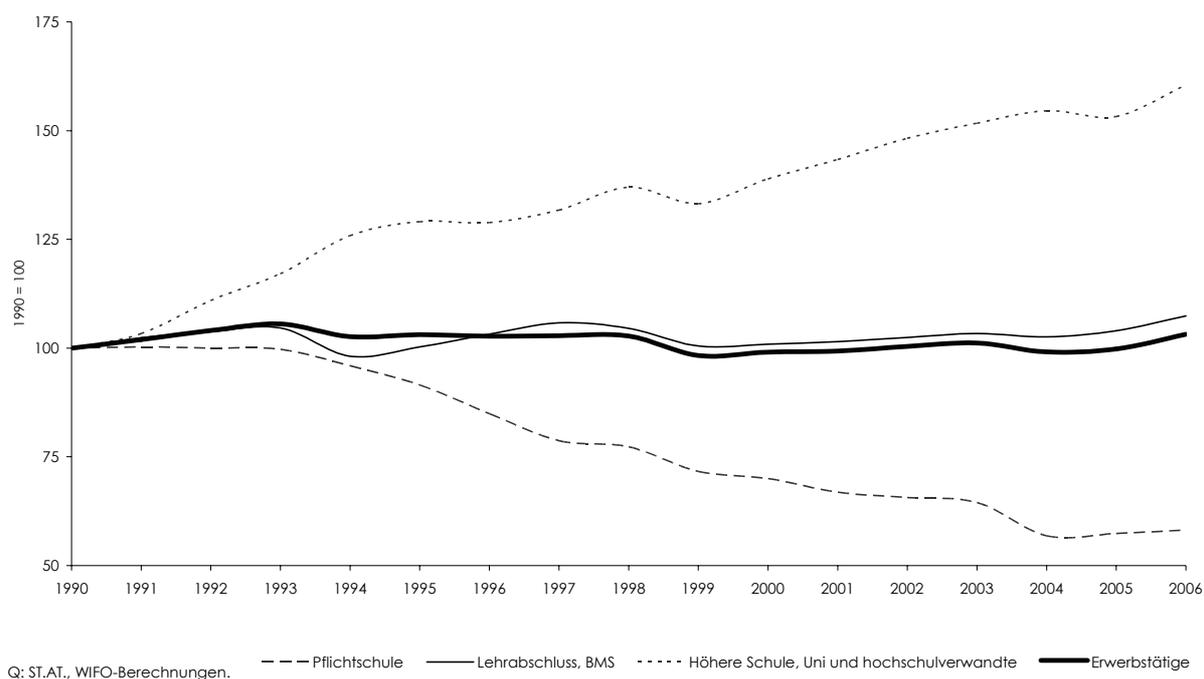
---

<sup>1)</sup> Der Anstieg des Arbeitskräfteangebotes war allerdings etwas geringer als im Durchschnitt der EU und merklich schwächer als in den USA und in Japan.

<sup>2)</sup> Die verstärkte Feminisierung der außeruniversitären Tertiärausbildung im Laufe der letzten 35 Jahre findet in einem Anstieg des Frauenanteils der Beschäftigung von Lehrern, Sozialhelfern etc. einen Niederschlag. Während der Frauenanteil in diesem Beschäftigungssegment 1971 noch bei 59% lag, übertraf er 2006 75%.

Wenn man die außeruniversitäre Tertiärausbildung zur Akademikerbeschäftigung zählt, erhöhte sich der Akademisierungsgrad der Erwerbstätigkeit von 4,2% 1971 auf 13,4% 2006. Da die kürzere postsekundäre außeruniversitäre Ausbildung von Frauen in stärkerem Maße als von Männern gewählt wird, erhöht sich der erweiterte Akademikeranteil insbesondere bei der Frauenbeschäftigung. Der so berechnete Akademikeranteil der Beschäftigung war dann 2006 bei Frauen mit 14,5% sogar etwas höher als bei Männern mit 13,1%.

Abbildung 5: Entwicklung der Erwerbstätigen nach Bildungsgrad (MZ)

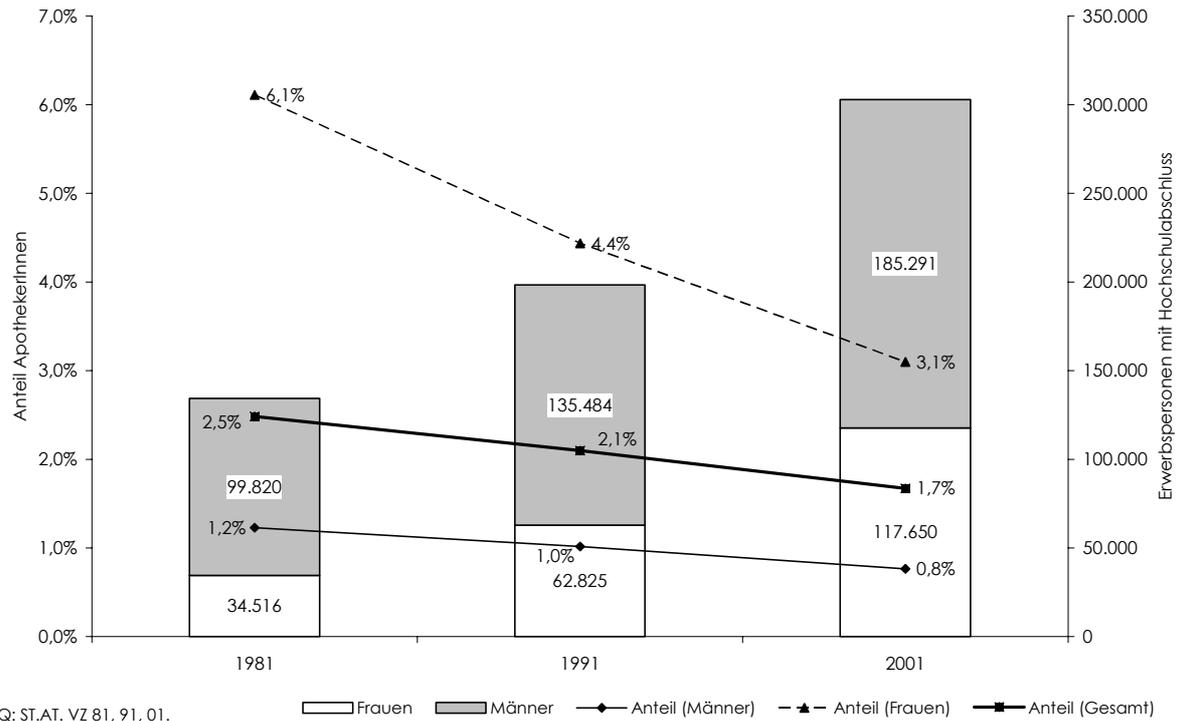


Im Vergleich zu den Akademikern und Akademikerinnen war die Beschäftigungsentwicklung der Apotheker und Apothekerinnen nicht sehr dynamisch. Ihre Zahl erhöhte sich zwischen 1981 (Volkszählungsdaten) und 2001 um 1.700 oder 52% auf 5.100, während sich die Zahl der Akademiker und Akademikerinnen in dieser Zeitspanne mehr als verdoppelte. Jedoch war ihre Beschäftigungsentwicklung deutlich dynamischer als die der Gesamtbeschäftigung (+13% zwischen 1981 und 2001).

Angesichts der im Schnitt geringen Beschäftigungsdynamik der Apotheker und Apothekerinnen relativ zu anderen Akademikern und Akademikerinnen ist der Anteil der Pharmazeuten und Pharmazeutinnen an den Akademikern und Akademikerinnen rückläufig. Während im Jahr 1981 noch 2,5% der Erwerbspersonen mit Hochschulabschluss Absolventen und Absolventinnen des Studiums der Pharmazie waren, reduzierte sich der Anteil auf 1,7% im Jahr 2001. Noch deutlicher ist der Rückgang bei den Apothekerinnen. Der Anteil der Pharmazeutinnen an den weiblichen Erwerbspersonen mit Hochschulabschluss halbierte sich zwischen 1981 und 2001 von 6,1% auf 3,1% – eine Folge der überdurchschnittlichen Akademisierung der Frauen-

beschäftigung in dieser Zeitspanne. Der Anteil der männlichen Apotheker an allen männlichen Akademikern war stets geringer als bei Frauen, aber auch er reduzierte sich in dieser Zeitspanne von 1,2% auf 0,8% (Abbildung 6).

Abbildung 6: Erwerbspersonen mit Hochschulabschluss und Anteil der Apotheker und Apothekerinnen nach Geschlecht



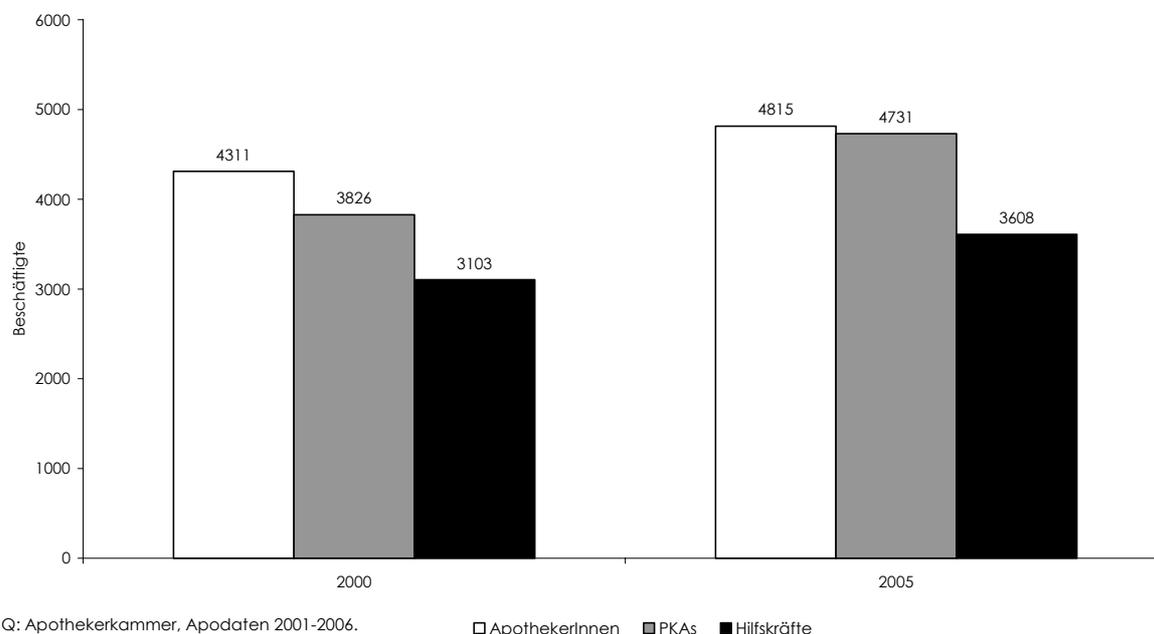
## 2.1 Beschäftigte in Apotheken

In Apotheken finden nicht nur Akademiker und Akademikerinnen eine Beschäftigung sondern auch Personen mit mittleren und einfachen Qualifikationen. Apotheker und Apothekerinnen sind die einzigen, die zur Abgabe von Medikamenten berechtigt sind; sie werden um Pharmazeutisch-Kaufmännische Assistenten und Assistentinnen (PKAs) und sonstiges Personal ergänzt. Apotheker und Apothekerinnen sind Absolventen und Absolventinnen des Studiums der Pharmazie; um als Apotheker und Apothekerinnen arbeiten zu können müssen sie ein Jahr in einer Apotheke (Aspirantenjahr) erfolgreich ihr theoretisches Wissen in der Praxis angewendet haben. Im Gegensatz dazu absolvieren PKA eine Lehre, die für Pflichtschulabgänger und Pflichtschulabgängerinnen drei und für Maturanten und Maturantinnen zwei Jahre dauert. Dabei erfolgt die Ausbildung im dualen System sowohl in der Apotheke als auch in der Berufsschule. Die Aufgaben der PKA sind im Wesentlichen kaufmännische Tätigkeiten in der Apotheke sowie der Verkauf von Waren, mit Ausnahme von Medikamenten. Weiters

helfen PKA bei der Herstellung von Arzneimitteln in der Apotheke mit. Das sonstige Personal wird im Wesentlichen für Hilfsdienste herangezogen (Abbildung 7).

Zwischen 2000 und 2005 ist die Zahl der in Apotheken beschäftigten Personen in allen 3 Qualifikationssegmenten gestiegen; am stärksten war der Anstieg in der mittleren Qualifikation mit knapp 24%, gefolgt von Hilfspersonal mit +16%; am schwächsten expandierte die Zahl der Akademiker und Akademikerinnen mit +12%. Damit sind derzeit in Apotheken fast ebenso viele PKA wie Apotheker und Apothekerinnen beschäftigt; Hilfskräfte stellen 27% aller Beschäftigten.

Abbildung 7: Apotheker und Apothekerinnen, Pharmazeutisch-kaufmännische Assistenten und Assistentinnen sowie sonstige Beschäftigte 2000 und 2005



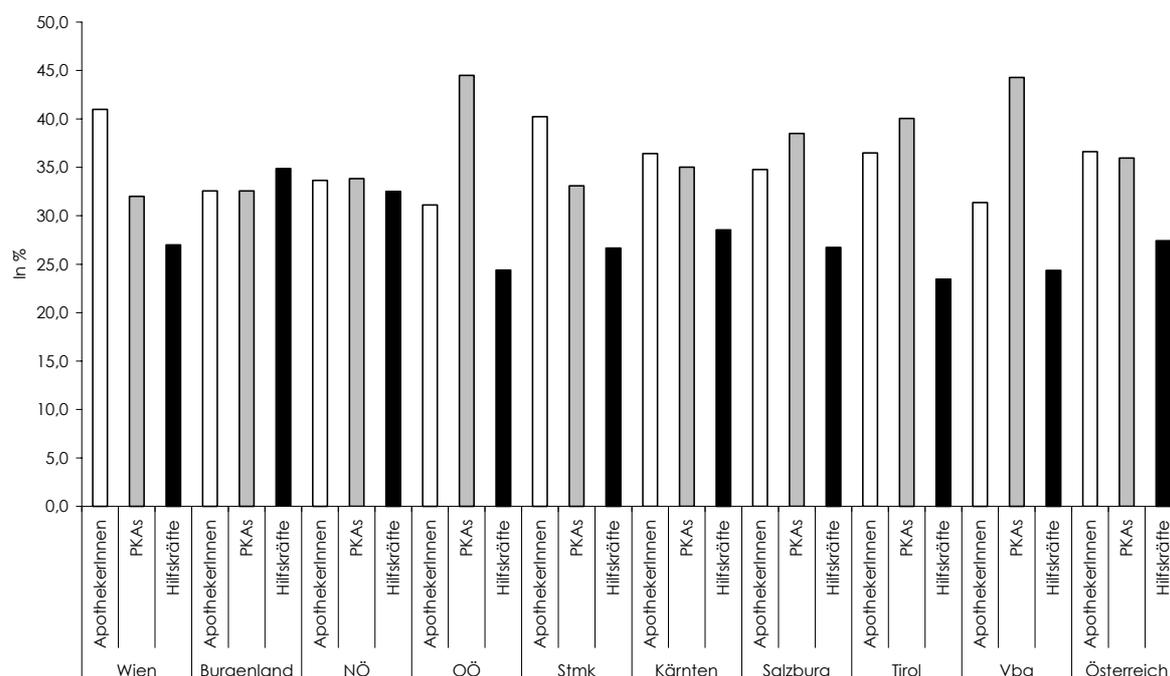
Die Struktur der Beschäftigten nach diesen drei Kategorien und ihre Dynamik unterscheiden sich nach Bundesländern. Während in Wien und in der Steiermark der Anteil der Apotheker und Apothekerinnen deutlich höher ist als im Schnitt Österreichs, liegt der Anteil der PKA in Salzburg, Tirol und Oberösterreich deutlich über dem Schnitt. Im Gegenzug werden im Burgenland, in Niederösterreich und in Kärnten vergleichsweise mehr sonstige Arbeitskräfte beschäftigt als in den anderen Bundesländern (Abbildung 8).

Ein Spezifikum der Apothekerbranche ist der hohe Frauenanteil, und zwar sowohl bei den Selbständigen als auch bei den Unselbständigen. Unter den selbstständigen Apothekern und Apothekerinnen sind 50% Frauen und unter den Angestellten 86%. In der mittleren Qualifika-

tion der PKA ist der Frauenanteil noch höher und mit 90% ebenso hoch wie beim sonstigen Personal<sup>3)</sup>.

Die einzigen anderen Branchen, in denen Frauen die Hälfte aller Selbständigen zählen, sind die Landwirtschaft und das Beherbergungs- und Gaststättenwesen (2006 52%). Unter den unselbständig Beschäftigten sind nur Haushaltshilfen in stärkerem Masse weiblich dominiert als die PKA (2006: 96% Frauen).

Abbildung 8: Struktur der Beschäftigten in Apotheken nach Qualifikation in den Bundesländern in %: 2005



Q: Apothekerkammer.

Ein weiteres Charakteristikum der Apothekerbranche ist der hohe Anteil der Selbständigen. Im Jahr 2006 standen 1.288 Dienstgebern 4.001 unselbständige Apotheker und Apothekerinnen gegenüber, d. h. der Anteil der Selbständigen an allen Apothekern und Apothekerinnen lag bei 24%. Das ist um 5 Prozentpunkte mehr als im Durchschnitt aller Akademiker und Akademikerinnen. In dem Zusammenhang ist auf die große Rolle der freien Berufe und damit die selbständige Erwerbstätigkeit für eine große Zahl der Akademiker und Akademikerinnen hinzuweisen.

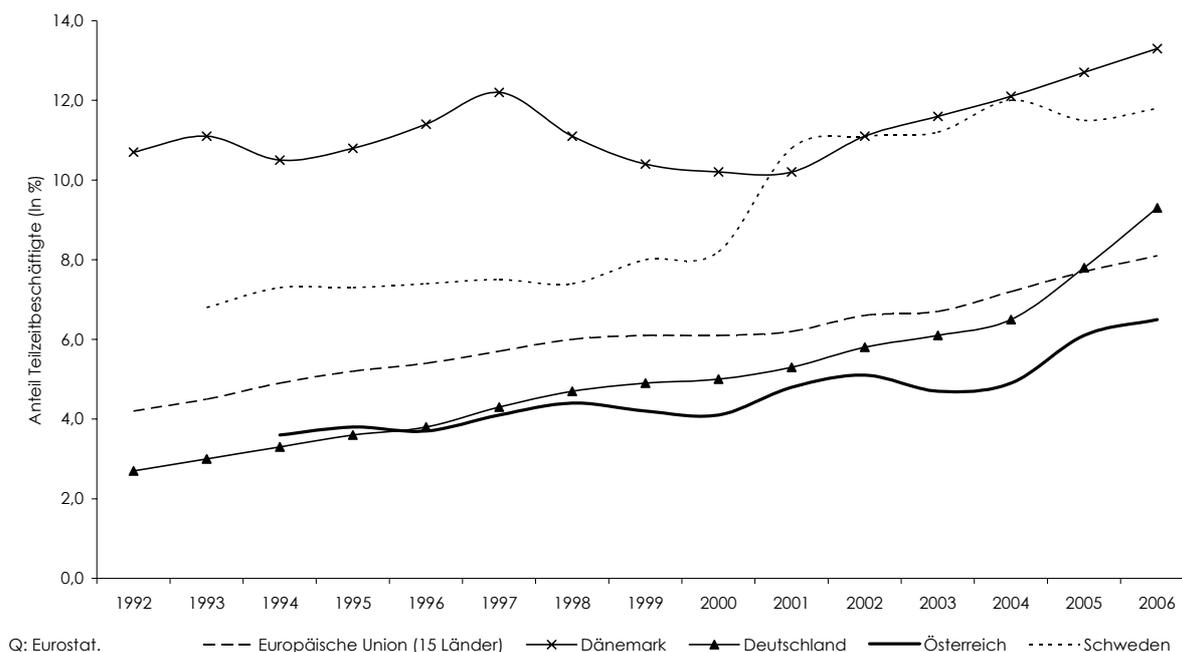
<sup>3)</sup> Apothekerkammer; Die Österreichischen Apotheken in Zahlen 2007.

## 2.2 Zunahme der Teilzeitbeschäftigung hauptverantwortlich für hohe Beschäftigungsdynamik

Was den Arbeitsmarkt der Apotheker und Apothekerinnen kennzeichnet, ist der hohe Anteil Teilzeitbeschäftigter unter den unselbständig Beschäftigten – er liegt mit 72,4% deutlich über dem anderer Akademiker und Akademikerinnen und auch merklich höher als im Handel. Besonders hervorzuheben ist, dass auch Männer vergleichsweise häufig auf Teilzeit beschäftigt sind (77,7% der Frauen und 35,8% der Männer)<sup>4</sup>). Kaum eine andere Branche weist ein ähnlich hohes Ausmaß der Teilzeitbeschäftigung auf.

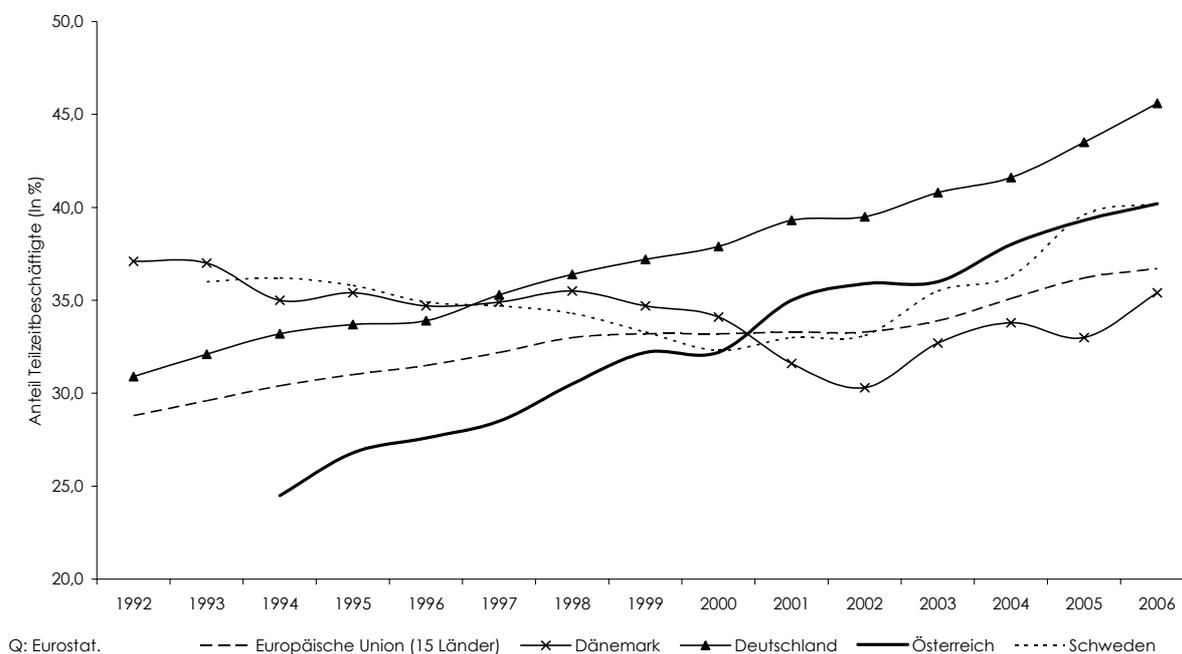
Der Anteil der Teilzeitbeschäftigung an der Gesamtbeschäftigung liegt in Österreich mit 21,8% etwas über dem Durchschnitt der EU 15 (20,8%). Mitte der achtziger Jahre war die Teilzeitquote in Österreich (etwa 7%) im Vergleich zu Ländern wie den Niederlanden, Großbritannien, Dänemark, aber auch Deutschland sehr gering. Zum Zeitpunkt des EU-Beitritts befand sich Österreich noch unterhalb des EU-Durchschnitts. In den folgenden Jahren hat ein deutlicher "Aufholprozess" stattgefunden.

Abbildung 9: Teilzeitbeschäftigte in Prozent der Beschäftigung – Männer



<sup>4</sup>) Quelle: Jahresbericht der PGK 2006.

