

## II. Gesundheitswesen

### 37 Führung von Privatapotheken durch Ärzte (Selbstdispensation).

- Verfassungsmässigkeit von § 32 Abs. 2 GesG (Erw. 1): Aspekt der Wirtschaftsfreiheit (Erw. 2); Tragweite von Art. 37 Abs. 3 KVG (Erw. 3); öffentliches Interesse am Verbot bzw. an der Einschränkung der Selbstdispensation (Erw. 4); Verhältnismässigkeit dieser Grundrechtsbeschränkungen (Erw. 5).
- Voraussetzung, dass zur Beschaffung eines Medikaments in der nächsten öffentlichen Apotheke unter Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel mehr als eine Stunde aufgewendet werden muss, nicht erfüllt (Erw. 6/a).
- Aktualisierung eines Widerrufsvorbehalts in der Bewilligung zur Selbstdispensation (Erw. 6/b).

Entscheid des Verwaltungsgerichts, 3. Kammer, vom 27. Juni 2000 in Sachen F. gegen Regierungsrat.

### *Sachverhalt*

Mit Verfügung vom 20. März 1981 bewilligte das Gesundheitsdepartement Dr. med. F., in seiner Praxis in X. eine Privatapotheke zu führen. Die Verfügung enthielt u. a. die folgende Nebenbestimmung:

"Falls in einem späteren Zeitpunkt im Umkreis von 4 km eine öffentliche Apotheke gegründet werden sollte, würde die Bewilligung zur Selbstdispensation dahinfallen."

Nachdem das Gesundheitsdepartement am 27. März 1997 der eidg. dipl. Apothekerin J. die Betriebsbewilligung zur Führung einer Apotheke in X. erteilt hatte, entzog es F. am 11. Februar 1998 die Selbstdispensationsbewilligung mit sofortiger Wirkung, unter Ein-

räumung einer Übergangsfrist zur Liquidation des Medikamentenlagers bis Ende Januar 1999.

Der Regierungsrat wies eine von F. erhobene Verwaltungsbeschwerde am 26. August 1998 ab. Nach Durchführung einer Verhandlung bestätigte das Verwaltungsgericht mit Urteil vom 27. Juni 2000 den vorinstanzlichen Entscheid.

### *Aus den Erwägungen*

1. Im Kanton Aargau ist die sog. Selbstdispensation grundsätzlich verboten. Dies ergibt sich aus § 26 in Verbindung mit § 32 GesG (vgl. AGVE 1993, S. 240; Verwaltungsgericht Aargau, in: ZBl 89/1988, S. 52 f., 55). § 32 GesG legt diesbezüglich unter dem Randtitel "Medikamentenabgabe" Folgendes fest:

<sup>1</sup>"Ärzten und Zahnärzten ist die unmittelbare Anwendung sowie in Notfällen auch die Abgabe von Medikamenten gestattet.

<sup>2</sup>Das Gesundheitsdepartement kann Ärzten die Führung einer Privatapotheke in Ortschaften ohne öffentliche Apotheke bewilligen, wenn die rasche und für jedermann mögliche Versorgung mit Medikamenten nicht durch eine öffentliche Apotheke einer nahe gelegenen Ortschaft gewährleistet ist.

<sup>3</sup>(...)"

Vorab ist die Verfassungsmässigkeit dieser Einschränkung der Selbstdispensation umstritten. (...)

2. Die in Art. 27 BV normierte Wirtschaftsfreiheit gewährleistet - wie früher schon Art. 31 Abs. 1 aBV in Bezug auf die Handels- und Gewerbefreiheit - ein Individualrecht auf freie Wahl, Aufnahme und Ausübung jeder privatwirtschaftlichen Erwerbstätigkeit in der Schweiz (BGE 125 I 269; 124 I 313 f.; 123 I 217; Fritz Gygi/Paul Richli, Wirtschaftsverfassungsrecht, Bern, 1997, S. 55 f.; René Rhinow, Die neue Bundesverfassung, Basel, 2000, Art. 31 N 27). Die Tätigkeiten von Arzt und Apotheker fallen grundsätzlich in den Schutzbereich von Art. 27 BV. Die Wirtschaftsfreiheit ist insbesondere für die Herstellung und den Verkauf von Heilmitteln garantiert und erstreckt sich auch auf die nebenberufliche oder bloss gelegent-