Abbildung 10: Teilzeitbeschäftigte in Prozent der Beschäftigung – Frauen

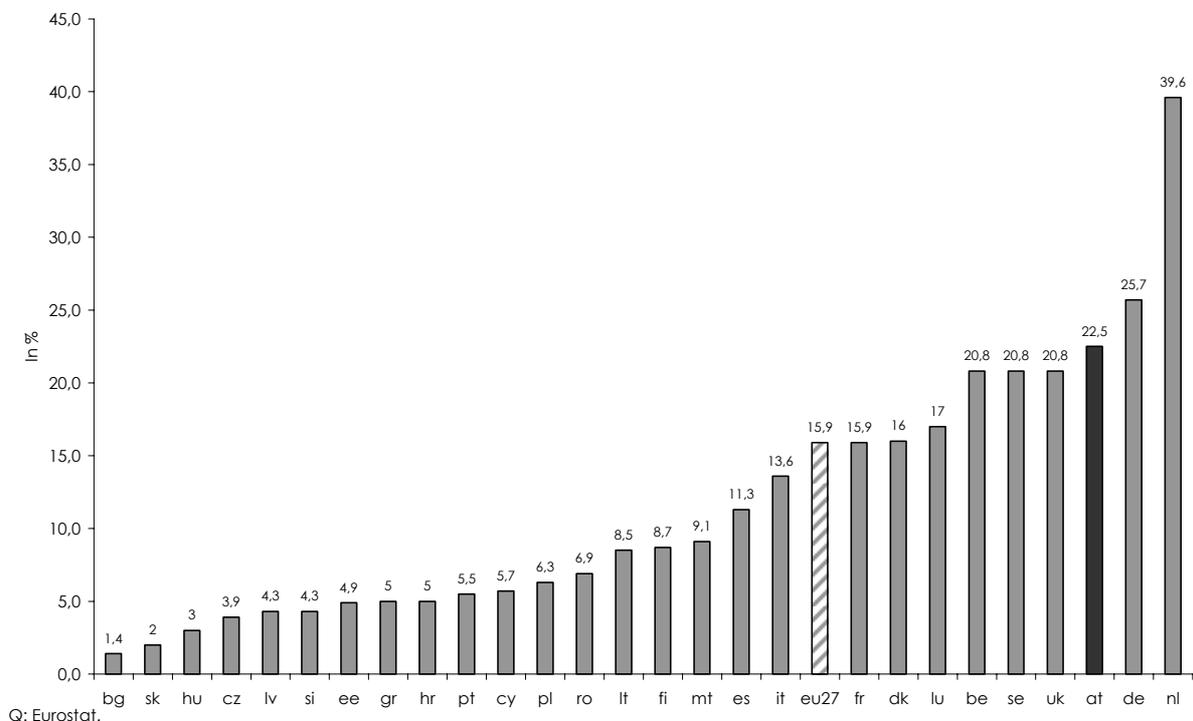


Die starke Ausweitung der Teilzeitbeschäftigung in Österreich seit den neunziger Jahren bewirkte zwar einen Anstieg der Beschäftigungsquote, jedoch nicht einen analogen Anstieg des Beschäftigungsvolumens. Wenn man die Beschäftigungsquote der 15- bis 64-jährigen Bevölkerung in Vollzeitäquivalenten berechnet zeigt sich, dass es zwischen 1995 und 2005 sogar zu einem Rückgang der Quote um 5 Prozentpunkte auf 60,7% kam. Im Gegensatz dazu erhöhte sich die Beschäftigungsquote in Vollzeitäquivalenten in der EU 15 in dieser Zeitspanne um 3 Prozentpunkte, blieb aber mit 58,7% noch etwas unter dem Wert Österreichs (EC, 2007).

Die Teilzeitarbeit ist im Allgemeinen stärker auf Frauen konzentriert als auf Männer. In Österreich steigt der Teilzeitanteil der Frauen rascher als im Schnitt der EU und bei den Männern langsamer (Abbildungen 9 und 10).

Im EU-Vergleich liegt Österreich bezüglich der Teilzeitquote an siebenter Stelle. Die Verteilung der Teilzeit auf das Alter ist in Österreich jedoch anders als in vielen anderen EU-Ländern. Während in den nordischen Ländern und im angelsächsischen Bereich viele Menschen über Teilzeitarbeit in den Arbeitsmarkt ein- und austreten, sind Teilzeitbeschäftigte in Österreich im Wesentlichen auf das Haupterwerbsalter konzentriert. In der Folge liegt Österreich an dritter Stelle in der EU 27 in Bezug auf den Teilzeitanteil im Haupterwerbsalter. Nur Deutschland und die Niederlande haben eine höhere Teilzeitquote im Haupterwerbsalter als Österreich. So gesehen hat die Teilzeitbeschäftigung in Österreich eine andere Bedeutung als in anderen Ländern, nämlich die Kombination von Beruf und Familie zu erleichtern und nicht den Eintritt und Austritt aus dem Erwerbsleben zu glätten (Abbildung 11).

Abbildung 11: Anteil der Teilzeitbeschäftigten an der Gesamtbeschäftigung im Haupterwerbsalter (25-49): 2006

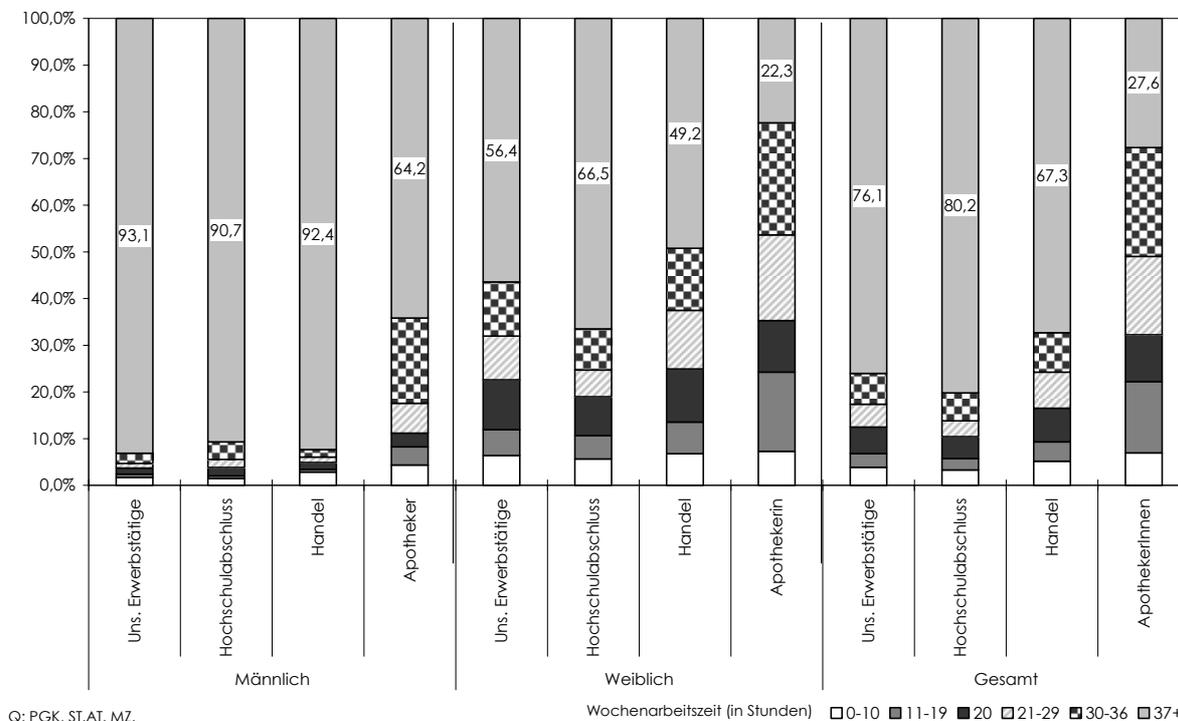


Interessant ist, dass männliche Akademiker in der Gesamtwirtschaft häufiger auf Teilzeit beschäftigt sind als Männer im Allgemeinen (9,3% gegenüber 6,9%), während bei Frauen das Gegenteil der Fall ist (33,5% gegenüber 43,6%). Außergewöhnlich hoch ist allerdings der Teilzeitanteil unter den männlichen angestellten Apothekern mit 35,8%. Auch bei den Frauen sind es die angestellten Apothekerinnen, die auf Teilzeit beschäftigt sind. Mit einem Teilzeitanteil von 77,7% haben sie keinen unwesentlichen Anteil an der hohen Teilzeitquote der unselbstständig beschäftigten Frauen im Handel (51%; Abbildung 12).

Auffällig ist, dass angestellte Apotheker und Apothekerinnen ein sehr breites Spektrum der Teilzeitbeschäftigung aufweisen – ganz im Gegensatz zu den unselbstständig Beschäftigten im Allgemeinen. In der pharmazeutischen Gehaltskasse wird zwischen Zehntel-Diensten unterschieden: von 2/10 bis 10/10 (= Vollzeit) sind alle Abstufungen möglich. Die starke Spannweite der Möglichkeiten der Teilzeitbeschäftigung und ihrer Wahrnehmung unter den Apothekern und Apothekerinnen legt nahe, dass die hohe Flexibilität der Arbeitszeitgestaltung mit ein Grund für die Attraktivität dieses Berufsfeldes ist. Warum sonst ist der Beschäftigungsanstieg von Apothekern und Apothekerinnen auf das Segment der Teilzeit konzentriert? In dem Zusammenhang ist anzumerken, dass das Muster der Teilzeitbeschäftigung nach Stunden unter den Apothekerinnen dem der Teilzeitbeschäftigung der Frauen in den nordischen Ländern und den Niederlanden relativ gut entspricht. Auch sie haben einen relativ hohen Anteil der Teilzeitbeschäftigten, die zwischen 30 und 36 Stunden wöchentlich arbeiten. Dieses höhere

Ausmaß der Teilzeitbeschäftigung erlaubt die Verfolgung einer Karrierelaufbahn, während das bei Halbzeitarbeit in viel geringerem Maße der Fall ist.

Abbildung 12: Unselbständig Beschäftigte nach wöchentlicher Arbeitszeit: 2006

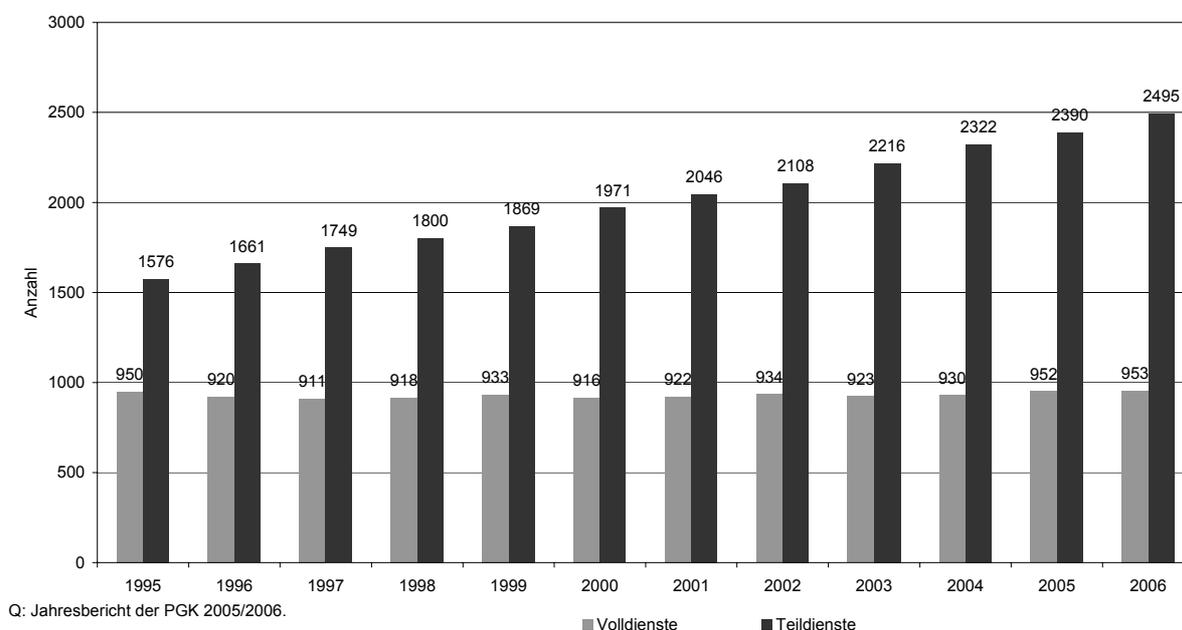


Aus Abbildung 13 ist ersichtlich, dass die Zahl der Volldienstverhältnisse zwischen 1995 und 2006 mehr oder weniger konstant geblieben ist, während die Zahl der Teildienste in dieser Zeitspanne um rund 900 oder 58% gestiegen ist. So gesehen ist das Arbeitsvolumen in den Apotheken in Vollzeitäquivalenten in dieser Zeitspanne schwächer gestiegen als die Zahl der Beschäftigten (32% gegenüber 37%).

Angesichts der großen Bedeutung der Teilzeitarbeit für Apotheker und Apothekerinnen wird der Verteilung auf die Altersgruppen in der Gesamtwirtschaft und bei Apothekern und Apothekerinnen nachgegangen, um damit ihre Funktion im Lebenszyklus abzuschätzen, nicht zuletzt um daraus Implikationen für das Einkommen und die Karrieremöglichkeiten abzuleiten. Wie aus Abbildung 14 ersichtlich ist, steigt der Anteil der Teilzeitbeschäftigten in Österreich bei Frauen bis ins mittlere Alter rasant an (von 4,5% der 15- bis 20-Jährigen auf 35% der 35- bis 40-Jährigen) und sinkt dann wieder relativ abrupt (auf 10,5% der über 65-Jährigen). Zwischen 1991 und 2001 ist die Teilzeitbeschäftigung vor allem bei den Frauen im mittleren Alter gestiegen. Bei älteren Frauen hat sie sogar gegenüber 1991 an Bedeutung verloren. Die Struktur der Teilzeitbeschäftigung der Männer verdeutlicht, dass sie eine andere Funktion als bei den Frauen hat. Sie ist in jungen, vor allem aber in älteren Jahren häufig, d. h. sie dient der Erleichterung des Eintritts ins Erwerbsleben und verstetigt den Übergang in die Pension. Sie wird aber

offensichtlich kaum zur Unterstützung der Frauen bei der Kinderbetreuung genutzt. Dies gilt nicht im selben Ausmaß für Apotheker. Hier ist der Teilzeitanteil bei unselbständig beschäftigten männlichen Apothekern in mittleren Jahren im Vergleich zu anderen unselbständig beschäftigten Männern vergleichsweise hoch, was nahe legt, dass Teilzeit für sie für die Kombination von Beruf und Familie eine nicht unbedeutende Rolle spielt. Aber auch in höherem Alter (über 50) hat Teilzeit bei männlichen und weiblichen Apothekern eine hohe Bedeutung. Bei Apothekerinnen weicht das Teilzeitmuster vom typischen Frauenbild in Österreich ab, indem Teilzeitbeschäftigung im ganzen Lebenszyklus der Apothekerinnen ein typisches Verhaltensmuster darstellt (Abbildung 15)<sup>5)</sup>.

Abbildung 13: Entwicklung der Voll- und Teildienste der von der Gehaltskasse besoldeten Apotheker und Apothekerinnen (1995-2006)

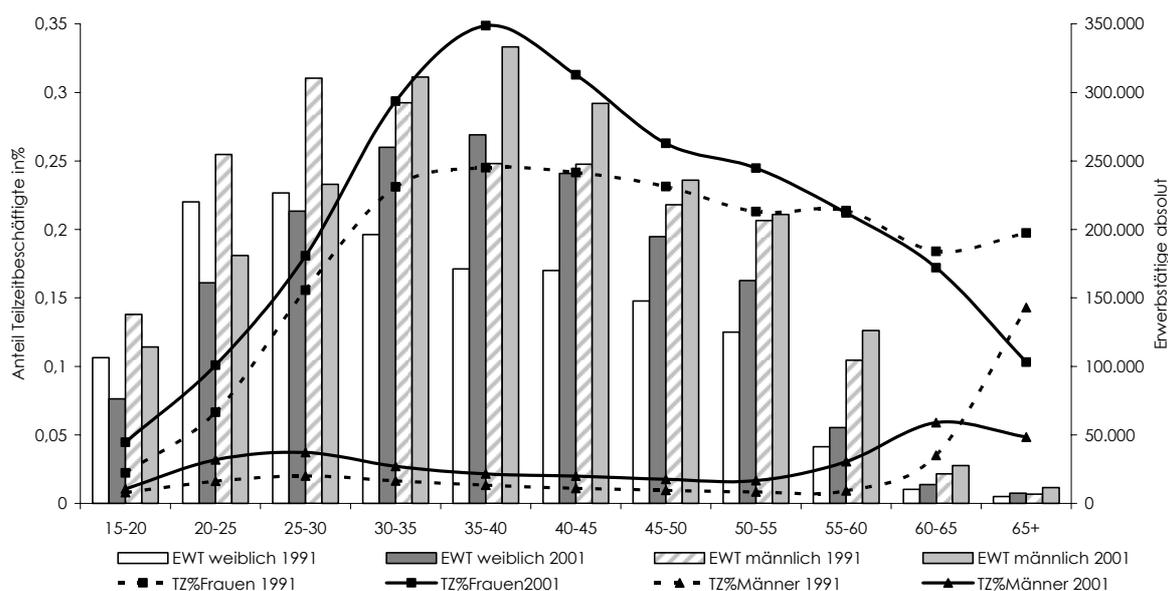


Ein Grund für die hohe Teilzeitquote der Apothekerinnen mag sein, dass sich aus einem geringen Dienstaussmaß keine direkten Nachteile für die Beschäftigung punkto Karriere und Stundenlohn ergeben. Das Gehalt wird aliquot zu dem geleisteten Dienstaussmaß berechnet und die Vorrückung in die nächste Gehaltsstufe erfolgt seit 1998 unabhängig vom geleisteten Dienstaussmaß alle zwei Jahre. Teilzeitbeschäftigung dürfte auch die Karrierechancen nicht wesentlich beeinträchtigen, einerseits weil vertikale Hierarchien im Vergleich zu anderen akademischen Laufbahnen vergleichsweise gering sind. Letzteres ist die Folge der kleinen Be-

<sup>5)</sup> Mangels Daten zur Teilzeitstruktur nach Alter wurde die Altersstruktur der Teilzeitbeschäftigung aus einer Sonderauswertung der Volkszählung für Wien entnommen.

triebsgröße (im Durchschnitt arbeiten 11 Personen in einer Apotheke) und einer im Vergleich zu Ärzten relativ geringen Möglichkeit der beruflichen Spezialisierung, die sich auf Fachapotheker für Krankenhauspharmazie, Homöopathie, Schüsslersalze und TCM mehr oder weniger beschränken.

Abbildung 14: Zahl der Erwerbstätigen (EWT) nach Alter und Geschlecht und Anteil der Teilzeitbeschäftigten an den EWT



Q: ST.AT., VZ 91, VZ 01.

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass Teilzeitarbeit in Apotheken mit einem im Vergleich zu anderen Branchen hohen Maß an Flexibilität, Sicherheit und Gleichstellung verbunden ist. In anderen Bereichen, sowohl akademischen wie nicht akademischen, stellt sich Teilzeitarbeit in erster Linie als Halbtagsarbeit im Ausmaß von 20 Wochenstunden dar (rund 37% der Teilzeitbeschäftigten; Abbildung 12). Diese Tradition trägt dazu bei, dass sich Frauen häufig nicht ausreichend spezialisieren und höher qualifizieren sowie Verantwortung für innerbetriebliche Abläufe übernehmen, die allerdings oft die Voraussetzung für die Wahrnehmung von Leitungsfunktionen sind. Bei unselbstständig beschäftigten Apothekern und Apothekerinnen weist im Gegensatz dazu die Teilzeitbeschäftigung eine breite Streuung auf verschiedene Teildienstausmaße auf. Das legt nahe, dass Teilzeitbeschäftigung in die Lebens- und Karriereplanung einbezogen wird und den vorhandenen Karrierechancen nicht abträglich ist. Es ist aber anzunehmen, dass die (mit Zuzahlungen verbundene) Apothekenleitung eher an Beschäftigte, die vor der Übernahme der Leitung ein höheres Dienstausmaß hatten, übertragen wird. Wenn man aber keine Leitungsfunktion in diesem Sinne wahrnehmen möchte bzw. selbständig werden will, eröffnet einem dieser Beruf ein interessantes Arbeitsfeld auch ohne Vollzeitbeschäftigung.

Abbildung 15: Teilzeitquoten der in Wien lebenden unselbständig beschäftigten Apotheker und Apothekerinnen (2001)

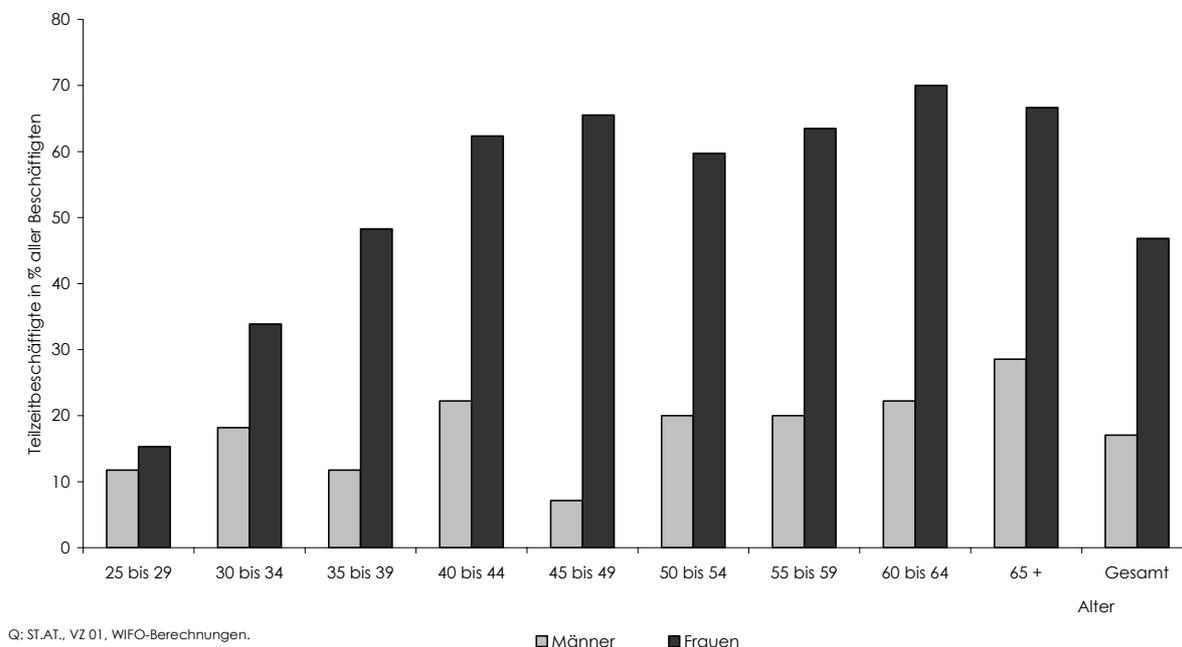
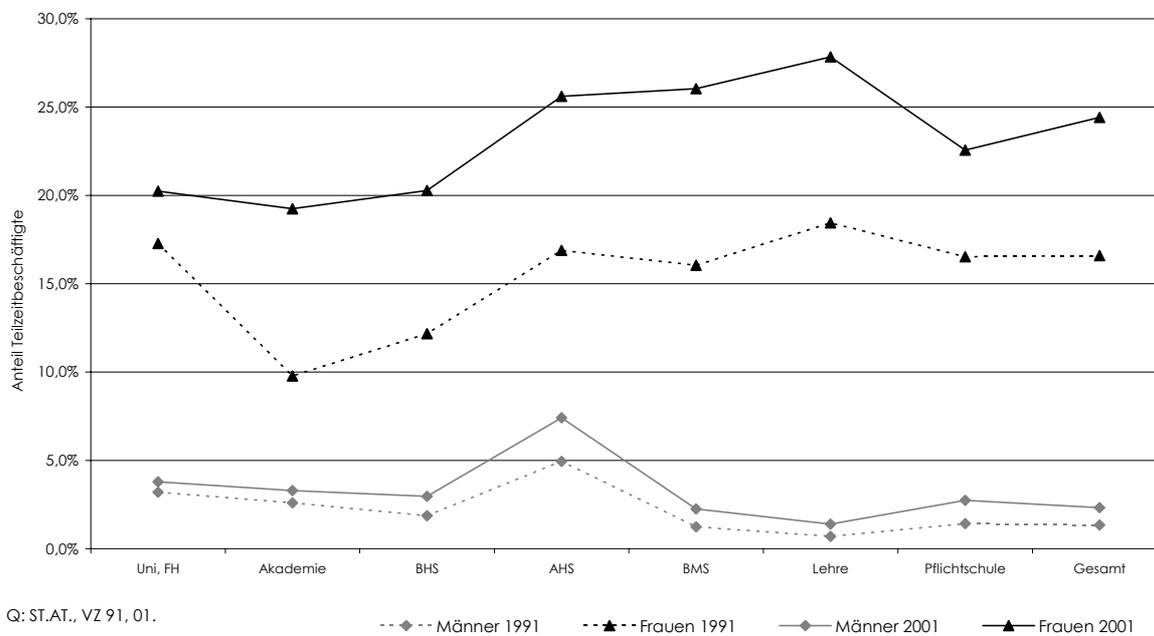


Abbildung 16: Anteil der Teilzeitbeschäftigten an Erwerbspersonen nach Ausbildung und Geschlecht 1991, 2001



Ein Blick auf die jüngere Entwicklung der Teilzeitbeschäftigung zeigt, dass sie in allen Bildungsstufen an Bedeutung gewonnen hat. Der positive Trend ist bei Personen im mittleren Ausbildungsbereich besonders ausgeprägt (Abbildung 16). Bei den für die Apothekerinnen als Vergleichsbasis dienenden Akademikerinnen stieg der Anteil von 1991 bis 2001 lediglich von 17% auf 20% und weist somit die geringste Steigerung unter allen Bildungsstufen auf.

### 2.3 Höheres Durchschnittsalter der Apotheker und Apothekerinnen relativ zu anderen Akademikern und Akademikerinnen

Im Gefolge der Steigerung der Beschäftigtenzahlen von Apothekern und Apothekerinnen zwischen den Volkszählungszeitpunkten 1991 und 2001 hat sich die Altersstruktur bei Männern und Frauen verändert. Während Frauen vor allem in jungen und mittleren Jahren, d. h. zwischen 25 und 45 Jahren, einen starken Beschäftigungsanstieg zu verzeichnen hatten – wie die obigen Ausführungen dokumentieren, waren es in hohem Masse Teilzeitbeschäftigte –, war der Zustrom von jungen Männern vergleichsweise gering. Das trug zu einer Verlagerung der Altersstruktur auf das reifere Alter bei (Abbildung 17).

Abbildung 17: Apotheker und Apothekerinnen nach Altersgruppen und Geschlecht, Volkszählung 1991 und 2001

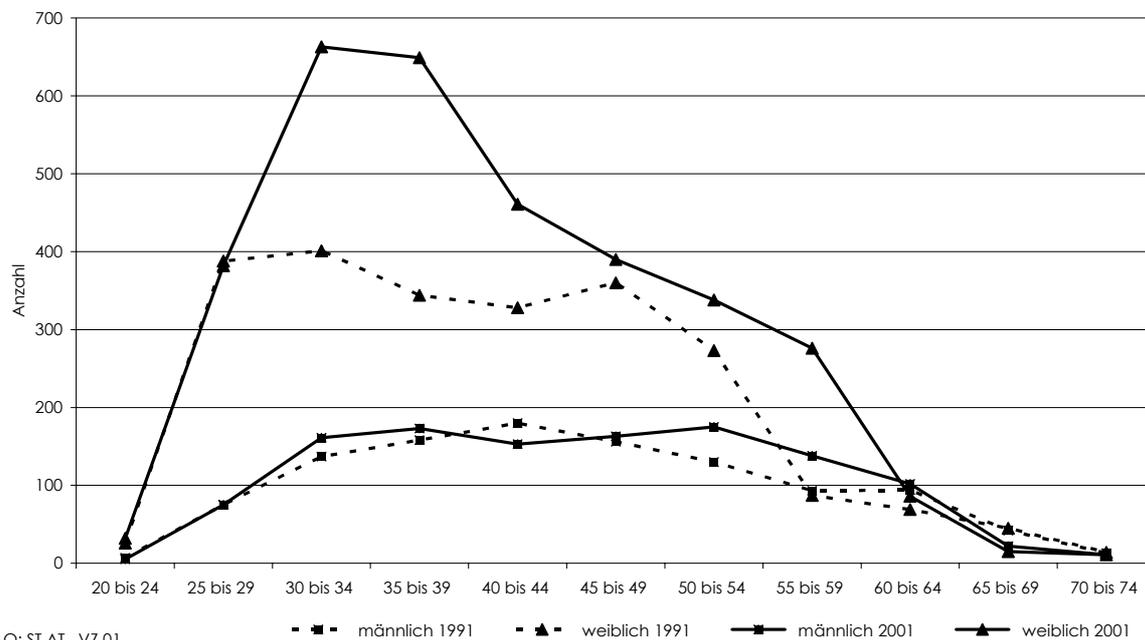
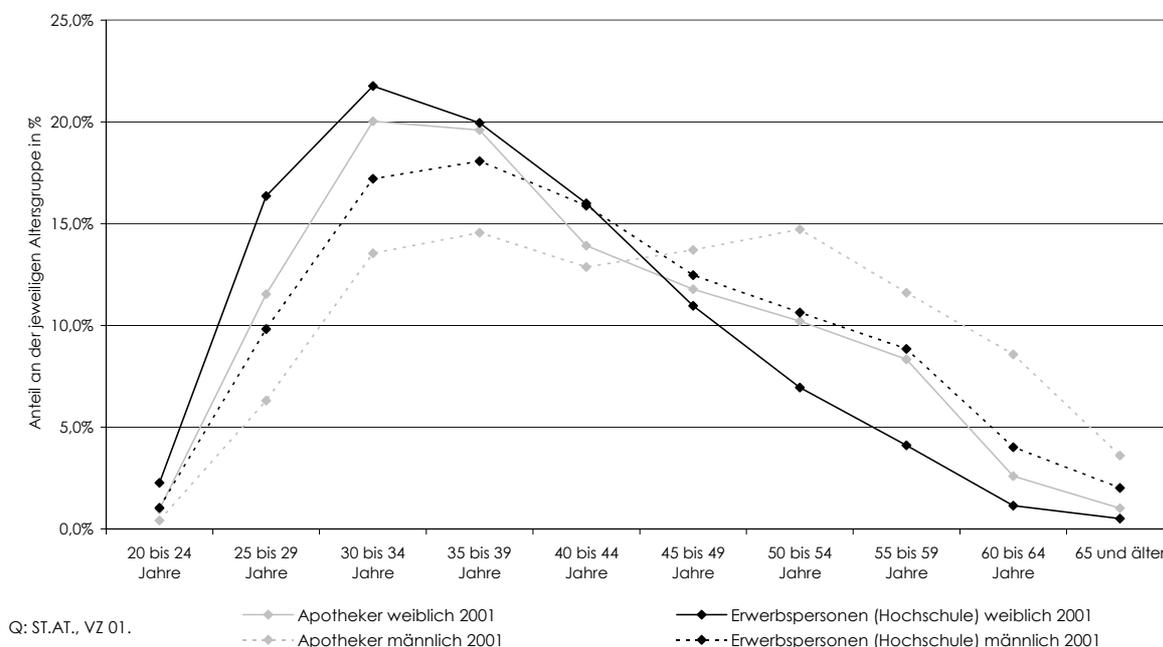


Abbildung 18: Altersstruktur der Apotheker und Apothekerinnen sowie Erwerbspersonen mit Hochschulabschluss nach Geschlecht 2001



Wenn man die Altersverteilung der Apotheker und Apothekerinnen jener aller Erwerbspersonen mit Hochschulabschluss im Jahr 2001 gegenüberstellt, so zeigt sich, dass die erwerbstätigen Akademikerinnen im Schnitt jünger sind als die Apothekerinnen. Dies mag damit zusammenhängen, dass die Akademisierung der Frauenbeschäftigung ein relativ rezentes Phänomen ist, das in hohem Maße in anderen Bereichen als der Pharmazie stattgefunden hat. In der Pharmazie war einerseits die Dynamik beim Studienzugang eher verhalten, andererseits war es stets ein Studium mit einem relativ hohen Frauenanteil, was zur Folge hat, dass es keinen so starken Strukturwandel der Apothekerinnen nach Alter gibt wie in anderen akademischen Berufen, die erst in jüngerer Zeit einen starken Zulauf erhalten haben.

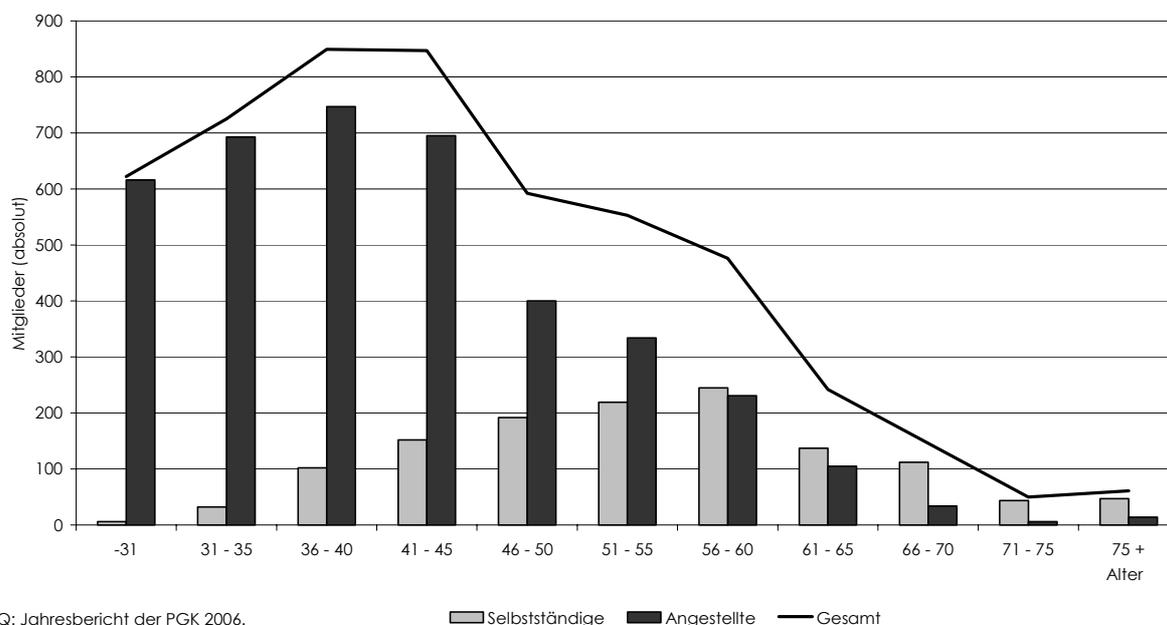
Auch Apotheker haben im Schnitt ein höheres Durchschnittsalter als männliche Akademiker im Allgemeinen. Der Wirkungsmechanismus ist allerdings etwas anders als bei Frauen. Der Beruf der Pharmazeuten und Pharmazeutinnen wird nämlich immer mehr zu einem Frauenberuf, d. h. dass männliche Studierende anteilmäßig an allen Studienzugängen seltener diese universitäre Ausbildungsform ergreifen und prioritär in andere Berufsfelder gehen. Das führt dazu, dass das Durchschnittsalter der männlichen Apotheker laufend ansteigt. Männliche Apotheker sind in der Folge im Durchschnitt auch deutlich älter als ihre Kolleginnen. 38,5% der männlichen Apotheker waren 2001 älter als 50 Jahre, bei den Frauen waren es nur 22,2%. Ein weiterer Faktor, der zum hohen Durchschnittsalter der Apotheker und Apothekerinnen beiträgt, ist das System der Gehaltskasse – es ist einer längeren Erwerbstätigkeit im

Lebenszyklus förderlich. Diesem Aspekt wird bei der Untersuchung der Rolle des Systems der Gehaltskasse für die Beschäftigungsentwicklung genauer nachgegangen.

## 2.4 Apotheker werden häufiger selbständig als Apothekerinnen

Aus Abbildung 19 ist ersichtlich, dass Angestellte und Selbständige im Apothekerwesen ein unterschiedliches Altersprofil aufweisen. Der Einstieg in diesen Beruf erfolgt gewöhnlich im Angestelltenstatus. Erst nach einer längeren Berufserfahrung wird man dann Selbständig. Ein Vergleich der Altersstrukturen von selbständigen und unselbständigen Apothekern und Apothekerinnen nach Geschlecht zeigt allerdings, dass dieses Muster nicht für Männer und Frauen gleichermaßen gilt.

Abbildung 19: Mitglieder der Gehaltskasse: Selbständige und Angestellte (Männer und Frauen) nach Alter



Zunächst besteht ein großer Unterschied im Ausmaß der selbständigen Apothekertätigkeit zwischen Männern und Frauen: Während unter den männlichen Apothekern 54,5% selbständig sind, sind es nur 16,2% aller weiblichen Apotheker<sup>6)</sup>. Dies mag eine Folge der großen Bedeutung der Teilzeitbeschäftigung der Apothekerinnen sein, die aus dem Wunsch resultiert, eine interessante Arbeit zu haben, ohne aber die volle Verantwortung und den Arbeitsaufwand eines vollzeitbeschäftigten Selbständigen zu haben. Es mag aber auch die Folge des im Schnitt jüngeren Alters der Apothekerinnen relativ zu ihren männlichen Kollegen sein. Wenn

<sup>6)</sup> Jahresbericht der PGK 2006.

der Strukturwandel hin zu einem vermehrten Frauenberuf anhält ist zu erwarten, dass zunehmend Frauen Apotheken als Selbständige führen werden.

Abbildung 20: Männliche Mitglieder der Gehaltskasse nach Alter und Stellung (2006)

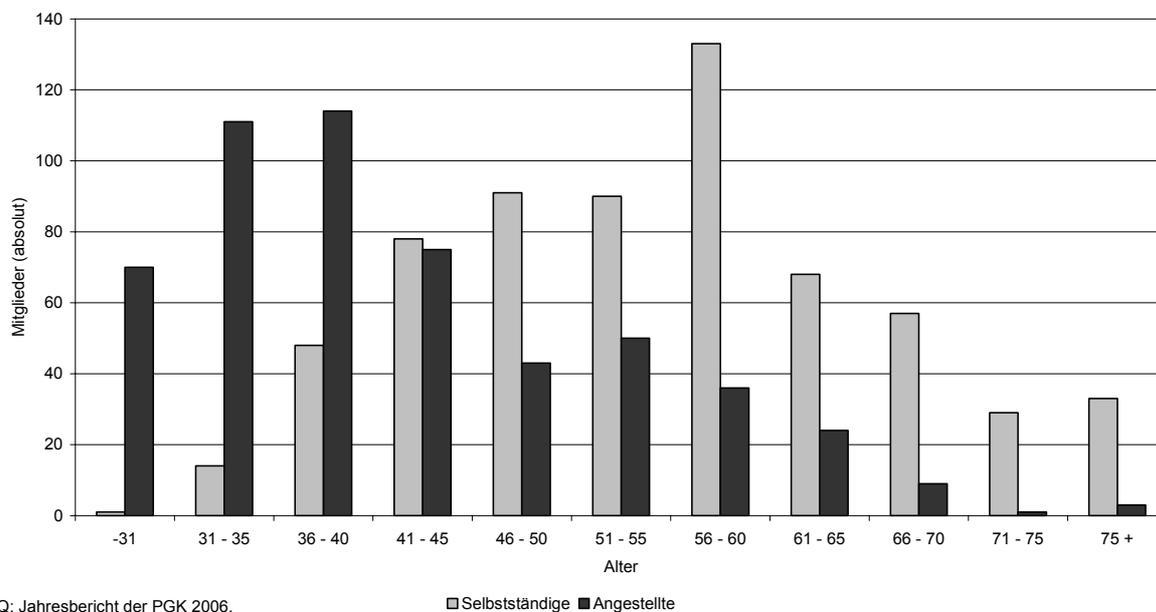
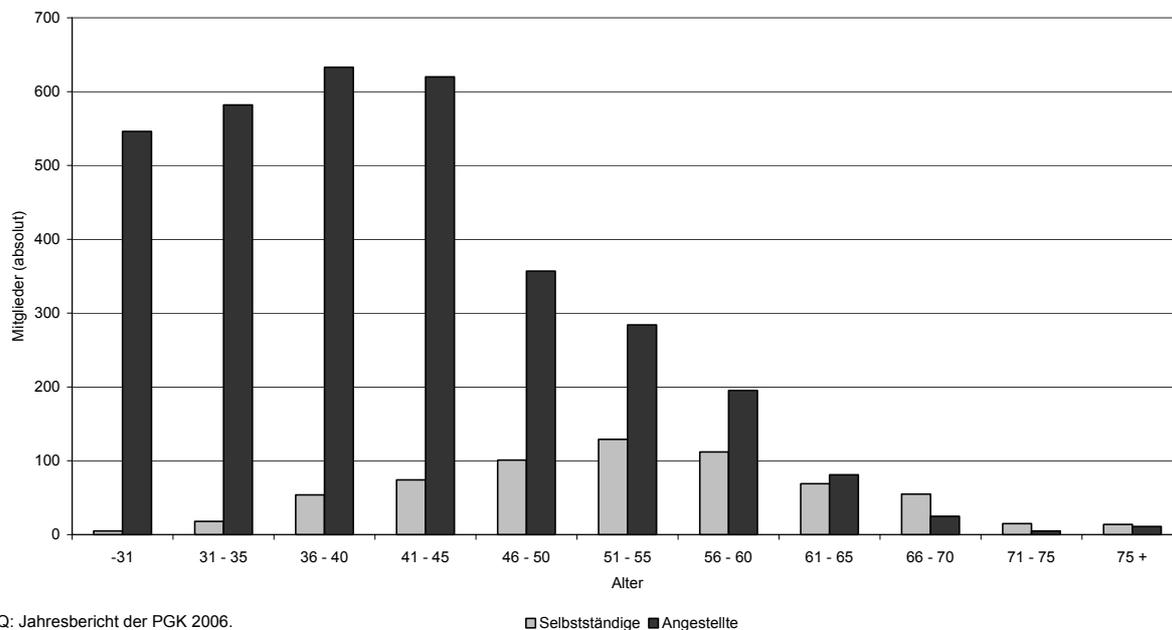


Abbildung 21: Weibliche Mitglieder der Gehaltskasse nach Alter und Stellung (2006)



Derzeit ist es aber so, dass Männer in allen Alterskohorten mit größerer Wahrscheinlichkeit als Frauen selbständig sind. Bei Männern überwiegen die selbständigen gegenüber den unselbständigen in den einzelnen Kohorten bereits ab dem Alter von 41 Jahren, bei Frauen kommt dies nur in den Altersgruppen jenseits der 65 Jahre vor. So gesehen ergreifen Männer in hohem Maße den Beruf eines Apothekers mit dem Ziel, einmal eine eigene Apotheke zu führen, während dies für Frauen in viel geringerem Maße der Fall ist.

## 2.5 Starke berufliche Konzentration der Pharmazeuten auf Apotheken

Der Beruf der Pharmazeuten und Pharmazeutinnen zählt zu den akademischen Berufen mit einem besonders hohen Spezialisierungsgrad. Das hat zur Folge, dass sie kaum andere Beschäftigungsmöglichkeiten haben als in Apotheken, in geringem Maße in Lehre und Forschung, in der Pharmaindustrie und im Gesundheitswesen (Übersicht 1).

Übersicht 1: Erwerbspersonen nach Fachrichtungen und Wirtschaftsbereichen (in %)

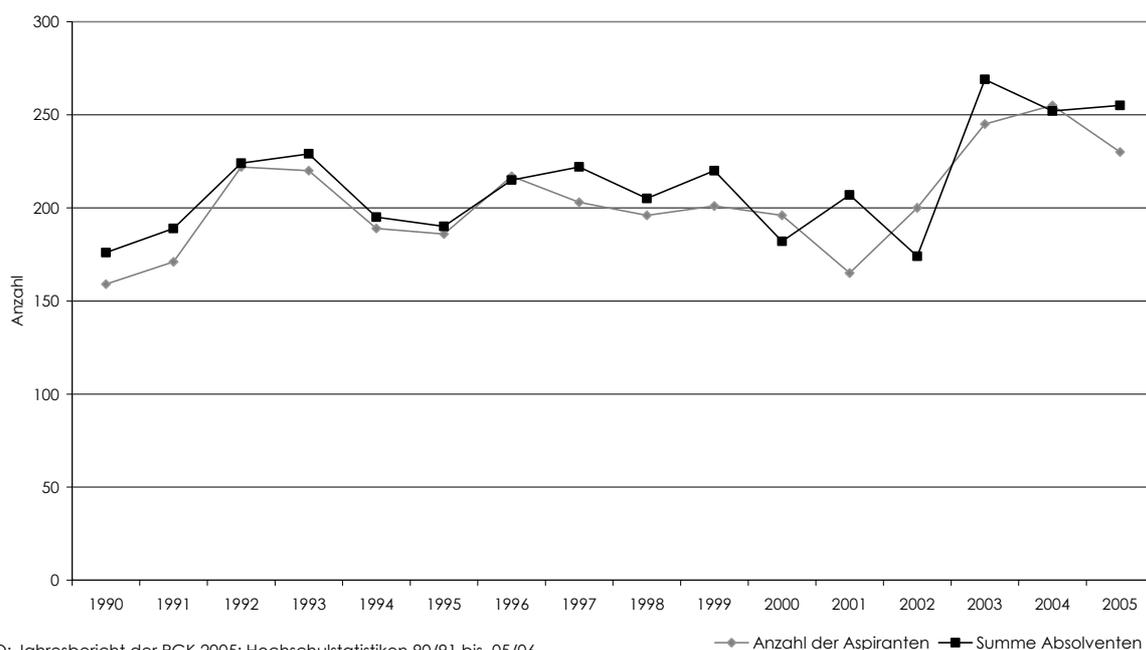
		Primärer Sektor (LuF, Bergbau)	Sachgüter- erzeugung inkl. Energie und Bauwirtschaft	Dienstleistungen						Insgesamt
				Gesamt	dar. Handel	dar. Realitäten- wesen, ub. DL	dar. öff. Verwaltung	dar. Unterrichts- wesen	dar. Gesundheits- wesen	
Pharmazeuten	Insgesamt	0,1	3,7	96,2	<b>80,7</b>	2,6	1,0	3,6	6,7	100,0
	Männer	0,1	7,4	92,5	<b>74,9</b>	3,6	1,7	6,3	4,1	100,0
	Frauen	0,1	2,3	97,6	<b>82,9</b>	2,3	0,7	2,6	7,7	100,0
Mediziner	Insgesamt	0,1	0,8	99,2	1,0	1,3	4,4	3,1	<b>87,4</b>	100,0
	Männer	0,0	0,6	99,3	0,9	1,2	3,3	3,1	<b>88,9</b>	100,0
	Frauen	0,1	1,0	98,9	1,2	1,5	5,9	3,0	<b>85,1</b>	100,0
Juristen	Insgesamt	0,3	5,1	94,6	4,0	<b>31,0</b>	<b>31,3</b>	5,1	3,0	100,0
	Männer	0,3	5,3	94,4	3,7	<b>34,4</b>	<b>30,2</b>	4,1	2,0	100,0
	Frauen	0,2	4,8	95,0	4,6	<b>24,0</b>	<b>33,5</b>	7,2	4,9	100,0

Q: ST.AT.(VZ 01), WIFO, Berechnungen.

In der Folge ist die Übertrittswahrscheinlichkeit von der Universität – nach dem erfolgreichen Abschluss des Studiums – in Apotheken als Aspiranten und Aspirantinnen mit rund 95% eine der höchsten im akademischen Bereich und wird nur übertroffen von der Humanmedizin, die ins Gesundheitssystem übertritt. Um Apotheker und Apothekerin werden zu können muss der Abschluss des Studiums der Pharmazie nachgewiesen werden sowie die Absolvierung eines Aspirantenjahres. Nur Pharmazeuten und Pharmazeutinnen können Apotheker und Apothekerinnen werden, nicht etwa auch Mediziner und Medizinerinnen. Damit ist der Zugang zu diesem Arbeitsmarkt stark fachlich reguliert. Die Zahl der Apotheker und Apothekerinnen wird somit im Wesentlichen von der Zahl der Übertritte aus dem Universitätssystem bestimmt, sowie dem Altersabgang und der Fluktuation zwischen Haushalt, Weiterbildung und Beruf. Angesichts der vergleichsweise geringen Rolle der Pharmaindustrie als potenzieller Arbeitgeber von Pharmazeuten und Pharmazeutinnen in Österreich spielt der Übergang in die Industrie eine relativ geringe Rolle.

Der Schätzung der Übergangsrate von Pharmazieabsolventen und -absolventinnen zu Apothekern und Apothekerinnen können verschiedene Daten zu Grunde gelegt werden. Aus Abbildung 22 geht der Gleichklang in der Entwicklung der Zahl der Absolventen und Absolventinnen des Pharmaziestudiums mit der Zahl der Aspiranten und Aspirantinnen in Apotheken hervor.

Abbildung 22: Aspiranten- und Aspirantinnen- sowie Absolventen- und Absolventinnenzahlen 1990-2005



Diese Kongruenz lässt vermuten, dass lediglich eine kleine Zahl der Absolventen und Absolventinnen nicht den Weg in ein Aspirantenjahr wählt bzw. dass nur wenige Aspiranten und Aspirantinnen nach einem Umweg, d. h. einer Beschäftigung anderswo als in einer Apotheke, Aspiranten und Aspirantinnen werden. Die Gegenüberstellung der Summen von Aspiranten und Aspirantinnen und Absolventen und Absolventinnen des Pharmaziestudiums von 1990-2005 lässt aber noch einen weiteren Schluss zu: Die Zahl der Absolventen und Absolventinnen in diesem Zeitraum beträgt 3.404, jene der Aspiranten und Aspirantinnen 3.253. Daraus ergibt sich eine Übergangsrate von Pharmazieabsolventen und -absolventinnen zu Aspiranten und Aspirantinnen von 95%. Diese Rechnung bezieht sich allerdings lediglich auf den Eintritt in den Apothekenmarkt und sagt nichts über den weiteren Verbleib in der Apotheke aus.

Für eine längerfristige Betrachtung und die Schätzung einer Retentionsrate werden die Daten der Volkszählung 2001 herangezogen. Dabei wird auf die Zahl der Erwerbspersonen abgestimmt, und zwar differenziert nach abgeschlossener Ausbildung und Berufsgruppe (ISCO) und nach Wirtschaftsklasse (ÖNACE). In der ISCO-Berufsgruppe 22 (Biowissenschaftler und Mediziner) sind 80,5% der Pharmazeuten und Pharmazeutinnen vertreten, in dem den Apo-

theken entsprechenden ÖNACE-Abschnitt G (Handel; Reparatur von Kfz und Gebrauchsgütern) sind es 80,4%. Somit dürfte 80% ein guter Richtwert für den Anteil der Pharmazeuten und Pharmazeutinnen sein, die als Apotheker und Apothekerinnen tätig sind. Alternative Beschäftigungsmöglichkeiten für Pharmazeuten und Pharmazeutinnen finden sich insbesondere im Gesundheits-, Veterinär-, und Sozialwesen (6,7% der Pharmazeuten), der Sachgütererzeugung (Pharmaindustrie: 3,6%) und dem Unterrichtswesen (3,6%).

Die Retentionsrate der Frauen in Apotheken liegt deutlich über jener der Männer (rund 83% bei Frauen und 74% bei Männern). Männer sind deutlich häufiger als Frauen in den Kategorien Sachgütererzeugung (7,3% zu 2,2%) und Leitungspositionen in Unternehmen (11,4% zu 2,9%) sowie als wissenschaftliche Lehrkräfte (5,1% zu 2,3%) zu finden.

Die Diskrepanz der direkten Übergangsrate (95%) und der hier ermittelten Retentionsrate (80%) lässt sich damit erklären, dass ein gewisser Anteil der Aspiranten und Aspirantinnen im Anschluss an das Aspiranten-/Aspirantinnenjahr oder nach einiger Zeit als Apotheker und Apothekerin in eine andere Branche abwandert.

Das Bild, welches sich für den Apotheker- und Apothekerinnenarbeitsmarkt ergibt ist somit Folgendes: der Teilarbeitsmarkt ist stark spezialisiert und wird im Wesentlichen aus dem Universitätssystem gespeist; Verbindungen zu anderen Teilarbeitsmärkten sind sehr gering. Das dürfte eine der Voraussetzungen für das gute Funktionieren des Systems der Gehaltskasse sein. In Berufen, in denen Akademiker und Akademikerinnen nämlich viele Beschäftigungsalternativen haben, werden vor allem junge leistungsfähige Leute in die Bereiche gehen, in denen es ein Leistungsentlohnungsmodell gibt. Hierzu mehr im Kapitel 3.2.

Wenn man zum Vergleich andere Akademikerberufe heranzieht, können nur mit der Human- und Veterinärmedizin Ähnlichkeiten aufgezeigt werden, obschon Mediziner und Medizinerinnen innerhalb des Gesundheitssystems ein weiteres Spektrum der Spezialisierungsmöglichkeiten haben; des weiteren gibt es größere interne Arbeitsmärkte mit differenzierten vertikalen Hierarchien und Karrieremöglichkeiten.

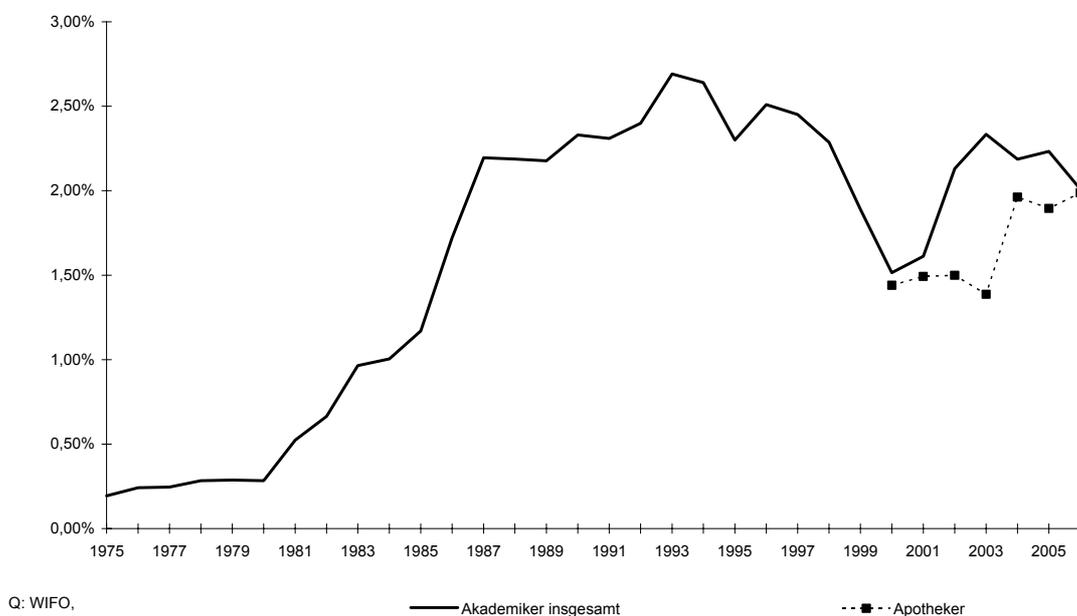
Im Gegensatz zu Medizin und Pharmazie steht JuristInnen ein nach Branchen weit gefächertes Beschäftigungsfeld offen, das einerseits in Spezialbereiche des Justizwesens führt, andererseits in die öffentliche Verwaltung und in Managementpositionen der Privatwirtschaft. In der Folge sind etwa ein Drittel der Juristinnen in der öffentlichen Verwaltung beschäftigt, ein weiteres Drittel im Realitätenwesen und in unternehmensbezogenen Dienstleistungen und 5% im Unterrichtswesen (Übersicht 1).

## **2.6 Geringe Arbeitslosigkeit der Apotheker und Apothekerinnen infolge hoher Effizienz der Vermittlung seitens der Gehaltskasse**

Ein weiterer Aspekt, der den Arbeitsmarkt der Apotheker und Apothekerinnen vom allgemeinen Arbeitsmarkt und dem anderer Akademiker und Akademikerinnen unterscheidet, ist das

System der Arbeitsplatzvermittlung (Jobmatching innerhalb eines internen Arbeitsmarktes). Während sich Betriebe und Arbeitsuchende normalerweise des Arbeitsmarktservice bedienen oder der Suche über Printmedien, übernimmt die Pharmazeutische Gehaltskasse das Zusammenführen von Angebot und Nachfrage von Apothekern und Apothekerinnen. Das heißt, dass Apotheken ihre offenen Stellen bei der PGK melden und diese versucht, eine passende Besetzung unter den Apothekern und Apothekerinnen zu finden, die über die PGK einen Job suchen. Die Jobvermittlung bezieht sich nur auf Akademiker und Akademikerinnen in Apotheken und nicht auf das übrige Personal. Letzteres wird über den externen Arbeitsmarkt ähnlich wie in anderen Berufen und Branchen gesucht.

Abbildung 23: Arbeitslosenquoten der Akademiker und Akademikerinnen sowie Apotheker und Apothekerinnen: 1975-1998



Im Jahresdurchschnitt 2006 waren bei der PGK 100 arbeitsuchende Apotheker und Apothekerinnen registriert. Dieser Nachfrage standen 77 offene Stellen gegenüber. Das ergibt eine Arbeitslosenquote der Apotheker und Apothekerinnen von 2%. Dies ist ein etwa ebenso hoher Wert wie für die Akademiker in der Gesamtwirtschaft in diesem Jahr. In einem Vergleich über eine längere Periode zeigt sich aber, dass die Arbeitslosenquote der Apotheker und Apothekerinnen doch meist geringer als die der Akademiker und Akademikerinnen im Allgemeinen war.

In dem Zusammenhang ist anzumerken, dass die Akademikerarbeitslosigkeit ähnlich wie die gesamte Arbeitslosigkeit erst seit den frühen achtziger Jahren an Bedeutung gewonnen hat. Sie ist aber stets geringer geblieben und zwar im Schnitt etwa halb so hoch wie die Gesamtarbeitslosenquote. Im Gefolge des wirtschaftlichen Strukturwandels verlieren nämlich zuneh-

mend auch Akademiker und Akademikerinnen, insbesondere auch ältere, ihren Arbeitsplatz und verfügen über verhältnismäßig schlechte Wiederbeschäftigungschancen, vor allem wenn sie ihr Einkommensniveau nicht verschlechtern wollen. Auch wenn die Arbeitslosenquote<sup>7)</sup> der Akademiker und Akademikerinnen nur etwa halb so hoch ist wie die anderer Qualifikationsgruppen, muss doch auch bedacht werden, dass nur ein vergleichsweise geringer Anteil der Akademiker und Akademikerinnen in der freien Wirtschaft arbeitet – etwa die Hälfte der Akademiker und Akademikerinnen ist im geschützten öffentlichen Sektor beschäftigt und damit auf einem internen Arbeitsmarkt. Unter diesem Gesichtspunkt gewinnt der Anstieg der Akademikerarbeitslosenquote von 0,2% im Jahre 1975 auf 2% im Jahre 2006 doch an Brisanz und bedarf gesonderter Aufmerksamkeit.

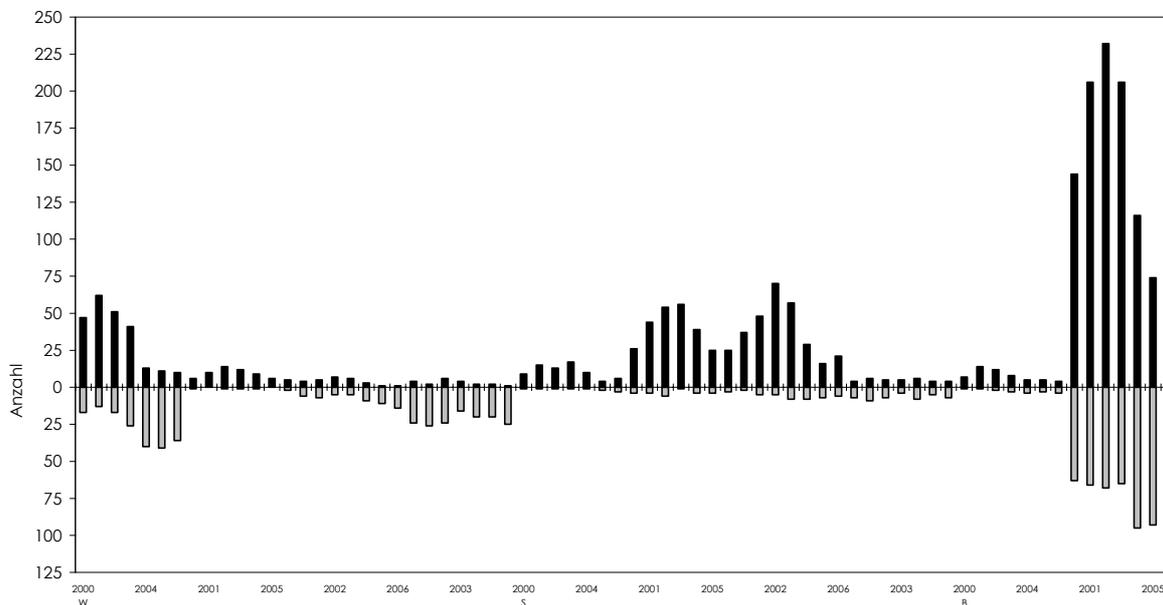
Was die Situation der Apotheker und Apothekerinnen anbelangt, so stehen nur Daten für die letzten 6 Jahre zur Verfügung. Die Entwicklung legt aber nahe, dass auch hier in sehr kurzer Zeit ein gewisser Wandel stattgefunden hat. Die Arbeitslosenquote der Apotheker und Apothekerinnen erhöhte sich nämlich von 2003 bis 2006 relativ abrupt, nämlich von 1,4% auf 2%. Die Hintergründe hierfür gilt es zu untersuchen. Ein Blick auf den Stellenandrang, d. h. die Relation aus offenen Stellen und Arbeitssuchenden, dokumentiert, dass es von einer ursprünglichen Knappheit an Apothekern und Apothekerinnen zu einem Überschuss gekommen ist. Im Jahr 2000 kam noch im Schnitt auf 2 offene Stellen ein stellenloser Apotheker, der einen Job suchte, während im Jahr 2006 auf eine offene Stelle mehr als ein Stellensuchender kam. Angesichts der geringen Zahlen von Stellensuchenden und offenen Stellen und der starken regionalen Streuung der Apotheken, empfiehlt sich ein Blick auf die regionale Mobilität bzw. den regionalen mismatch. Genauer gesagt wird untersucht, ob es zu einem verstärkten regionalen Auseinanderlaufen (mismatch) von Stellensuchenden und offenen Stellen gekommen ist.

Aus Abbildung 24 ist ersichtlich, dass sich das Zusammenspiel aus offenen Stellen und Stellensuchenden in einem regionalen Zusammenhang verändert hat. Es zeigt sich aber auch, dass erstmals im Jahr 2005 die Zahl der Stellenlosen (93) höher war als die Zahl der offenen Stellen (74). Diese Wende setzte sich im Jahr 2006 fort. Ein Blick auf die Bundesländerebene zeigt, dass es zwar einige Bundesländer gibt, die stets einen gewissen Überhang an offenen Stellen haben und andere, die ein Überangebot an Apothekern und Apothekerinnen haben. Zu den ersteren zählen vor allem Oberösterreich und Niederösterreich, in geringerem Maße auch Vorarlberg und Salzburg. Zu den letzteren zählt vor allem die Steiermark. Es zeigt sich aber, dass sich seit 2003 in Wien ein gewisses Überangebot an Stellensuchenden relativ zu den offenen Stellen herauskristallisiert, und dass sich der Stellenüberhang in Oberösterreich und Niederösterreich ebenso wie im Burgenland deutlich reduziert hat. Der regionale Mismatch von Angebot und Nachfrage ist somit über die Zeit geringer geworden und nicht höher.

---

<sup>7)</sup> Registrierte Arbeitslose in Prozent aller Erwerbspersonen.

Abbildung 24: Stellenlose Apotheker und Apothekerinnen und offene Stellen nach Bundesländern 2000-2006



Q: Die Österreichische Apotheke in Zahlen 2001-2007.

□ Stellenlose ■ offene Stellen

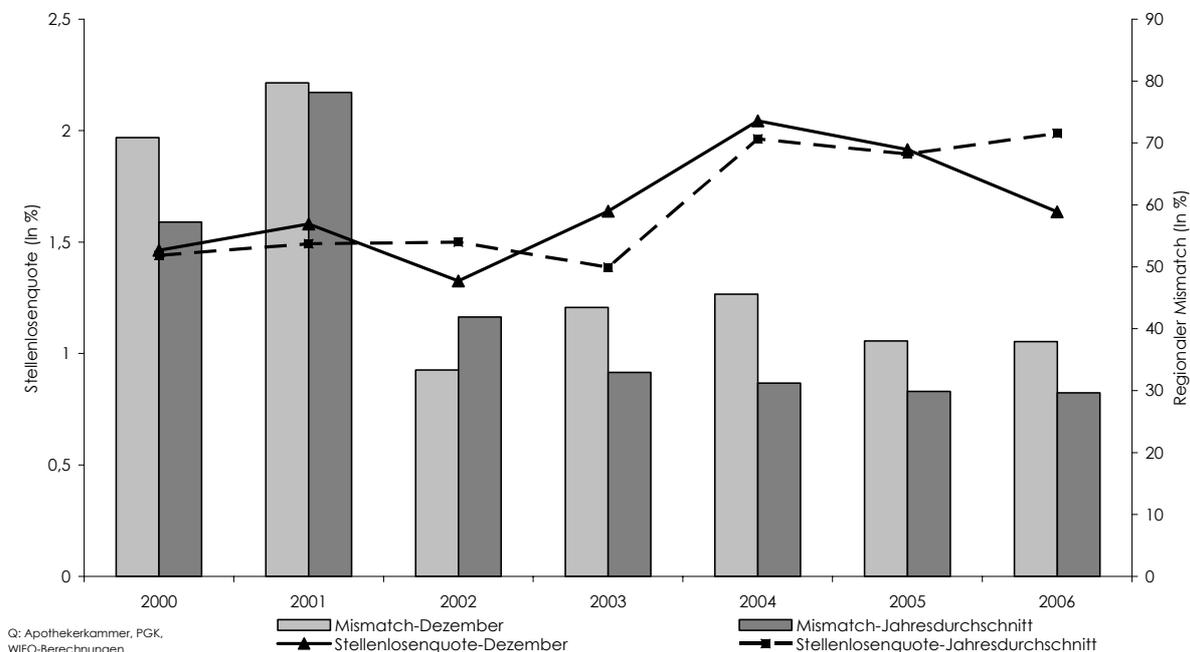
Aus Abbildung 25 ist ersichtlich, dass derzeit etwa 30% der Stellensuchenden in eine andere Region abwandern müssten, damit es zu einem Ausgleich von Angebot und Nachfrage kommt, während es im Jahr 2000 noch etwa 60% der Stellensuchenden hätten tun müssen.

Der Wandel von einer Situation des Nachfrageüberhangs zu einer des Angebotsüberhangs kann auch an hand einer Beveridge Kurve verdeutlicht werden. Daher wird eine Beveridge Kurve für die Apotheken berechnet und mit der gesamtwirtschaftlichen verglichen<sup>8)</sup>.

Eine Beveridge-Kurve gibt an, in welchem Verhältnis die Arbeitslosenquote mit der Quote der offenen Stellen steht. Sie liefert eine gute synthetische Darstellung der Entwicklungen des Prozesses des Ausgleichs von Angebot und Nachfrage. Wenn sich beide Komponenten gegenseitig verändern, also etwa die Arbeitslosenquote steigt und die offene Stellenquote sinkt, handelt es sich meist um ein konjunkturelles Phänomen. Wenn hingegen beide Variablen gleichzeitig steigen oder sinken, d. h. sich die Kurve nach außen oder nach innen verschiebt, ist das ein guter Indikator dafür, dass sich wesentliche Strukturmerkmale verändert haben bzw. dass sich Verhaltensmuster auf der Angebots- und Nachfrageseite verändert haben oder die Effizienz der Vermittlung von Jobs zu- oder abgenommen hat.

<sup>8)</sup> Mehr zur Entwicklung der Beveridge Kurve in Österreich und dem Mismatch von Angebot und Nachfrage auf dem Arbeitsmarkt in Biffi (2000A).

Abbildung 25: Stellenlosenquote und Regionaler Mismatch unter Apothekern und Apothekerinnen (var (ui/u))

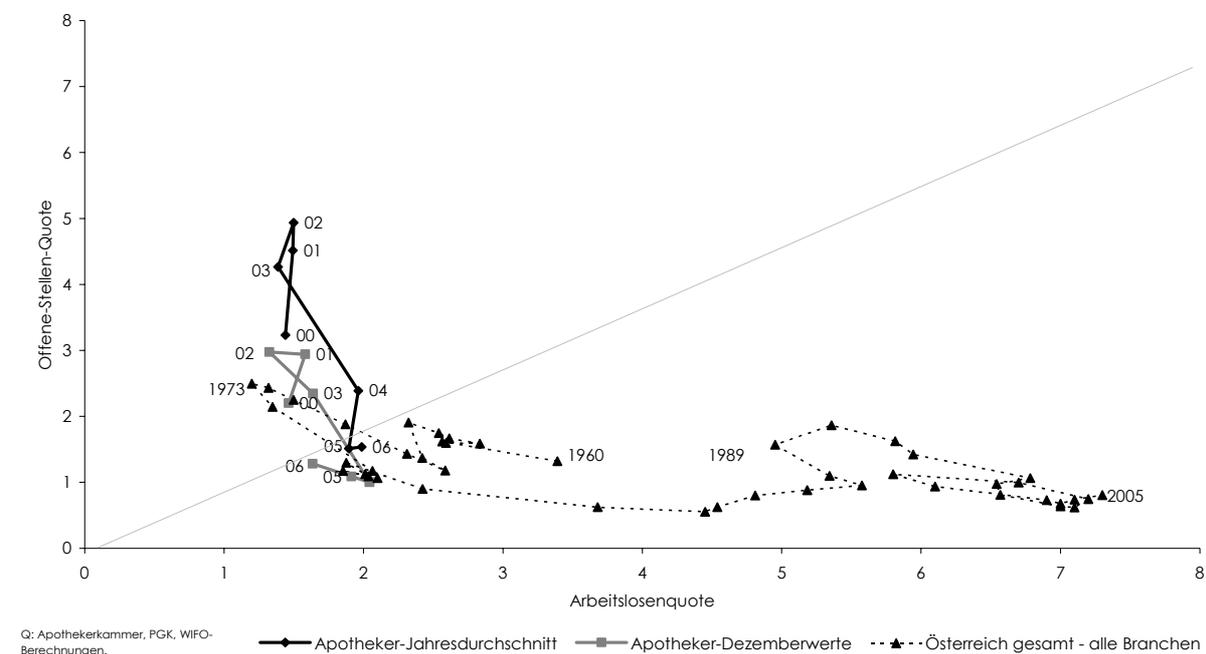


Wie aus der Abbildung 26 ersichtlich ist, hat sich in Österreich die Beveridge Kurve ab Mitte der achtziger Jahre nach rechts außen verschoben. Das besagt, dass es zunehmend strukturelle Faktoren gibt, die ein Zusammenführen der Arbeitssuchenden mit den am Markt angebotenen offenen Stellen erschwert. Dies kann bedeuten, dass der regionale Ausgleich nicht mehr so gut klappt wie in den Jahren davor, d. h. die Arbeitsplätze werden dort geschaffen, wo es kein ausreichendes Arbeitskräfteangebot gibt und/oder die Qualifikationen der Menschen, die arbeitslos geworden sind, stimmen nicht mit dem qualifikatorischen und beruflichen Anforderungsprofil der Jobs überein, die zur Besetzung ausgeschrieben werden. Es kann aber auch bedeuten, dass die Qualifikationsanforderungen und die Qualifikationsstruktur der Arbeitskräfte zunehmend entstandardisiert und spezialisiert sind, sodass das Matching komplexer und zeitaufwändiger wird und spezieller Matching Institutionen bedarf, die noch nicht in ausreichendem Maß geschaffen wurden. In Österreich spielen alle drei Faktoren eine Rolle für die Erklärung der zunehmenden Diskrepanz zwischen der Offenenstellenquote und der Arbeitslosenquote. Es muss aber auch vermerkt werden, dass es zwischen den sechziger und siebziger Jahren und der Zeit danach zu einem Wechsel von Arbeitskräfteknappheit zu Arbeitskräfteüberschuss gekommen ist, der allerdings in der Beveridge Kurve etwas überschätzt wird, da das Stellenangebot in einer zunehmend wissensorientierten Wirtschaft nicht mehr im selben Masse wie in der Zeit der industriellen

Massenproduktion vom Arbeitsmarktservice statistisch erfasst wird<sup>9)</sup>). Der Wechsel von einer Situation der Arbeitskräfteknappheit zu einer des Arbeitskräfteüberschusses ist aber wohl der Hauptgrund für die Verschiebung der Kurve nach rechts außen.

Was den Arbeitsmarkt der Apotheker und Apothekerinnen anbelangt, so ist der Ausgleichsprozess von Angebot und Nachfrage höchst effizient – ein Resultat der Vermittlung durch die PGK; der Matching-Prozess ist allerdings vergleichsweise einfach, da es sich bei der Vermittlung der Apotheker und Apothekerinnen um ein sehr eng definiertes, spezialisiertes Qualifikationsspektrum handelt. Das ist ein Grund dafür, dass die Beveridge Kurve der Apotheker und Apothekerinnen Ähnlichkeiten mit der gesamtwirtschaftlichen im Österreich der siebziger Jahre hat. Damals wurden nämlich vor allem Personen mit einfachen oder standardisierten Qualifikationen über den externen Arbeitsmarkt vermittelt. Einfache bzw. standardisierte Qualifikationen sind die Voraussetzung dafür, dass das Matching/die Vermittlung relativ rasch vonstatten geht, da die Personen bzw. ihre Qualifikationen substituierbar sind. Daher sind keine langen Suchprozesse für eine Vermittlung erforderlich. Die Bewegung entlang der Beveridge Kurve der Apotheker und Apothekerinnen zeigt den Übergang von einer Situation des Nachfrageüberhangs zu einer des Angebotsüberhangs in den letzten paar Jahren auf.

Abbildung 26: Gesamtwirtschaftliche Beveridge Kurve und Beveridge Kurve für Apotheker und Apothekerinnen



<sup>9)</sup> Der Einschaltungsgrad des AMS im Stellenmarkt ist nur im Bereich der Hilfs- und Anlernarbeit und bei Absolventen und Absolventinnen der Lehre hoch, nicht jedoch im Bereich höherer Qualifikationen, die aber spätestens seit den neunziger Jahren immer mehr nachgefragt werden. Genaueres hierzu in Biffi (2000A).

## 2.7 Gründe für den Anstieg der Arbeitslosenquote der Apotheker und Apothekerinnen

Aus den bisherigen Ausführungen ist ersichtlich, dass der Anstieg der Arbeitslosigkeit der Apotheker und Apothekerinnen in den letzten Jahren nicht auf eine zunehmende regionale Strukturdiskrepanz zurückzuführen ist, sondern dass das Angebot an Apothekern und Apothekerinnen rascher gestiegen ist als die Nachfrage. In der Folge wird zunächst der Angebotsentwicklung näheres Augenmerk geschenkt. Einerseits kann der Zustrom aus dem Universitätssystem zugenommen haben, andererseits das Beschäftigungsausmaß der Beschäftigten und/oder Übertritte aus den alternativen Beschäftigungsmöglichkeiten von Pharmazeuten und Pharmazeutinnen. Es kann aber auch die Erwerbsbeteiligung von Personen, die Pharmazie studiert haben, und zwar nach Alter und/oder Geschlecht zugenommen haben.

Aus Abbildung 27 ist ersichtlich, dass die Zahl der Absolventen und Absolventinnen der Pharmazie ab 2002/2003 sprunghaft angestiegen ist, und zwar auf über 250 Personen, während die Zahlen in der Vergangenheit um 200 oszillierten. Der jüngste Anstieg reicht aus, um den Anstieg in der Zahl der Stellensuchenden relativ zu den Offenen Stellen zu erklären.

Kurz zu den Studienorten: Pharmazie kann in Österreich in Wien, Graz und Innsbruck studiert werden. Im Wintersemester 2002/2003 waren in Wien 1.489, in Graz 578 und in Innsbruck 452 Studierende für Pharmazie inskribiert<sup>10)</sup>. Dies entspricht einer prozentuellen Verteilung auf Wien von 59%, auf Graz von 23% und auf Innsbruck von 18%. Die Bundesländer, in denen Pharmazie studiert werden kann, haben auch den größten Überhang an Stellensuchenden.

Dieser jüngste Anstieg der Zahl der Absolventen und Absolventinnen dürfte der Beginn eines längerfristig steigenden Trends sein. In der Abruptheit ist er allerdings mit der Einführung der Studiengebühren in Verbindung zu bringen. Letztere tragen vor allem zu einer Verringerung der Studiendauer bei. Der mehr oder weniger kontinuierliche Anstieg in der Zahl der Erstinskribierenden lässt aber erwarten, dass auch in Zukunft mit einem Anstieg der Absolventen und Absolventinnen der Pharmazie zu rechnen ist<sup>11)</sup>.

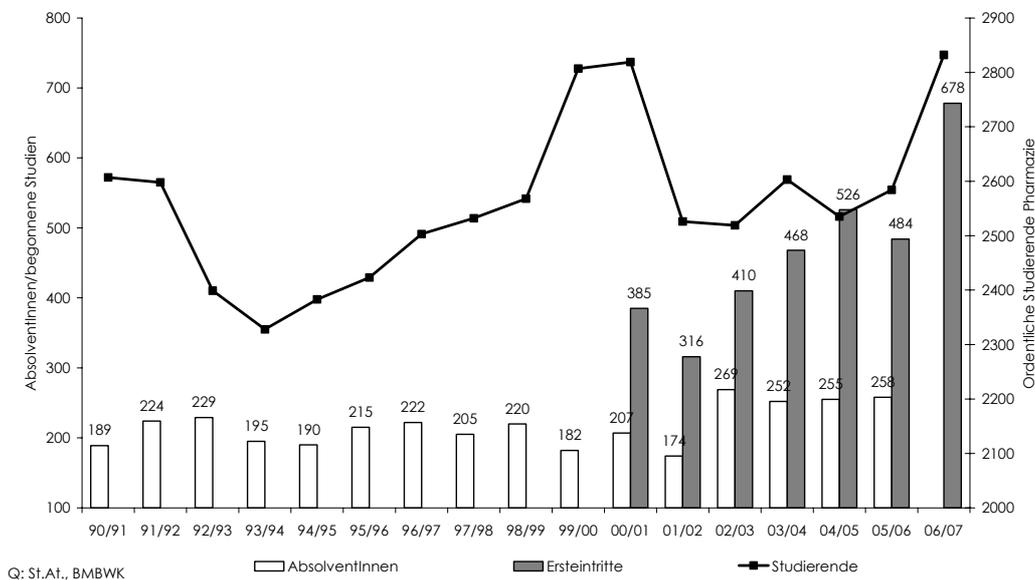
Das Pharmaziestudium weist einige Besonderheiten auf, welche in diesem Zusammenhang relevant erscheinen. Die durchschnittlichen Erfolgsraten des Studiums sind mit 61% die zweitbesten hinter denen der Medizin (70%) und der Anteil der ungebrochenen Studienverläufe bei den Absolventen und Absolventinnen (Anteil der Absolventen und Absolventinnen, welche kein anderes Studium vor dem abgeschlossenen begonnen haben) ist mit 90% der höchste (Dell'mour – Landler, 2002). Auffällig ist, dass ein zunehmender Anteil der Studierenden aus dem Ausland kommt: im WS2006/07 waren 18% der Pharmaziestudierenden AusländerInnen, was etwa dem Schnitt unter allen Studierenden in Österreich entspricht.

---

<sup>10)</sup> Quelle: Hochschulstatistik 1990/9-2006/07.

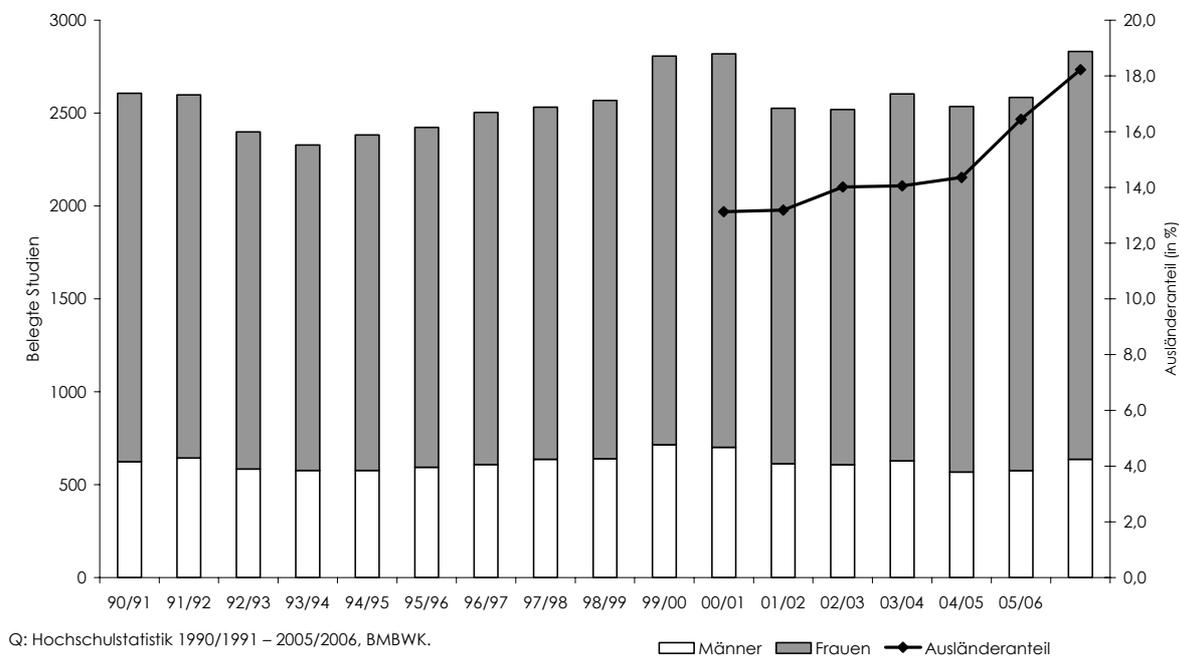
<sup>11)</sup> Quellen: Hochschulbericht 2002, bmbwk: Liste aller von ordentlichen Studierenden belegten Studienrichtungen 1999-2005: <http://www.bmbwk.gv.at/universitaeten/stats/studien.xml>.

Abbildung 27: Studierende und Absolventen und Absolventinnen der Pharmazie



Q: Hochschulstatistik.

Abbildung 28: Belegte Studien von ordentlichen Hörern



### **3. Der Arbeitsmarkt der Apotheker und Apothekerinnen und die Rolle der Gehaltskasse**

#### **3.1 Historischer Hintergrund und Gesetzesauftrag**

Die Pharmazeutische Gehaltskasse (PGK) ist eine im nationalen und internationalen Vergleich einzigartige Einrichtung. Sie verwaltet den Apothekerarbeitsmarkt, um genau zu sein – den der Akademiker und Akademikerinnen. Die Hauptaufgabe ist die zentrale Verwaltung der Entlohnung, daher 'Gehaltskasse', der angestellten Apotheker und Apothekerinnen. Sie ist an der Schnittstelle von Angebot an und Nachfrage nach Apothekern und Apothekerinnen angesiedelt und agiert als Vermittlerin bei der Jobsuche zwischen beiden Seiten; des Weiteren wickelt sie die Rezeptverrechnung mit den Krankenkassen zentral ab und bietet ihren Mitgliedern eine Reihe von Sozialleistungen.

#### *Kurzer Abriss der Geschichte der Pharmazeutischen Gehaltskasse*

1906 wurde mit dem Apothekengesetz ein Konzessionssystem für Apotheken geschaffen. Zur Verbesserung der sozialen Lage von angestellten Apothekern wurde 1908 die "allgemeine Gehaltskasse der Apotheker Österreichs" gegründet – vorerst auf freiwilliger Basis. Ziel war, eine mit dem Alter steigende Entlohnung (Senioritätsentlohnung) für angestellte Apotheker zu erwirken, ohne dadurch dem einzelnen Dienstgeber Kostensteigerungen zu verursachen, wenn Apotheker älter wurden. Dies konnte nur über ein Umlagesystem erreicht werden, das über eine zentrale Verrechnungsstelle läuft. Die Grundidee ist, dass jeder Dienstgeber für alle angestellten Apotheker und Apothekerinnen einen einheitlichen Satz an die Zentralstelle abliefern, diese jedoch einen nach Dienstalter differenzierten Betrag an die Dienstnehmer auszahlt. In diesem System wurde die PGK in der Frage der Entlohnung der Mittler zwischen dem Dienstgeber und dem Dienstnehmer. Die Umsetzung dieses Umlagesystems gestaltete sich anfänglich schwierig, da sie auf freiwilliger Basis erfolgen sollte. Das widerspricht aber der Idee eines Umlageverfahrens, in dem nicht nur alle Dienstgeber sondern auch alle Dienstnehmer unabhängig von Alter und Geschlecht erfasst werden müssen, wenn es funktionieren soll. In der Folge kam es 1919 zu einer gesetzlichen Regelung, in der die Pflichtmitgliedschaft aller Apotheken bei der PGK eingeführt wurde. Die Pharmazeutische Gehaltskasse ist bis heute eine öffentlich-rechtliche Körperschaft für das gesamte Bundesgebiet mit Sitz in Wien und bildet eine Verwaltungsgemeinschaft mit der Österreichischen Apothekerkammer.

Der gesetzliche Auftrag (vgl. Gehaltskassengesetz 2002 § 1 Abs. 2) an die Pharmazeutische Gehaltskasse lässt sich zusammenfassend in drei Bereiche gliedern:

- Bemessung und Auszahlung der Bezüge aller Pharmazeuten und Pharmazeutinnen, die aufgrund eines Dienstvertrages in einer öffentlichen Apotheke oder einer Anstaltsapotheke tätig sind.
- Verrechnung der Krankenkassenrezepte für die Apotheken mit den Sozialversicherungsträgern.

- Soziale und wirtschaftliche Absicherung und Unterstützung für Mitglieder und ehemalige Mitglieder, deren Angehörige oder Hinterbliebene sowie für Studierende der Pharmazie.

### 3.2 Das Besoldungssystem der Pharmazeutischen Gehaltskasse im Überblick

Alle Arbeitgeber zahlen in die Gehaltskasse den gleichen Stundenlohn für jeden angestellten Apotheker und jede angestellte Apothekerin, d. h. der Betrag, der pro Person an die PGK abgeliefert wird, differiert nur nach dem geleisteten Dienstaussmaß. Die Gehaltskasse zahlt die Gehälter entsprechend der jeweiligen Gehaltsstufe an die Besoldeten aus. Dieses Gehalt stellt den überwiegenden Teil der Bezüge dar; ergänzt wird das Einkommen durch eine Ausgleichszulage, welche alle angestellten Apotheker und Apothekerinnen entsprechend ihrem Dienstaussmaß direkt vom Arbeitgeber erhalten.

In der Folge wird auf die Gehaltsstruktur<sup>12)</sup> näher eingegangen. Dabei wird ein hoher Grad der Differenzierung der Gehaltsstruktur ersichtlich, die ein Spezifikum des Angestelltenbereiches und des öffentlichen Sektors in Österreich ist. Ein derartig stark untergliederter Stufenbau der Lohn- und Beschäftigungshierarchie nach Dienstalter wie in Österreich ist im internationalen Vergleich äußerst selten<sup>13)</sup>. Senioritätsregeln werden nicht zuletzt infolge der Alterung der Erwerbsbevölkerung immer seltener bzw. in ihrem Ausmaß reduziert, da sie die Beschäftigungschancen Älterer beeinträchtigen (OECD, 2005).

#### 3.2.1 Beschäftigungsformen in Apotheken

In Apotheken gibt es wie eingangs erwähnt, verschiedene Berufe und Beschäftigungsverhältnisse. Die folgende Aufzählung gibt einen differenzierteren Einblick:

- **Apotheker und Apothekerinnen**, diese untergliedern sich in
  - **Aspiranten und Aspirantinnen:** Aspiranten und Aspirantinnen sind Absolventen und Absolventinnen des Studiums der Pharmazie, welche ein vorgeschriebenes weiteres Ausbildungsjahr zur Sammlung von Berufspraxis in einer Apotheke absolvieren. Die Entlohnung von Aspiranten und Aspirantinnen erfolgt über die Gehaltskasse und ist an die Gehälter der unselbständigen Apotheker und Apothekerinnen gekoppelt.
  - **Unselbständige (vertretungsberechtigte) Apotheker und Apothekerinnen:** Pharmazeuten, welche das Aspirantenjahr absolviert haben, dürfen in öffentlichen und Anstaltsapotheken als vertretungsberechtigte Apotheker und Apo-

---

<sup>12)</sup> Wenn im Weiteren von Gehalt gesprochen wird, so ist damit nur das von der Gehaltskasse ausgezahlte Gehalt gemeint.

<sup>13)</sup> Auch in Deutschland kommt es zu einer deutlichen Erosion der Flächentarifverträge und der Zahl der Lohnstufen; gleichzeitig werden zunehmend Wege gesucht, wie man leistungsorientierte Elemente in die Entlohnung in den verschiedenen Berufen und Tätigkeiten einführen kann. Mehr dazu in *Bispinck* (2003) und *Artus* (2001).

thekerinnen arbeiten. Ihre Entlohnung erfolgt durch die Gehaltskasse nach dem Gehaltsschema.

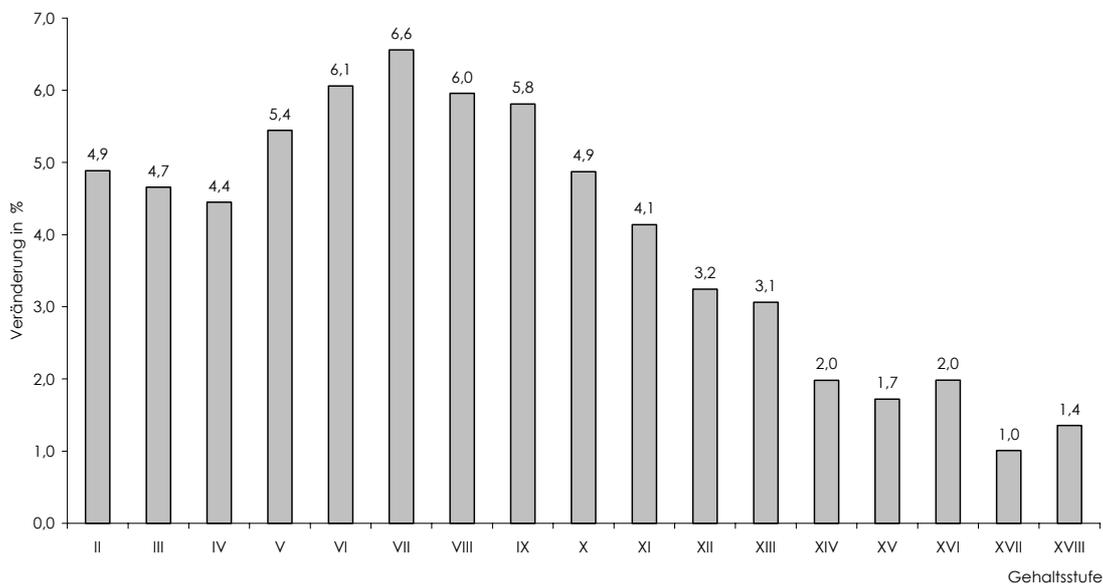
- **Selbständige Apotheker und Apothekerinnen:** Nach fünfjähriger Tätigkeit als unselbständiger Apotheker erwirbt man die Berechtigung, sich selbständig zu machen und Konzession und Leitung einer Apotheke zu übernehmen und unter bestimmten Umständen eine neue Apotheke zu gründen. Die Entlohnung erfolgt nicht über die Gehaltskasse.
- **RisikenausgleicherInnen:** Angehörige eines selbständigen Apothekers oder Miteigentümers einer Apotheke, die in dessen Apotheke als pharmazeutische Fachkraft tätig sind, können auf die Besoldung durch die Gehaltskasse verzichten. Macht ein Mitglied von dieser Möglichkeit Gebrauch, so wird es zum 'Risikenausgleicher'. Der Entlohnungsanspruch des Risikenausgleichers richtet sich zur Gänze direkt an den Dienstgeber und ist der Höhe nach identisch mit der Gesamtbesoldung eines durch die Gehaltskasse besoldeten angestellten Apothekers. Dienstzeiten als Risikenausgleicher sind vollwertige Dienstzeiten, sie werden sowohl bei einer späteren Besoldung durch die Gehaltskasse als auch für die Pensionszuschussleistungen der Gehaltskasse wie Dienstzeiten als besoldeter Apotheker eingestuft.
- **Pharmazeutische Kaufmännische Assistenten und Assistentinnen (PKA):** sind Absolventen und Absolventinnen der gleichnamigen Lehre in einer Apotheke. Die Aufgaben sind in erster Linie kaufmännischer Natur. Die Entlohnung erfolgt direkt durch den Dienstgeber.
- **Hilfspersonal:** Ist für Hilfstätigkeiten, wie etwa Reinigungsarbeiten zuständig. Die Entlohnung erfolgt direkt durch den Dienstgeber.

### 3.2.2 *Das Prinzip der Senioritätsentlohnung wird durch Elemente der Leistungsentlohnung in Kombination mit dem Umlagesystem verstärkt*

Das Gehaltsschema kennt 18 Gehaltsstufen. Aus Abbildung 29 sind die Steigerungsraten ersichtlich, um die Apotheker und Apothekerinnen nach jeweils zwei Dienstjahren in die nächste Gehaltsstufe aufrücken (Biennalsprünge). Die Aufrückung erfolgt seit 1998 unabhängig vom Dienstaussmaß. Die prozentuale Steigerungsrate des Gehalts nimmt mehr oder weniger kontinuierlich bis zur Gehaltsstufe VII zu und verringert sich im Anschluss daran mit höherem Lohnniveau. Das monatliche Bruttohöchstgehalt in Gehaltsstufe XVIII war im Jahr 2005 fast doppelt so hoch wie das Bruttoanfangsgehalt der Gehaltsstufe I bei Volldienst (von 2.028 € auf 3.897 €).

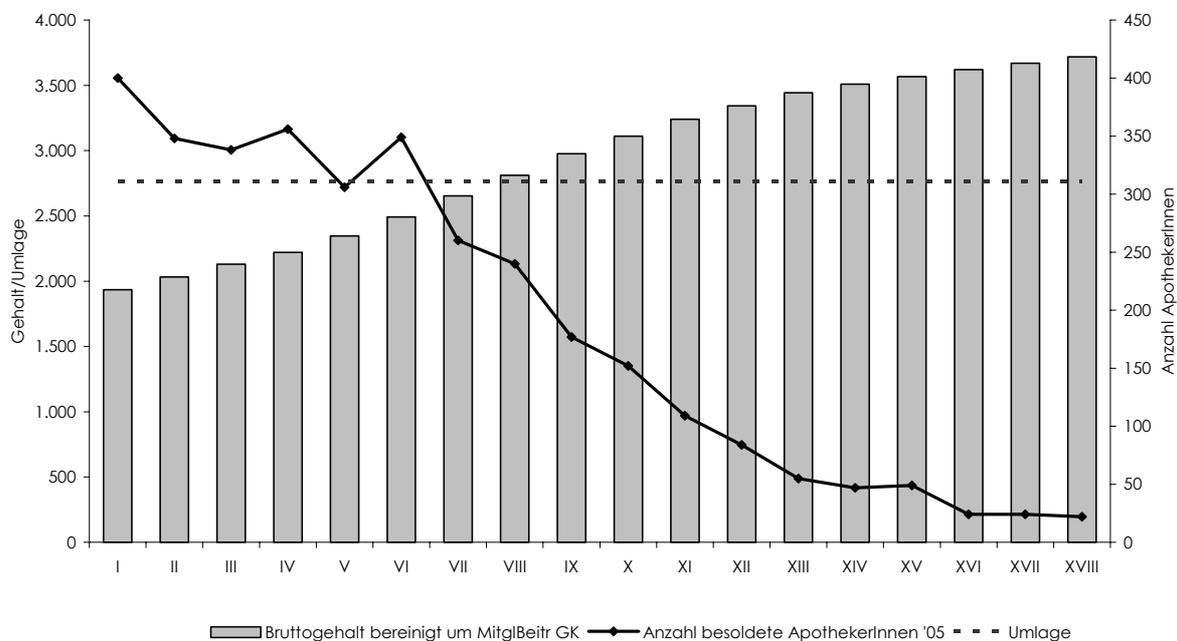
Für den Dienstgeber entstehen kaum mehr Kosten pro Kopf, wenn die vollzeitbeschäftigten Apotheker und Apothekerinnen älter werden und im Zeitverlauf im Schnitt in höhere Gehaltsstufen aufrücken. Dies ist das Geheimnis des Umlagesystems, in dem die Gehaltskasse die aus der Alterung entstehende Kostendynamik errechnet und eine adäquate generelle Anhebung des Beitragssatzes pro Kopf vornimmt.

Abbildung 29: Steigerungsrate des Gehalts von vertretungsberechtigten Apothekern und Apothekerinnen im Vergleich zur vorherigen Gehaltsstufe in %



Q: Jahresbericht der PGK.

Abbildung 30: Apotheker, Apothekerinnen und Gehalt nach Gehaltsstufen, sowie Umlage



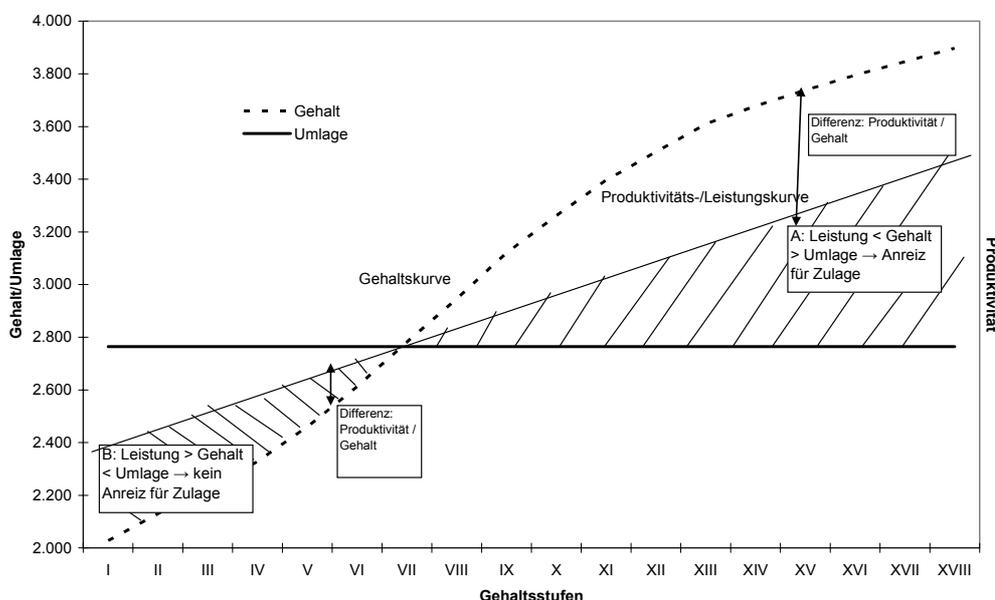
Q: Jahresbericht der PGK 2005.

Wie aus Abbildung 30 ersichtlich ist, war die Umlage, die der Dienstgeber an die PGK abliefern, im Jahr 2005 bis zur Gehaltsstufe VIII höher als das Bruttogehalt der DienstnehmerInnen. In

den höheren Gehaltsstufen liegt die Umlage hingegen unter dem Gehaltsniveau der DienstnehmerInnen. In Abbildung 30 sind die Bruttogehälter um die Gehaltskassenmitgliedsbeiträge von 4,6% bereinigt und beinhalten keine Zuzahlungen. Die Umlage, die nur 12-mal jährlich bezahlt wird, wurde auf 14 Zahlungen im Jahr umgerechnet.

So gesehen leisten die jüngeren besoldeten Apotheker und Apothekerinnen, die unter der achten Gehaltsstufe liegen, quasi einen Solidaritätsbeitrag für die älteren, welche über der achten Gehaltsstufe liegen. Ein Vergleich der Abbildung 30 mit Abbildung 29 zeigt, dass sich die Gehaltssteigerungen bis zur neunten Gehaltsstufe auf hohem Niveau befinden und dann rapide absinken. Damit wird das Gehalt relativ rasch an die Höhe der Umlage herangeführt, um dann nur mehr unterdurchschnittlich zu steigen.

Abbildung 31: Effekt der Leistungsentlohnung (Zulagen) auf das Einkommen in einem senioritätsbasierten Umlagesystem



Will ein Dienstgeber besondere Leistungen der DienstnehmerInnen vergüten, etwa einen Effizienzlohn zahlen, um die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen an sich zu binden, kann er Zuzahlungen leisten (Überzahlungen). Zuzahlungen werden aber nur für Leistungen gezahlt, die im subjektiven Empfinden des Arbeitgebers ein höheres Entgelt als das der Umlage rechtfertigen (Annahme der imperfekten Information eines rationalen Arbeitgebers). Damit kann es dazu kommen, dass eine Leistungsentlohnungskomponente noch zu einer Senioritätskomponente hinzukommt. Diese Überlegungen, die zu einer Verzerrung der Entlohnung infolge der Einführung von Leistungselementen (Zulagen) in ein Senioritätssystem führen, werden in Abbildung 31 skizziert. Es entstehen prinzipiell zwei Fehlallokationen: die eine besteht darin, dass die überdurchschnittliche Leistung bzw. Produktivität eines älteren Apothekers und einer älteren Apothekerin kleiner als das Gehalt aber höher als die Umlage sein kann – das ist der

Fall in der Fläche A in der Graphik, in der die Produktivitätskurve unter der Gehaltskurve liegt aber über der Umlage. Der Arbeitgeber zahlt eine Zulage, weil die Produktivität höher ist als die Umlage – jedoch ist das Gehalt ohnehin schon höher, als die Produktivität/Leistung der Person rechtfertigen würde. Die zweite Fehlallokation entsteht dadurch, dass junge Apotheker und Apothekerinnen, die eine höhere Leistung erbringen als ihrem Gehalt entspricht – das ist die Fläche B, keine Zulage erhalten, da die Leistung insgesamt noch geringer als die Höhe der Umlage ist. Dadurch wird die höhere Leistungsbereitschaft der Jungen nicht abgegolten, was in einem produktivitätsorientierten Entlohnungssystem allerdings der Fall wäre.

Das Resümee aus diesen Überlegungen ist, dass die Produktivität nicht notwendigerweise mit dem Alter so stark zunimmt, wie in der SenioritätSENTLOHNUNG unterstellt wird. Eine Reduzierung im Anstieg der Gehaltszuwächse bei steigendem Dienstalter würde daher mehr Spielraum für eine leistungsorientierte Entlohnung zulassen.

### 3.2.3 Zusätzliche Leistungen des Arbeitgebers und der Gehaltskasse

Dem Kollektivvertrag für pharmazeutische Fachkräfte zufolge haben DienstnehmerInnen Anspruch auf Leistungen, die vom Dienstgeber direkt zu entrichten sind und die über die Entlohnung der Gehaltskasse hinausgehen. Diese zusätzlichen Bezüge sind in Übersicht 2 aufgezählt.

Aber auch die Gehaltskasse erbringt zusätzliche Leistungen; so etwa die Auszahlung einer Kinderzulage (im Jahr 2006 81 € je Kind und Monat), einer Haushaltszulage für verheiratete DienstnehmerInnen oder DienstnehmerInnen mit Kind in der Höhe von 30 € monatlich sowie eine Aushilfe für unversorgte im gemeinsamen Haushalt lebende Elternteile des Dienstnehmers in Höhe der Kinderzulage.

Übersicht 2: Kollektivvertragliche Bezüge von pharmazeutischen Fachkräften 2006

	Vertretungsberechtigte Apotheker und Apothekerinnen	Aspiranten und Aspirantinnen
Ausgleichszulage (14x)	855,00	470,70
Leiterzulage (14x)	866,70	
Stellvertretende Leiterzulage (ab dem 1. Tag bei längerer Vertretung als 3 Tage) pro Tag	17,30	
Belastungszulage I (12x)	1.029,90	
Belastungszulage II (12x)	720,90	
Grundstunde	21,87	
Nachtarbeitszuschlag (Turnus I bis III)	131,70	
(Turnus IV bis V)	144,00	
(ab Turnus VI)	148,30	
Mantelwäsche	4,00	4,00
Reisezulage (Kollektivvertrag Art. II Abs. 7): Tagesgebühr	30,00	
Gefahrenzulage (Kollektivvertrag Art. XVIII): Abs. 6 lit.a) monatlich	145,00	
Abs. 6 lit.b) stündlich	2,40	

Darüber hinaus bietet die PGK ihren Mitgliedern eine Reihe von Sozial- und Unterstützungsleistungen, welche hier nicht ausführlicher behandelt werden. Diese reichen von zusätzlicher Altersversorgung über Zuschüsse bei Krankheit oder Geburt eines Kindes bis hin zur Unterstützung von umsatzschwachen Landapotheken.

## **4. Das österreichische Apothekenwesen**

Bevor auf die Frage der Auswirkung des Systems der PGK auf die Beschäftigungschancen der Apotheker und Apothekerinnen eingegangen werden kann, ist auf die besondere Situation des Apothekerwesens einzugehen. Auch die Frage nach der Übertragbarkeit des Modells auf andere Berufe oder Branchen kann nur beantwortet werden, wenn klar wird, ob das hundertjährige Bestehen dieses Systems im Wesen des Apothekemarktes und seiner spezifischen Organisationsstruktur begründet ist.

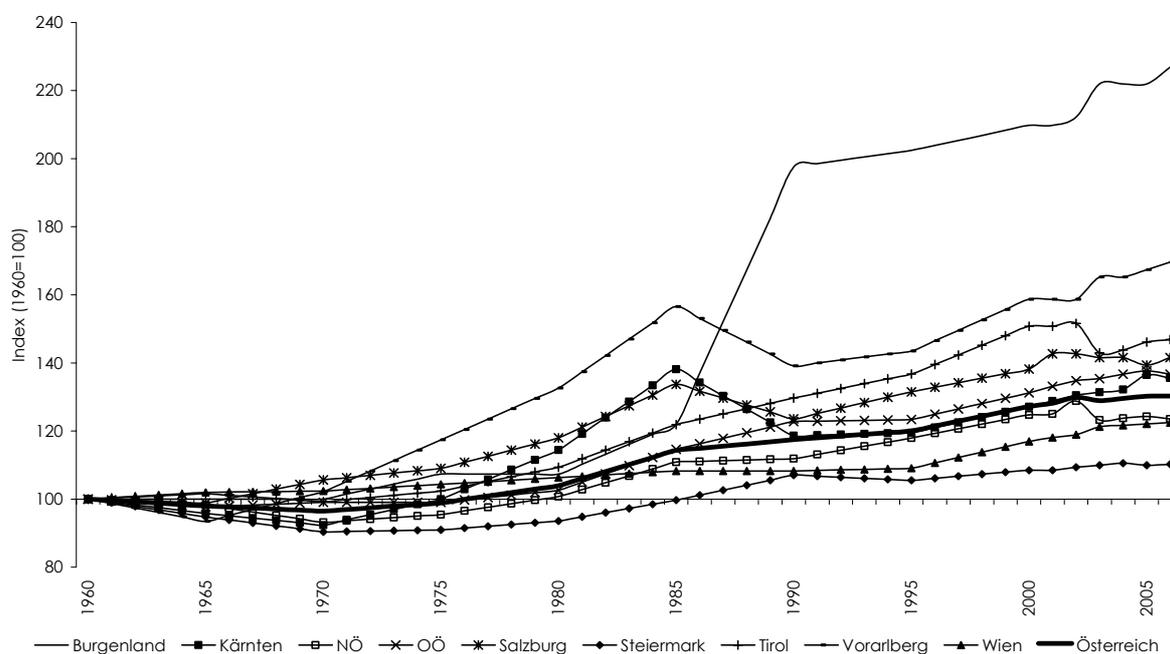
### **4.1 Typen von Apotheken und ihre Entwicklung**

Die Besonderheiten dieses Marktes liegen in ihrem engen Konnex mit dem Gesundheitssystem begründet. Die Apotheken sind in Österreich die Hauptbezugsquelle für Arzneimittel. Als solche sind sie einer Fülle von gesetzlichen Bestimmungen unterworfen, die auch die Organisation des Arbeitsmarktes betreffen. Eine wesentliche gesetzliche Voraussetzung für die Ausübung des Berufs von Apothekern und Apothekerinnen ist das abgeschlossene Studium der Pharmazie. Das bedeutet, dass der Arbeitsmarkt der Apotheker und Apothekerinnen in stärkerem Maße als andere Berufe eine starke fachliche Zugangsbeschränkung aufweist. Eine weitere wichtige gesetzliche Vorgabe ist das Verbot von Mehrbesitz (eine Filialapotheke ausgenommen), sowie der Gebietschutz, die Exklusivvertriebsrechte für Arzneimittel sowie das Verbot des Versandhandels von Arzneimitteln, die allesamt den Wettbewerb einschränken. Allerdings ist nicht nur auf der Seite der Apotheken der Wettbewerb eingeschränkt, sondern auch auf der Nachfrageseite; mit der Krankenkasse als wichtigstem Abnehmer steht den Apotheken ein Quasi-Monopol gegenüber, das Einfluss auf die Preise der Arzneimittel und die Handelsspannen hat. Damit sind den Gewinnmöglichkeiten der Apotheken enge Grenzen gesetzt. So gesehen gibt es auf beiden Seiten, d. h. der Angebots- und Nachfrageseite am Arzneimittelmarkt keine volle Wettbewerbssituation sondern monopolistische oder oligopolistische Strukturen. In der Folge ist es notwendig, gesetzliche Rahmenbedingungen zu schaffen, die das Wohl des Individuums, d. h. der Konsumenten und Konsumentinnen von Arzneimitteln, in den Vordergrund stellen.

Neben den öffentlichen Apotheken gibt es noch Anstaltsapotheken, sowie mit einer Arztpraxis verbundene Hausapotheken, die zur Abgabe von Arzneimitteln berechtigt sind. Zu Beginn

des Jahres 2007 gab es in Österreich 2.244 Apotheken<sup>14)</sup>, davon waren etwas mehr als die Hälfte öffentliche Apotheken (53,5%) und etwas weniger (43,6%) Hausapotheken. Anstalts- (2,2%) und Filialapotheken (0,8%) spielen eine zahlenmäßig untergeordnete Rolle. Aus Abbildung 32 ist ersichtlich, dass die Zahl der Apotheken zwischen 1960 und 2006 anstieg. Der Zuwachs war allerdings ungleich auf die Bundesländer verteilt (Abbildung 33). Einige Bundesländer weiteten die Zahl der Apotheken stark aus – hierzu gehören vor allem Burgenland (zwischen 1985 und 1990) und Vorarlberg (zwischen 1970 und 1985), gefolgt von Salzburg, Kärnten und Tirol – während andere wie Steiermark und Wien einen eher verhaltenen Anstieg aufwiesen.

Abbildung 32: Entwicklung der Zahl der Apotheken nach Bundesländern (1960 bis 2006)



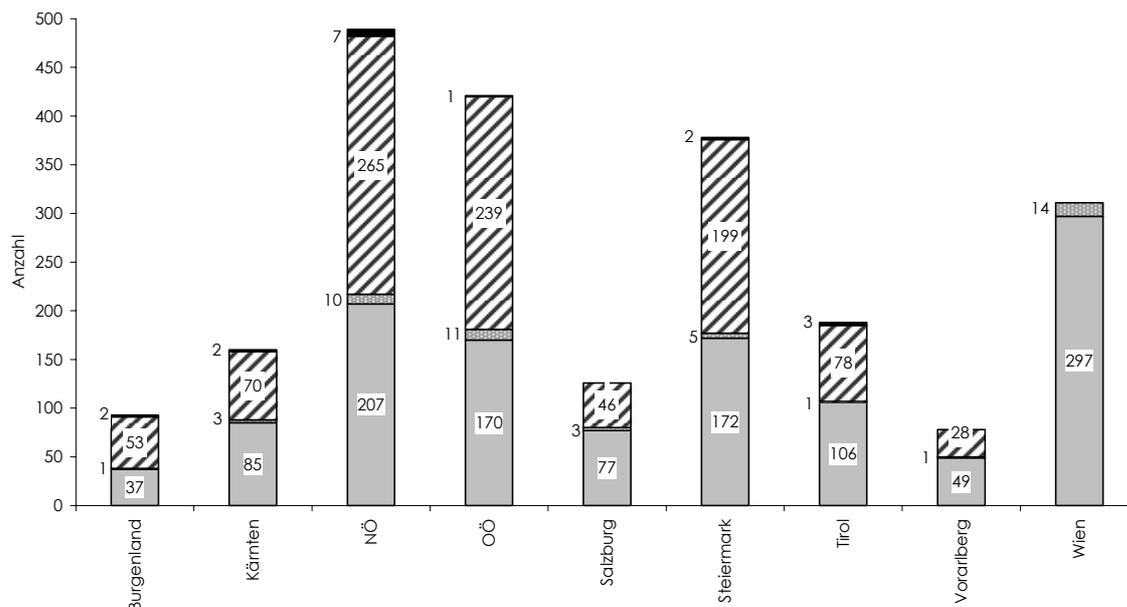
Q: Jahrbuch der Gesundheitsstatistik.

Wien hat zum Beispiel keine Hausapotheken, da eine solche nur dann eröffnet werden darf, wenn es keine öffentliche Apotheke im Umkreis gibt. Im Gegensatz dazu machen Hausapotheken im Burgenland, in Ober- und Niederösterreich sowie in der Steiermark mehr als die Hälfte der Apotheken aus. Ärztliche Hausapotheken gewährleisten nämlich zu einem großen Teil die Versorgung mit Medikamenten in kleineren Orten, in denen der Betrieb einer Apotheke unrentabel wäre. Das erklärt, warum diese beiden Formen der Arzneimittelversorgung in einem gewissen Konkurrenzverhältnis stehen. Jedoch ist seit einiger Zeit ein Trend weg von

<sup>14)</sup> 5 Apotheken sind sowohl öffentliche Apotheken wie auch Krankenhausapotheken und wurden doppelt gezählt. Die tatsächliche Zahl ist somit um 5 geringer und beträgt 2.239.

Hausapotheken und hin zu öffentlichen Apotheken zu erkennen. So ist etwa zwischen 1999 und 2006 die Zahl der Apotheken um 10,4% gestiegen, während die Zahl der Hausapotheken gleichzeitig um 3,1% abgenommen hat<sup>15)</sup>.

Abbildung 33: Verteilung der Apotheken nach Typen und Bundesländern (Stand 1. Jänner 2007)



Q: Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2006. ■ Öffentliche Apotheken ■ Anstaltsapotheken ▨ Hausapotheken bei Ärzten ■ Filialapotheken

## 4.2 Umsätze der Apotheken

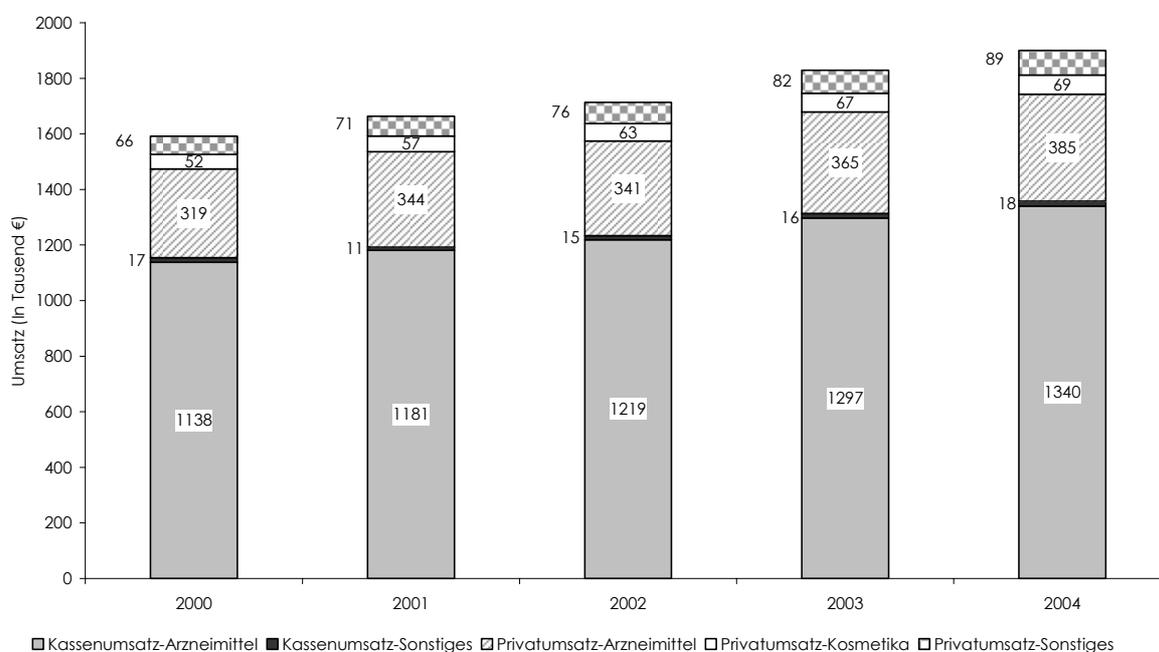
Bei den Umsätzen von Apotheken ist zwischen Kassenumsätzen und Privatumsätzen zu unterscheiden; erstere sind die Umsätze, die mit Krankenkassen abgewickelt werden. Diese Differenzierung ist infolge unterschiedlicher Spannen bei Arzneimitteln von Bedeutung. Der Kassenumsatz mit Medikamenten beträgt rund 70%, der Privatumsatz mit Medikamenten rund 20% der Umsätze. Neben Arzneimitteln können Kosmetika und sonstige Artikel vertrieben werden.

Aus Abbildung 34 ist ersichtlich, dass sich die Umsatzstruktur der Medianapotheke zwischen 2000 und 2004 nicht merklich verändert hat, jedoch stieg der Umsatz insgesamt in dieser Zeit um 19%. Dies ist die Folge einer Kombination von Faktoren, allen voran der Umstand der zunehmenden Größe der Medianapotheke. Der Trend zu größeren Apotheken geht aus Abbildung 35 hervor.

<sup>15)</sup> Statistik Österreich, Statistische Jahrbücher 200-2007.

Die Zahl der Apotheken mit 2 bis 4 unselbstständig Beschäftigten hat sich von 1981 bis 2001 um beinahe die Hälfte verringert (von 225 auf 115), wohingegen die Zahl der Apotheken mit mindestens 5 unselbstständig Beschäftigten deutlich gestiegen ist. Die Zahl der Apotheken mit 5 bis 9 unselbstständig Beschäftigten stieg von 1981 bis 2001 um 32% von 461 auf 609, jene der Apotheken mit 10 bis 19 unselbstständig Beschäftigten um 159% von 137 auf 355<sup>16)</sup>. Besonders zu betonen ist die zunehmende Dynamik der Veränderung. Während sich die Größenstruktur zwischen 1981 und 1991 nur geringfügig veränderte, beschleunigte sich der Strukturwandel von 1991 bis 2001 markant. In den für den Wandel der Größenstruktur hauptverantwortlichen Bereichen der Apotheken mit 2 bis 19 unselbstständig Beschäftigten lagen die Veränderungsraten von 1981 bis 1991 bei 13,3%, 13,7% und 42,3%, wohingegen diese in den darauf folgenden zehn Jahren bei 41%, 16,2% und 82,1% lagen<sup>17)</sup>.

Abbildung 34: Umsatzteile der Medianapotheke 2000-2004



Q: Apothekerkammer: Apodaten 2001-2006.

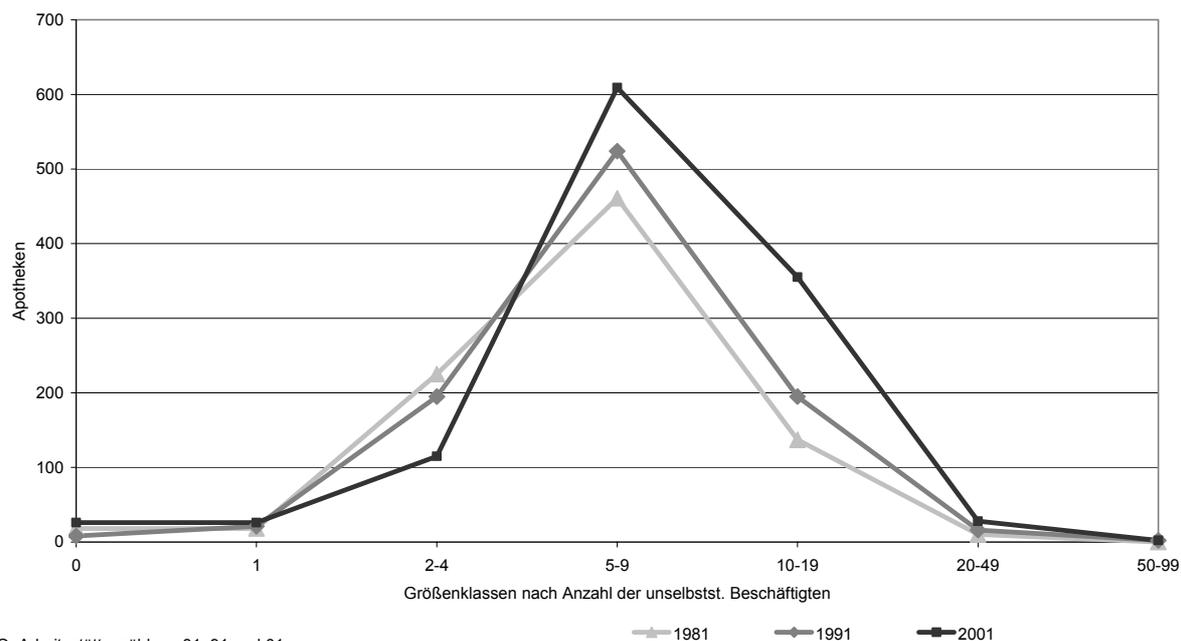
Betrachtet man die Verteilung der unselbstständig Beschäftigten auf die Apotheken nach diesen Größenklassen, so arbeiteten 2001 bereits 44,5% in Apotheken der Klasse 10 bis 19 Mitarbeiter, 43,5% in der Klasse von 5 bis 9 und 3,9% in der Klasse von 2 bis 4 Mitarbeitern.

<sup>16)</sup> In welchem Ausmaß dieser starke Zuwachs auf die Steigerung der Zahl der Teilzeitbeschäftigten zurückzuführen ist, ohne dass es zu einer vergleichbaren Ausweitung des tatsächlichen Arbeitsvolumens gekommen ist, gäbe es zu untersuchen.

<sup>17)</sup> Volkszählung 1981, 1991, 2001.

Im Vergleich dazu arbeiteten 1981 nur 29% in Apotheken mit 10 bis 19 Mitarbeitern, 52,9% in solchen mit 5 bis 9 und noch 13,1% in Apotheken mit 2 bis 4 Mitarbeitern. Das Wachstum der Zahl der unselbständig beschäftigten Apotheker und Apothekerinnen zwischen 1996 und 2005 entfiel zu gleichen Teilen auf einen Anstieg der Zahl der Apotheken und den der Zahl der angestellten Apotheker und Apothekerinnen pro Apotheke<sup>18)</sup>.

Abbildung 35: Größenstruktur der Apotheken 1981, 1991 und 2001



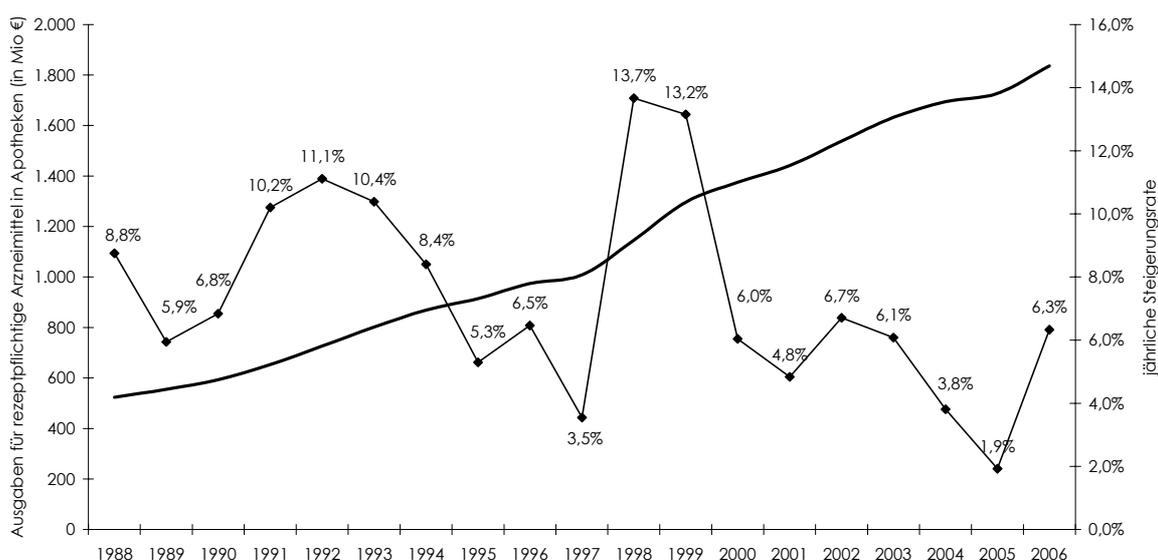
Die Ausgabensteigerung für Arzneimittel ist ein wesentlicher Faktor für den Anstieg der Zahl der Apotheken und Apotheker und Apothekerinnen. Dabei sind es vor allem die Kassenumsätze, die an Dynamik gewinnen, während die Steigerung der Privatumsätze in den letzten Jahren deutlich an Dynamik verloren hat. In der Folge reduzierte sich das jährliche Ausgabenwachstum für Medikamente von 13,2% im Jahr 1999 auf 1,9% im Jahre 2005. Die verstärkte Verschreibung von Generika dürfte hierbei eine wesentliche Rolle spielen. Aus Abbildung 36 ist die jährliche Ausgabensteigerung für rezeptpflichtige Arzneimittel zwischen 1988 und 2006 ersichtlich.

Die Entwicklung der Ausgaben für Arzneimittel hängt von vielen Faktoren ab, etwa der Verschreibungspraxis der Ärzte, dem Verhalten der Krankenkassen und den Vorgaben der Politik. Ein wichtiger Faktor, welcher stark von der Politik geprägt wird, betrifft die Handelsspannen, welche sich mit steigendem Warenwert reduzieren (degressives Preisaufschlagssystem). Im Kapitel 4.3 wird in einem internationalen Vergleich die relative Situation Österreichs aufge-

<sup>18)</sup> Jahresbericht der PGK 2005.

zeigt. Hier ist nur festzuhalten, dass die Spannen im Bereich des Kassenumsatzes in den Jahren 2001 und 2004 gesenkt wurden, während die Spannen im Privatumsatz seit 1997 unverändert geblieben sind. Damit weist der Privatumsatz eine deutlich höhere Umsatzrentabilität auf und gewinnt gegenüber dem Kassenumsatz sowohl an praktischer wie strategischer Bedeutung.

Abbildung 36: Entwicklung der Ausgaben für rezeptpflichtige Arzneimittel in öffentlichen Apotheken und deren jährliche Steigerungsrate



Q: Statistisches Handbuch der Sozialversicherungsträger.

— Ausgaben in Mio € (ohne UST)    ● jährliche Ausgabensteigerung

Das durchschnittliche Niveau der Handelsspannen, bezogen auf den gesamten Offizinumsatz wird von der Apothekerkammer für 2005 auf 28,8% geschätzt, wobei ein leichter Rückgang gegenüber dem Wert von 29,6% im Jahre 1999 zu verzeichnen ist<sup>19)</sup>.

Eine weitere Besonderheit des Apothekenwesens liegt in der demographischen Struktur der Kunden und Kundinnen. Gemäß Apothekerkammer sind rund 60% der Kunden und Kundinnen Personen über einem Alter von 60 Jahren, und 65% sind Frauen<sup>20)</sup>.

### 4.3 Das österreichische Apothekenwesen im internationalen Vergleich

Apotheken sind in allen Ländern in ein komplexes und zum Teil sehr unterschiedliches Gesundheitssystem eingebunden. Daraus ergibt sich eine nur bedingte internationale Vergleichbarkeit der Systeme. Auch in einer Situation, in der die Regulungsdichten ähnlich hoch

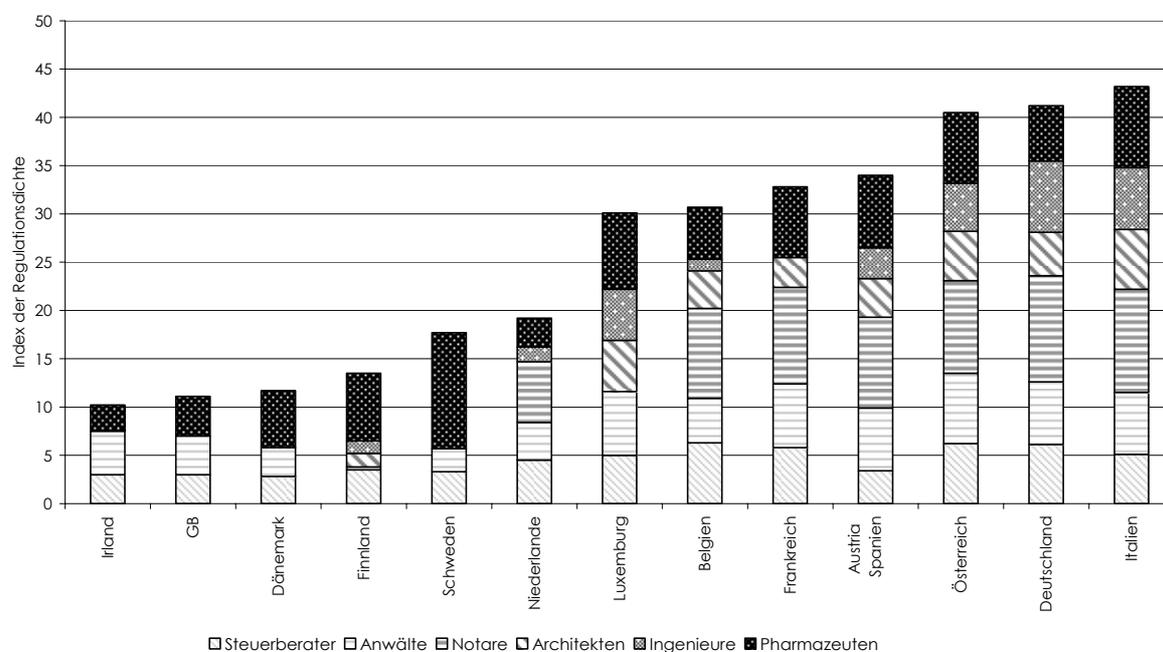
<sup>19)</sup> Apothekerkammer, Apodaten 2001-2006.

<sup>20)</sup> Die Österreichische Apotheke in Zahlen 2001-2006.

sind, können sie doch in einem anderen Wirkungsradius und Umfeld unterschiedliche Auswirkungen haben. Trotzdem ist man bemüht, an Hand von Indikatoren der Regulationsdichte einen Einblick in die relative Position des eigenen Landes zu erzielen.

In der Folge werden die Summen der Regulationsindizes der EU 15 (Griechenland und Portugal ausgenommen, da deren Daten unvollständig waren) einander gegenübergestellt. In diesem Vergleich erreicht Österreich die drittgrößte Regulationsdichte der freien Berufe, hinter Deutschland und Italien (Abbildung 37). Vor dem Hintergrund dieser starken regulativen Praxis ist der Regulierungsgrad des Apothekenwesens in Österreich vergleichsweise gering. Mit einem Wert von 7,3 liegt Österreich im gehobenen Mittelfeld hinter Spanien (7,5), Luxemburg (7,9), Portugal (8,0), Italien (8,4), Griechenland (8,9) und Schweden (12,0; Abbildung 38).

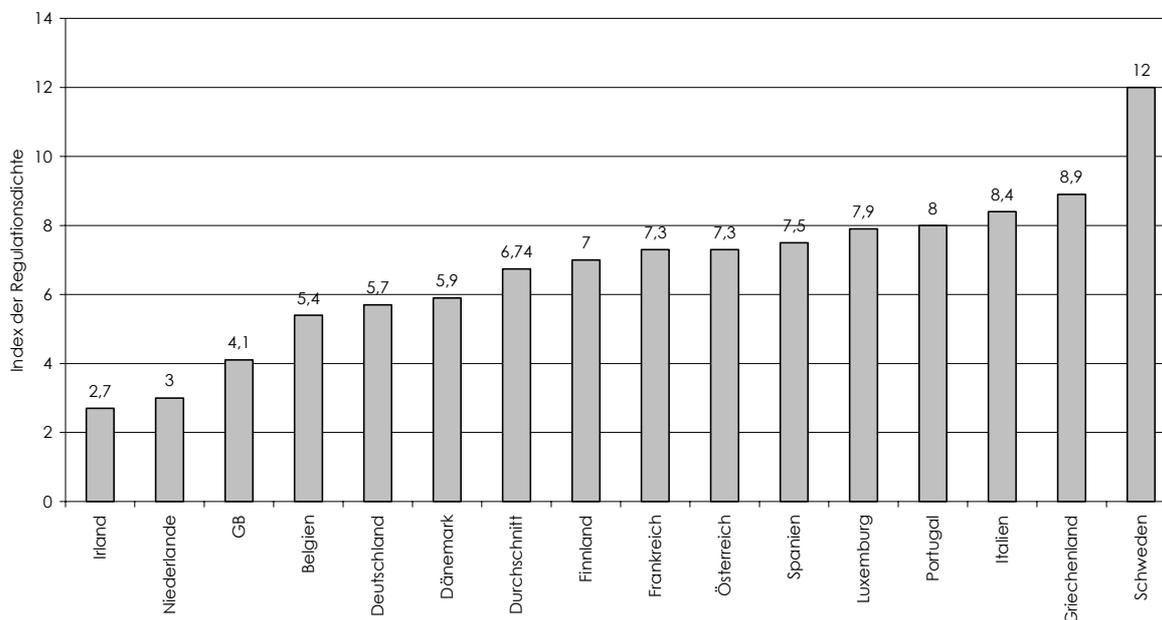
Abbildung 37: Regulationsdichte der Freien Berufe im EU-Vergleich



Q: Paterson (2003).

Die Regulationsdichte wird an Hand einer Vielzahl von Faktoren erfasst, u. a. Handelsspannen und gesetzliche Regelungen. Aus Übersicht 3 ist ersichtlich, welche gesetzlichen Regelungen es im Bereich des Arzneimittelverkaufs in Apotheken und im Großhandel in den diversen EWR-Ländern gibt. Des Weiteren werden die Höhe der Handelsspannen und Aufschläge ersichtlich sowie das Ausmaß der Preisbindung. Aus diesem Vergleich ist ersichtlich, dass es sehr unterschiedliche Möglichkeiten der Ausgestaltung und Regulierung des Apothekenwesens in Europa gibt.

Abbildung 38: Regulationsdichte der Apotheken im EU-Vergleich



Q: Paterson (2003).

Aus dem Vergleich wird aber auch ersichtlich, dass es einen Trend zur Liberalisierung und Deregulierung gibt. Besonders erwähnenswert sind hier Italien, Norwegen und Deutschland. Italien gab 2006 rezeptfreie Medikamente für den Handel in Supermärkten frei; Deutschland erlaubte den Versandhandel mit Medikamenten 2004 und Norwegen deregulierte den Markt fast völlig im Jahr 2001 (Anell – Hjelmgren, 2002). Auch die EU-Richtlinie<sup>21)</sup>, die den Versandhandel von rezeptfreien Medikamenten seitens einer Apotheke gestattet, deutet in die Richtung einer zunehmenden Liberalisierung des Arzneimittelmarktes. Bis dato konnte Österreich von der Möglichkeit Gebrauch machen, diese Richtlinie nicht umzusetzen. Hier ergibt sich die Frage, wie lange sich Österreich noch diesem internationalen Trend widersetzen kann.

<sup>21)</sup> Mehr dazu auf <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:62001J0322:DE:HTML>.

Übersicht 3: Ländervergleich der durchschnittlichen Spannen und Aufschläge für Arzneimittel in Großhandel und Apotheken sowie Umsatzsteuern: 1996

Land	Großhandel					Apotheken					Umsatzsteuer		
	Gesetzlich geregelt			Spanne	Aufschlag	Gesetzlich geregelt			Freie Preisbindung	Spanne	Aufschlag	Höhe	
	alle	erstatt.	Rx			alle	erstatt.	Rx				in %	
	Arzneimittel			in %	in %	Arzneimittel			in %	in %	auf AM	Normal-Satz	
			des AEP	auf FAP				des AEP	auf FAP				
B			√	13,1	15,1			√	31,0	44,9	6	21	
DK			√	6,5	7,0	√			25,4	34,0	25	25	
D	√			12,4	14,0	√			32,1	47,2	15	15	
SF <sup>1</sup>	√			7,7	8,3			√	35,8	55,8	12	22	
F		√		9,7	10,7		√		26,5	36,0	2,1/5,5 <sup>2</sup>	20,5	
GR		√		7,8	8,4		√		25,9	35,0	8	18	
GB		√ <sup>3</sup>		12,5	14,3		√ <sup>3</sup>		17,3	20,9	0/17,5 <sup>4</sup>	17,5	
IRL	√			13,0	15,0	√			25,0	33,3	0/21 <sup>5</sup>	21	
I <sup>6</sup>		√		9,5	10,5		√		24,9	33,1	4	19	
L	√			13,0	14,9	√			32,0	47,1	3	15	
NL		√		18,0	22,0		√		22,4	28,9	6	17,5	
A <sup>6</sup>	√			14,3	16,7	√			34,4	52,4	0/20 <sup>7</sup>	20	
P			√	11,0	12,4			√	20,0	25,0	5,4	17	
S			√	4,0	4,2			√	21,0	26,6	0/25 <sup>4</sup>	25	
CH			√	12,9	14,8			√	34,5	52,6	2	6,5	
E <sup>6</sup>	√			12,0	13,6	√			29,9	42,7	4	16	

AEP = Apothekeneinkaufspreis, AM = Arzneimittel, AVP = Apothekenverkaufspreis, erstatt. = erstattungsfähige, FAP = Fabriksabgabepreis, Rx = rezeptpflichtig

<sup>1</sup> Senkung der Apothekerspanne und des Umsatzsteuersatzes 1998

<sup>2</sup> 2,1% für erstattungsfähige und krankenhausexklusive AM, 5,5% für nicht-erstattungsfähige AM

<sup>3</sup> Im Rahmen des PPRS (Gewinnlenkungsverfahrens) bzw. sonstigen Verträgen mit dem Staat geregelt

<sup>4</sup> 0% für rezeptpflichtige AM, 17,5% (GB) bzw., 25% (S) für OTC-Produkte

<sup>5</sup> 0% für orale AM, 21% für nicht-orale AM

<sup>6</sup> Im Jahr 1997: Anhebung der Umsatzsteuer für AM in Italien,

Senkung der Großhandels- und Apothekerspanne in Österreich und Spanien

<sup>7</sup> 0% für erstattungsfähige AM (Sozialversicherungsträger war bis Ende 1996 umsatzsteuerbefreit), 20% für nicht-erstattungsfähige AM

Q: Bundesinstitut für Gesundheitswesen, 1998

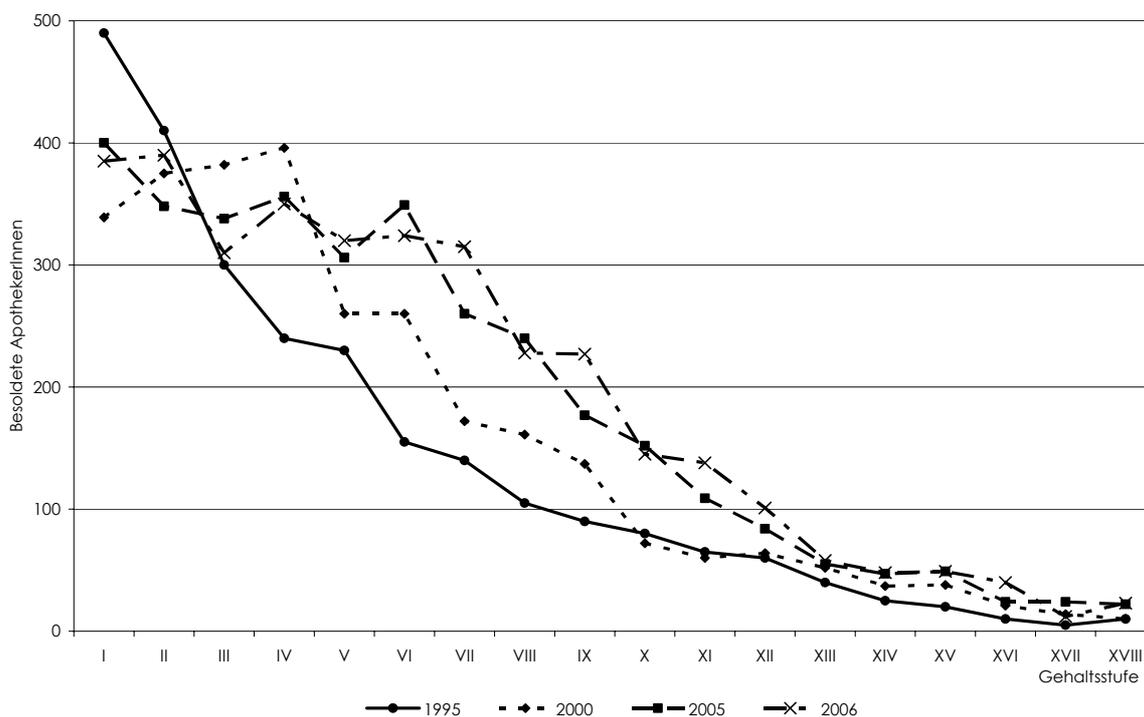
## 5. Implikationen des endogenen und exogenen Wandels für das System der Pharmazeutischen Gehaltskasse

Im Apothekenwesen sind einige Trends bzw. Trendwenden in wesentlichen Bereichen des Organisationssystems der Apotheken zu nennen, die die Stützpfeiler des derzeitigen Systems ins Wanken bringen können. Dabei ist zwischen endogenen und exogenen Faktoren zu unterscheiden, die sich gegenseitig bestärken und in ihrem Zusammenwirken einen starken Druck auf die derzeitigen Strukturen der PGK ausüben. Bei den endogenen Faktoren steht an erster Stelle die Alterung der Erwerbsbevölkerung, bei den exogenen Faktoren der Trend zur Deregulierung.

## 5.1 Alterung der Erwerbsbevölkerung übt Kostendruck auf Apotheken aus

Die wohl größte Herausforderung für die Pharmazeutische Gehaltskasse ist die Alterung der Erwerbsbevölkerung, allen voran die der Apotheker und Apothekerinnen. Wie im Unterkapitel 2.3 näher ausgeführt wurde, ist die Altersstruktur der Apotheker und Apothekerinnen im Schnitt etwas höher als die der Akademiker und Akademikerinnen im allgemeinen, jedoch ist die Alterung an sich ein Phänomen, das alle Berufsgruppen mehr oder weniger gleichermaßen trifft. Warum die Alterung für das Apothekenwesen allerdings von besonderer Brisanz ist, ist in dem stark differenzierten Gehaltsschema nach Dienstalter begründet, das der Auslöser für die Entwicklung des Umlagesystems der Gehaltskasse war. Aus Abbildung 37 wird die Alterung der besoldeten Apotheker und Apothekerinnen (anhand der Gehaltsstufen) zwischen 1995 und 2006 ersichtlich und der Einfluss der Alterung auf das Medianeinkommen der Apotheker und Apothekerinnen. Die hohe Zahl an Neuzugängen im Jahr 1995 führt angesichts der großen Stabilität der Beschäftigung dazu, dass es in den Folgejahren vergleichsweise wenig Neueintritte gibt und die vorhandene Belegschaft im Schnitt älter wird.

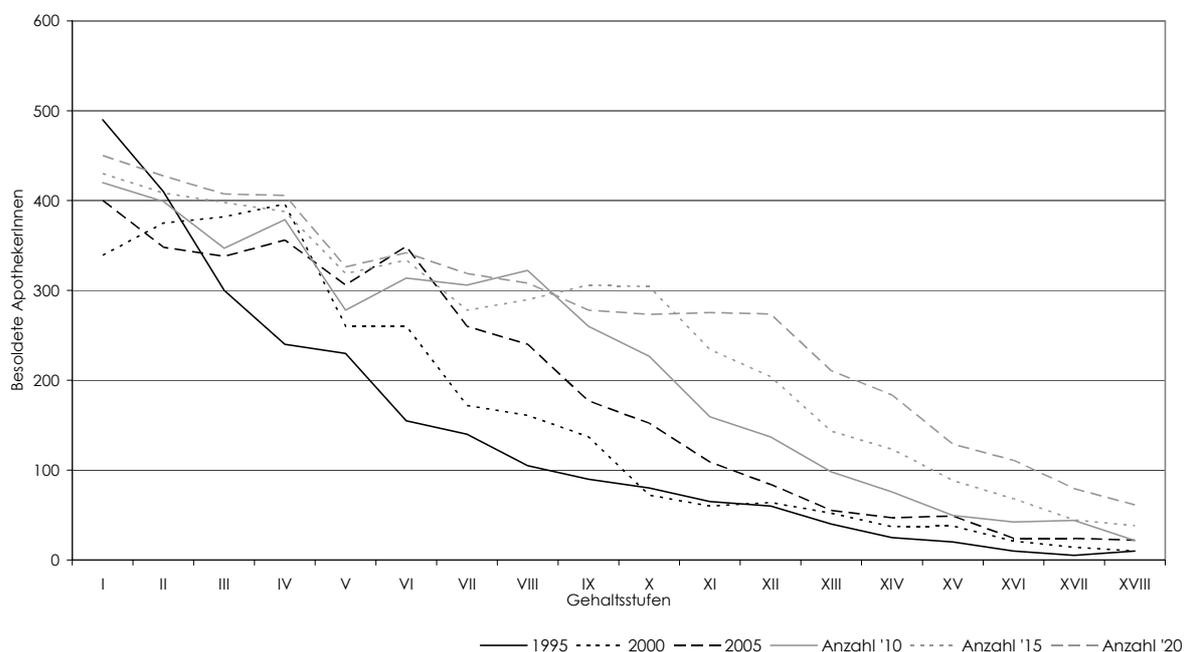
Abbildung 39: Anzahl besoldeter Apotheker und Apothekerinnen nach Gehaltsstufen 1995-2006



Q: Jahresberichte der PGK.

In der Folge verschob sich das Gehalt der Medianapotheker und Medianapothekerin innerhalb der letzten 11 Jahre von der vierten in die fünfte Gehaltsstufe. Die Alterung der Apotheker und Apothekerinnen bewirkt infolge der Senioritätsentlohnung eine Anhebung der Personalkosten. Dies führt zu einem endogenen Kostendruck auf die Apotheken, da bei Gleichbleiben der Struktur der Gehaltsstufen eine Anhebung der Umlage notwendig wird. Das wird aus einer Prognose der Gehaltsstruktur und der Zahl der besoldeten Apotheker und Apothekerinnen bis 2010 bzw. 2020 ersichtlich. Dabei wird von der Bevölkerungsprognose von Statistik Österreich ausgegangen; des Weiteren wird angenommen, dass sich die Zahl der Übertritte aus dem Universitätssystem infolge der Knappheit der Jugendkohorten nicht gegenüber dem Höchstwert des Jahres 1995, nämlich knapp 500, erhöhen wird. Es wird somit nicht angenommen, dass zunehmend ausländische Absolventen und Absolventinnen der Pharmazie die knappen österreichischen Geburtsjahrgänge aufstocken und in Österreich die Arbeit als Aspiranten und Aspirantinnen aufnehmen. Für die Zeit nach 2005 werden die Übertrittsraten in die jeweils nächste Gehaltsstufe aus den Erfahrungswerten der Zeit 1995 bis 2005 übernommen. Der schwache Trend zu sinkendem durchschnittlichen Dienstaussatz bleibt unberücksichtigt.

Abbildung 40: Prognose der Entwicklung der Gehaltsstufenstruktur besoldeter Apotheker und Apothekerinnen: 2006-2020



Q: WIFO.

Die Fortschreibung der Verhaltensmuster der letzten 11 Jahre macht eines sehr deutlich: Die Alterung der Apotheker und Apothekerinnen schlägt sich in einer zunehmend breiteren Ver-

teilung der Angestellten auf alle Gehaltsstufen nieder. Der Medianapotheker und die Medianapothekerin, die sich im Jahr 2005 in der fünften Gehaltsstufe befindet, wird sich 2010 in der sechsten befinden und 2020 in der siebenten. Eine derartige Entwicklung kann zu einer Verknappung von Jobs für junge Pharmazeuten und Pharmazeutinnen führen. Wenn man sicherstellen will, dass es ausreichend Nachwuchs an jungen Apothekern und Apothekerinnen gibt, sind finanzielle Anreize zu schaffen, etwa über eine überdurchschnittliche Anhebung der Gehälter für Junge. Damit sich daraus kein zu großer Kostendruck auf die Apotheken ergibt, ist an eine Verflachung der Lohnhierarchie zu denken. Wenn das nicht passiert, kann es infolge der finanziellen Anreizsysteme dazu kommen, dass der Nachwuchs an jungen Apothekern und Apothekerinnen stärker als demographisch bedingt ausfällt.

Das Umlagesystem hat neben der Sicherstellung steigender Einkommen für Ältere noch die Rolle der Sicherung der Beschäftigung für Ältere. Es ist offenkundig, dass ein ausgeprägtes Senioritätsprinzip die Beschäftigungschancen älterer Arbeitskräfte beeinträchtigt, wenn die höhere Entlohnung nicht durch eine höhere Produktivität und Leistungskraft berechtigt ist. Dann ist sie nämlich aus ökonomischer Sicht gerechtfertigt. Daher ist die Frage zu stellen, ob die Produktivität der angestellten Apotheker und Apothekerinnen mit steigender Beschäftigungsdauer in Jahren in dem Maße steigt, wie die Gehaltsstufen. Wenn das der Fall ist, sind die Beschäftigungschancen der Apotheker und Apothekerinnen in einem System ohne Gehaltskasse mit steigendem Alter nicht beeinträchtigt.

Das gilt es aber erst zu untersuchen. Diese Aufgabe geht aber weit über den Forschungsauftrag der vorliegenden Studie hinaus. Es ist aber durchaus argumentierbar, dass in diesem Beruf, in dem Kundenberatung einen besonders hohen Stellenwert hat und schwere körperliche Arbeit nicht anfällt, die Produktivität – auch gemessen an der Zufriedenheit der Kunden und Kundinnen, die ebenfalls eher älter und weiblichen Geschlechts sind<sup>22)</sup> – mit steigendem Alter und Erfahrung zunimmt. Wenn dies der Fall ist, so ist der eigentliche Schutz vor Altersarbeitslosigkeit die Fähigkeit, den Anforderungen des Berufes auch in höherem Alter gerecht zu werden. Damit läge der Schutz vor Altersarbeitslosigkeit primär in dem Berufsfeld selbst begründet.

## **5.2 Deregulierung als Herausforderung für die Beibehaltung des derzeitigen Gehaltsschemas**

Deregulierung ist das Resultat des Zusammenwirkens mehrerer exogener Faktoren, die in hohem Maße von der Politik bestimmt werden und die sich meist in Änderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen niederschlagen. Ein Fall in jüngerer Zeit in Österreich ist der Entscheid des Verfassungsgerichtshofs des Jahres 2005, der Teile des Gebietsschutzes für

---

<sup>22)</sup> Die Österreichische Apotheke in Zahlen 2001-2006.

verfassungswidrig erklärte<sup>23</sup>). Die Richtung, in die die politisch induzierten Änderungen weisen, kann man unter dem Titel Deregulierung und/oder Liberalisierung zusammenfassen. Dabei handelt es sich um einen institutionellen Wandel, der im Ausland schon weit fortgeschritten ist und dem sich Österreich nicht zuletzt infolge von EU-Wettbewerbsregelungen nicht entziehen wird können. In der EU geht es derzeit in erster Linie um die Deregulierung des Arzneimittelmarktes mit dem Ziel, die Kosten für Medikamente zu reduzieren. Evaluierungsstudien in Norwegen und Island<sup>24</sup>) zeigen, dass dieses Ziel mit der Deregulierung nicht erreicht wurde. Island hat den Arzneimittelmarkt als erstes der nordischen Länder schon 1996 dereguliert. Zwar wurde die Regelung beibehalten, dass nur Pharmazeuten und Pharmazeutinnen eine Apotheke führen können, jedoch können neuerlich auch Nicht-Pharmazeuten und Nicht-Pharmazeutinnen eine Apotheke eröffnen bzw. besitzen. In der Folge stieg die Zahl der Apotheken in Island um 41% (zwischen 1996 und 2001), in Norwegen um 34% (zwischen 2000 und 2004). Die Kosten für Medikamente reduzierten sich allerdings nicht, was angesichts der Beibehaltung der Preiskontrolle für Medikamente nicht überraschend sein mag. Die Deregulierung hatte aber einen positiven Effekt auf die Zahl der beschäftigten Apotheker und Apothekerinnen sowie die räumliche Verfügbarkeit von Arzneimitteln sowohl in Island als auch in Norwegen. Somit resultierte die Deregulierung in einer verbesserten – auch räumlichen – Serviceleistung, nicht aber in niedrigeren Preisen.

Es ist nicht zu erwarten, dass derartig weitreichende Reformen des Systems wie in Norwegen und Island in Österreich sehr rasch umgesetzt werden. Jedoch könnten die rezenten Änderungen in unseren Nachbarländern Italien und Deutschland in Richtung Freigabe des Arzneimittelmarktes für rezeptfreie Arzneien für den Drogerie- und Versandhandel in absehbarer Zukunft erfolgen. Eine Freigabe des Versandhandels für rezeptfreie Medikamente würde für Österreich bedeuten, dass der Privatumsatz der Apotheken empfindlich beeinträchtigt wird. Dasselbe gilt für eine etwaige Freigabe rezeptfreier Arzneimittel für den Drogeriehandel. Die Frage, die sich in dem Zusammenhang stellt, ist die nach den Auswirkungen auf die Beschäftigung von Apothekern und Apothekerinnen. Derartige Regelungen eröffnen nämlich Pharmazeuten und Pharmazeutinnen alternative Beschäftigungsmöglichkeiten und üben damit infolge eines gewissen Wettbewerbs um qualifizierte Arbeitskräfte einen Druck zur Anhebung der Anfangsgehälter aus. Um die Kosten insgesamt nicht über Gebühr anzuheben, geht davon ein nivellierender Einfluss auf das Entlohnungsgefüge der Gehaltskasse aus. Alternative Beschäftigungsmöglichkeiten außerhalb der Apotheken werden vor allem für junge Pharmazeuten und Pharmazeutinnen interessant, da sie im Rahmen der Senioritätsentlohnung der Gehaltskasse beim Einstieg ins Erwerbsleben benachteiligt sind. Es kann aber auch sein, dass sich insbesondere junge Frauen zunehmend für den Beruf der Apothekerin entscheiden, und zwar aus einer langfristigen Lebensperspektive heraus. Die Gründe, die für eine solche Ent-

---

<sup>23</sup>) VfGH Erkenntnis vom 14. Oktober 2005, Geschäftszahl G13/05 u. a.

<sup>24</sup>) Genaueres zu Island in *Almasdottir – Morgall – Björnsdottir* (2000A) und *Almasdottir – Morgall – Grimson* (2000B) und zu Norwegen in *Rudholm* (2007).

scheidung sprechen, sind in der flexiblen Handhabung der Teilzeitbeschäftigung zu sehen, die die Kombination von Beruf und Familie in einer gewissen Lebensphase erleichtert, ohne dadurch den Weg in eine spätere Karriere zu beeinträchtigen.

Der Kostendruck auf Apotheken kommt aber nicht nur von einer Öffnung des Marktes sondern auch von dem wettbewerbsbedingten Druck auf die Handelsspannen, und hier insbesondere jene des Privatumsatzes. In den letzten Jahren ist es zwar gelungen, die Spannen des Privatumsatzes konstant zu halten, jedoch könnte eine Beibehaltung dieser Strategie den externen Druck auf die Öffnung der Märkte für rezeptfreie Medikamente, d. h. den Ruf nach Aufhebung der Exklusivvertriebsrechte der Apotheken, noch verstärken.

Angesichts der großen Bedeutung der Hausapotheken für die Versorgung mit Medikamenten können Reformen in diesem Bereich ebenfalls von großer Bedeutung für die Beschäftigung in Apotheken sein; hier geht es stärker als bei der Freigabe der Vertriebsrechte um Beschäftigungsmöglichkeiten von Pharmazeuten und Pharmazeutinnen, da hier die Direktversorgung des Patienten mit den verschreibungspflichtigen Medikamenten durch den Arzt selbst stattfindet, ohne die Mittlerrolle der Apotheker und Apothekerinnen. Auch der Gebietsschutz der Apotheken gerät dadurch unter Druck und damit ein weiterer externer Faktor, der den Apothekenmarkt bis dato vor Konkurrenz in gewisser Weise schützt.

Für die Struktur des Apothekenmarktes besonders folgenreich wäre der Fall des Verbotes des Mehrbesitzes von Apotheken, den es in dieser Art auch in den nordischen Ländern vor den Reformen gab. Die Reform in Island und Norwegen hat zu einer verstärkten horizontalen Integration des Pharmabereiches geführt. Das heißt, dass individuelle Apotheken zunehmend in Produktions- und Großhandelsketten im Pharmabereich eingebunden werden und/oder dass sich Apotheken zusammenschließen und aus der daraus resultierenden größeren Marktmacht dem hoch konzentrierten Pharmahandel Paroli bieten. Beide Prozesse sind in Österreich schon in Bewegung gekommen, nämlich die zunehmende Größe der Apotheken und die verstärkte Beteiligung des Großhandels an Apotheken<sup>25)</sup>.

Sollte es zu Reformen in den beschriebenen Bereichen kommen, ist der internationalen Erfahrung zufolge kaum mit einer Kostensenkung zu rechnen, allerdings mit verstärkten Fusionierungen und Konzentrationsprozessen, die allerdings nicht zu einer Verschlechterung der Versorgung der Bevölkerung mit Medikamenten führen. Was die Beschäftigungschancen von Pharmazeuten und Pharmazeutinnen anbelangt, so werden sie tendenziell vergrößert; die Entlohnung erfolgt allerdings mehr auf Leistungsbasis denn Senioritätsbasis, was den Leistungsdruck unter den beschäftigten Apothekern und Apothekerinnen verstärkt.

All diesen Entwicklungen ist außerdem gemein, dass sie die Umsätze oder Gewinne des Apothekenwesens schmälern. Das allein wird einen Druck auf die Kosten der Apotheken aus-

---

<sup>25)</sup> Mehr dazu in Rümmele (2002).

üben; da die Personalkosten die größte Kostenkomponente der Apotheken darstellen, wird ein Lohndruck geschaffen, der das Umlagesystem vor zusätzliche Herausforderungen stellt.

## **6. Die Übertragbarkeit des Umlagesystems**

Bevor man die Frage nach der Übertragbarkeit des Systems der Pharmazeutischen Gehaltskasse stellt, gilt es zu verstehen, warum gerade diese Branche und diese Berufsgruppe eine derartige Institution hervorgebracht hat. Es ist aber auch interessant, dass dieses System nur für die Akademiker und Akademikerinnen entwickelt wurde und nicht auch die anderen Beschäftigungsgruppen in den Apotheken inkludiert. Aus einem kurzen Abriss der wesentlichen Elemente des Apotheker- und Apothekerinnenarbeitsmarktes wird ersichtlich, warum es zu keiner Ausweitung auf die anderen Beschäftigungsgruppen kam. Ein wesentlicher Grund dürfte in dem Angebotsüberschuss an einfachen und mittleren Qualifikationen zur Zeit der Entwicklung des Modells liegen, der eine Senioritätsentlohnung vergleichbar dem öffentlichen Dienst und der Spitäler nicht notwendig erscheinen ließ.

Die Suche nach Arbeitsmärkten, in denen es ebenfalls zu einer Institutionalisierung einer Brücke zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer gekommen ist, führt zum Modell der Urlaubs- und Abfertigungskasse (BUAK) für Bauarbeiter. Der kurze Überblick über die Funktionsmechanismen der BUAK, siehe Textbox, macht deutlich, dass Systeme, die einen institutionellen Mittler zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer eingeschaltet haben, nur vor dem Hintergrund der Charakteristika und Eigenheiten einer Branche oder eines Berufes zu verstehen sind.

Kurz zusammengefasst ist die Pflichtmitgliedschaft aller Apotheken in der PGK eine Voraussetzung dafür, dass das Umlagesystem funktioniert. Die strengen Reglementierungen, die es im Bereich des Apothekenwesens gibt, sowie die vergleichsweise geringen alternativen Beschäftigungsmöglichkeiten von Pharmazeuten und Pharmazeutinnen in der Pharmaindustrie und in Forschung und Entwicklung in Österreich, sind weitere Gründe dafür, dass das System so nachhaltig war. Auch die wenigen formalen Aufstiegs- und Karrieremöglichkeiten innerhalb des Apothekerwesens (kleiner interner Arbeitsmarkt) sind verantwortlich dafür, dass das System effizient funktionieren konnte, vor allem als Vermittlungseinrichtung zwischen Angebot und Nachfrage. Lediglich der Schritt in die Selbständigkeit stellt einen größeren Sprung in der Entfaltungsmöglichkeit dar, der allerdings zunehmend mit einem Einkommensrisiko verbunden sein wird. In diesem Umfeld, in dem der wissenschaftliche Fortschritt eine laufende Weiterbildung verlangt, ist es hilfreich, wenn von der beruflichen Vertretungsbehörde Bedingungen geschaffen werden, die die laufende Anpassung des Wissens sicherstellen und damit auch die Erhaltung der Produktivität und Wettbewerbsfähigkeit älterer Arbeitskräfte. Das ist die Voraussetzung dafür, dass ein senioritätsbasiertes Entlohnungssystem aufrecht erhalten bleiben kann.

### *Die Bauarbeiter Urlaubs- und Abfertigungskasse<sup>1)</sup> (BUAK)*

Ihre Ursprünge hat die BUAK in der 1946 als sozialpartnerschaftliche Organisation gegründeten Bauarbeiter-Urlaubskasse (BUK), welche im Laufe der Zeit zur Bauarbeiter Urlaubs- und Abfertigungskasse (BUAK) erweitert wurde. Die BUAK wurde mit dem Ziel geschaffen, sozialversicherungsrechtliche Benachteiligungen von Bauarbeitern, welche durch häufige Unterbrechung des Arbeitsverhältnisses oder Wechsel des Arbeitgebers entstehen, zu neutralisieren. Um dies zu erreichen werden Urlaubs- und Abfertigungsbeiträge an die BUAK entrichtet. Diese Beiträge haben einen branchenspezifischen aber betriebsneutralen Charakter. So erlaubt dieses System einem Bauarbeiter die für einen Urlaubsanspruch notwendigen 26 Arbeitswochen bei verschiedenen Betrieben zu erwerben und gegebenenfalls bei einem weiteren Arbeitgeber zu konsumieren. Voraussetzung ist, dass all diese Betriebe in den Geltungsbereich des Bauarbeiter Urlaubs- und Abfertigungsgesetzes (BUAG) fallen.

Die Betriebsneutralität war auch der Grundgedanke bei der Errichtung einer zentralen Abfertigungskasse. Arbeitgeber zahlen Beiträge für die Abfertigung an eine von der BUAK gegründete Mitarbeitervorsorgekasse (MVK), welche bei Beendigung eines Beschäftigungsverhältnisses ausbezahlt oder zum nächsten Arbeitgeber mitgenommen werden können.

Da die Arbeitsabläufe in der Baubranche einem großen Wetterisiko unterliegen, wurde auch eine "Schlechtwetter-Versicherung" in die BUAK integriert. 1,4 % des Arbeitsverdienstes werden über die Gebietskrankenkasse an die BUAK weitergeleitet. Kann aufgrund von Schlechtwetter nicht gearbeitet werden, zahlt der Arbeitgeber den Arbeitnehmern 60% des Lohns aus. Dieses Geld wird anschließend von der BUAK refundiert.

Die beschriebenen Aufgaben der BUAK machen deutlich, dass es sich um eine Institution handelt, die explizit den Eigenheiten einer Branche angepasst wurde, die durch starke saisonale Beschäftigungsschwankungen, relativ häufige Arbeitgeberwechsel und Witterungsabhängigkeit gekennzeichnet ist. Eine Vergleichbarkeit mit der Pharmazeutischen Gehaltskasse ist kaum gegeben, da es im Fall der BUAG nicht um die Erhaltung einer Senioritätsentlohnung geht. Es ist aber auch eine Einrichtung der Risikoverringerung für ArbeitnehmerInnen und eine Einrichtung, die die komplexen Administrationsabläufe im Bereich der Organisation der Bauarbeit den Betrieben abnimmt. Damit können Effizienzgewinne erzielt werden und gleichzeitig auch die Arbeitsbedingungen und die soziale Absicherung für alle Arbeitnehmer besser sichergestellt werden. Auch wenn es sich daher bei beiden Systemen um zentrale Kassensysteme handelt, sind die jeweiligen Aufgaben und Motive für ihr Bestehen höchst unterschiedlich.

---

<sup>1)</sup> Weiterführende Informationen finden sich auf der Website der BUAK unter <http://www.buak.at>.

Generell kann die systematische soziale Absicherung der angestellten und selbständigen Apotheker und Apothekerinnen der GK als ein System des Risikoausgleichs verstanden werden, das zur Beschäftigungsstabilität der Apotheker und Apothekerinnen und Versorgungssicherheit der Konsumenten und Konsumentinnen beiträgt, das aber auch seinen Preis hat.

Resümierend ist daher zu sagen, dass der derzeitige Trend weg von senioritätsbasierter hin zu leistungsorientierter Entlohnung wenig Chancen für die Beibehaltung des derzeitigen sehr dif-

ferenzierten Gehaltsschemas birgt. Die Einrichtung einer zentralen Organisationseinheit wie der PGK weist aber viele Effizienz fördernde Elemente auf sowie Strukturen, die das Risiko des Einzelnen im Erwerbsprozess mindern, sodass ein weiteres 'hundertjähriges' Überleben möglich erscheint, wenn es Anpassungen in den Bereichen gibt, die nicht mehr dem Trend der Zeit entsprechen. Hierzu gehört vor allem die Reduzierung des Ausmaßes der Senioritätentlohnung. Es ist aber auch anzuregen, die nichtakademischen unselbständig Beschäftigten in Apotheken in das System der Gehaltskasse einzubinden. In diesen Berufen ist die Senioritätentlohnung eher die Ausnahme denn die Regel, was bedeutet, dass das Umlagesystem nicht zur Anwendung kommen müsste. Jedoch alle anderen Aspekte der zentralen Verwaltung könnten eine Kostenersparnis in der Verwaltung bewirken und damit den Kostendruck verringern, dem Apotheken zunehmend ausgesetzt sein werden. Auch könnte die soziale Absicherung aller Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen einer Apotheke auf diese Art umfassend geregelt werden, was der Attraktivität der Apotheken als Arbeitgeber förderlich wäre.

## Literaturhinweise

- Almasdottir, A. B., Morgall, J. M., Björnsdottir, I. (2000A), A question of emphasis: efficiency or equality in the provision of pharmaceuticals. *International Journal of Health Planning and Management*, 2000, 15, S. 149-161.
- Almasdottir, A. B., Morgall, J. M., Grimsson, A. (2000B), Cost containment of pharmaceutical use in Iceland: the impact of liberalisation and user charges. *Journal of Health Research and Policy*, 2000, 2, S. 109-113.
- Anell, A., Hjelmgren, J., Implementing competition in the pharmacy sector: lessons from Iceland and Norway, *Applied Health Economics and Health Policy*, 2002, 1, S. 149-156.
- Artus, I., Krise des deutschen Tarifsystems. Die Erosion des Flächentarifvertrags in Ost und West, Westdeutscher Verlag, Wiesbaden, 2001.
- Biffi, G. (2000A), "Deregulation of Placement Services: The Case of Austria", *Austrian Economic Quarterly*, 2000, 5(1), S. 35-51.
- Biffi, G. (2000B), "Der Arbeitsmarkt der Akademiker in Österreich im Wandel, Implikationen für das Finanzierungssystem der Universitätsausbildung", *WIFO-Monatsberichte*, 2000, 73(2), S. 137-149.
- Biffi, G. (2001A), "Die Entwicklung des Arbeitsvolumens und der Arbeitsproduktivität nach Branchen", *WIFO-Monatsberichte*, 2001, 74(1), S. 51-63.
- Biffi, G. (2001B), Die österreichische Berufs- und Qualifikationslandschaft 2005, Analyse und Prognose vor dem Hintergrund der Entwicklung in den USA, AMS-Report, AMS-Österreich, 2001, (20).
- Bispinck, R., "Das deutsche Tarifsystem in Zeiten der Krise - Streit um Flächentarif, Differenzierung und Mindeststandards", *WSI Mitteilungen*, 2003, (7), S. 395-405.
- Bock-Schappelwein, J., "Entwicklung und Formen der Arbeitslosigkeit in Österreich seit 1990", *WIFO-Monatsberichte*, 2005, 78(7), S. 499-510.
- Dell'mour, R., Landler, F., Akademische Grade zwischen Traum und Wirklichkeit. Einflussfaktoren auf den Studienerfolg, Österreichische Akademie der Wissenschaften, 2002
- EC, Employment in Europe 2006, Luxemburg, 2007 [http://ec.europa.eu/employment\\_social/employment\\_analysis/employ\\_2007\\_en.htm](http://ec.europa.eu/employment_social/employment_analysis/employ_2007_en.htm).
- Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger, "Statistisches Handbuch der Sozialversicherungsträger", (1994-2007), Wien.

OECD, Ageing and Employment Policies: Austria, Paris, 2005.

OECD, Health at a Glance 2007, OECD Indicators, Paris, 2007.

Österreichische Apothekerkammer, Apodaten, Wien, (2001-2006), [http://www.apotheker.at/internet%5Coeak%5Cdownlink\\_1\\_0\\_0a.nsf/1930B54CB64BA261C12571E80027E052/\\$file/Apodaten%202006.pdf](http://www.apotheker.at/internet%5Coeak%5Cdownlink_1_0_0a.nsf/1930B54CB64BA261C12571E80027E052/$file/Apodaten%202006.pdf).

Österreichische Apothekerkammer, Die Österreichische Apotheke in Zahlen, Wien, (2001-2007), [http://www.apotheker.at/internet%5Coeak%5Cdownlink\\_1\\_0\\_0a.nsf/FB27D7054F09A6C7C12572BA002F9047/\\$file/Apotheke%20in%20Zahlen%202007.pdf](http://www.apotheker.at/internet%5Coeak%5Cdownlink_1_0_0a.nsf/FB27D7054F09A6C7C12572BA002F9047/$file/Apotheke%20in%20Zahlen%202007.pdf).

Paterson, I., Fink, M., Ogus, A., et. al., "Economic impact of regulation in the field of liberal professions in different Member States", Study for the European Commission, 2003, [http://ec.europa.eu/comm/competition/publications/prof\\_services/prof\\_services\\_ihs\\_part\\_1.pdf](http://ec.europa.eu/comm/competition/publications/prof_services/prof_services_ihs_part_1.pdf).

Pharmazeutische Gehaltskasse für Österreich, Jahresbericht der Gehaltskasse, Wien, (1991-2006), <http://www.gehaltskasse.at/Internet%5CGHK%5Cjahresberichte.nsf/fsStartHome!OpenFrameset>.

Rudholm, N., "Deregulating the Norwegian Pharmaceutical Market - Consequences for Costs and Availability", The Swedish Retail Institute (HUI), HUI Working Papers, 2007, (7).

Rümmele, M., Apotheken: Fusionen ohne Ende, Wirtschaftsblatt, 5. Dezember 2002.

Vogler, S., Arzneimittel. Vertrieb in Europa, Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Wien, 1998