liche Erwerbstätigkeit (BGE 118 Ia 176 f.; 111 Ia 186). Einschränkungen und Abweichungen von der Wirtschaftsfreiheit sind - auch nach den Bestimmungen der neuen BV - sowohl auf Bundesebene als auch auf kantonaler Ebene möglich (vgl. die Botschaft des Bundesrates zu einer neuen Bundesverfassung [im Folgenden: Botschaft BV] vom 20. November 1996, in: BBl 1997, S. 194 ff.). Auf kantonaler Ebene sind gestützt auf Art. 36 und 94 Abs. 4 BV insbesondere im öffentlichen Interesse begründete polizeiliche Massnahmen zulässig (Botschaft BV, a.a.O., S. 296 f.). Solche Einschränkungen können dem Schutz der öffentlichen Ordnung, der Gesundheit, Sittlichkeit und Sicherheit oder von Treu und Glauben im Geschäftsverkehr dienen (BGE 124 I 313; 118 Ia 176 f.; 114 Ia 36; Botschaft BV, a.a.O., S. 175). Unzulässig sind wirtschafts- oder standespolitische Massnahmen, die den freien Wettbewerb behindern, um gewisse Gewerbebezüge oder Bewirtschaftungsformen zu sichern oder zu begünstigen. Beschränkungen der Wirtschaftsfreiheit bedürfen im Übrigen einer gesetzlichen Grundlage, müssen durch ein überwiegendes öffentliches Interesse gerechtfertigt sein und den Grundsatz der Verhältnismässigkeit sowie der Rechtsgleichheit (namentlich im Sinne der Wettbewerbsneutralität) wahren (Art. 36 BV; vgl. BGE 125 I 269; 124 I 313; 123 I 15 und 217).

3. a) Zu beachten ist zunächst, dass der Gesetzgeber auch auf eidgenössischer Ebene eine die Selbstdispensation der Ärzte betreffende Regelung getroffen hat. Der einschlägige Art. 37 Abs. 3 KVG vom 18. März 1994 lautet:

"Die Kantone bestimmen, unter welchen Voraussetzungen Ärzte und Ärztinnen mit einer kantonalen Bewilligung zur Führung einer Apotheke den zugelassenen Apothekern und Apothekerinnen gleichgestellt sind. Sie berücksichtigen dabei insbesondere die Zugangsmöglichkeiten der Patienten und Patientinnen zu einer Apotheke."

Da dem Verwaltungsgericht eine Überprüfung der Verfassungsmässigkeit von Art. 37 Abs. 3 KVG nach Massgabe von Art. 191 BV (unter der früheren Ordnung: Art. 113 Abs. 3 aBV), wonach Bundesgesetze für das Bundesgericht und die anderen rechtsanwendenden Behörden massgebend sind, verwehrt ist, stellt sich die Frage, welches die Tragweite von Art. 37 Abs. 3 KVG ist.

b) Art. 37 Abs. 3 KVG weist die Kantone an, die Zulassung von Ärzten zur Führung einer Apotheke zu regeln. Dabei wird das Hauptkriterium dieser Regelung vorgegeben, nämlich die Möglichkeit des Zugangs von Patienten zu einer öffentlichen Apotheke. Weitere Aufschlüsse zum Gehalt der fraglichen Bestimmung ergeben sich aus den Beratungen der eidgenössischen Räte. Die Tragweite von Art. 37 Abs. 3 KVG war dort zwar - nachdem der Vorschlag des Bundesrates, die Selbstdispensation auf Bundesebene zu ordnen (vgl. BBl 1992, S. 165; Art. 31 des Entwurfs), verworfen worden war – umstritten. Die Debatte ging indessen nicht dahin, die Aufgabenteilung zwischen Ärzten und Apothekern auf eine neue Grundlage zu stellen. Vielmehr zeugen die in der Gesetzesberatung abgegebenen Voten von der Absicht der Parlamentsmehrheit, ein breites Netz an Apotheken beizubehalten und die Selbstdispensation (nur) in Notfällen sowie dann zuzulassen, wenn der Weg zur öffentlichen Apotheke zu lang oder zu umständlich ist (Amtliches Bulletin Ständerat 1992, S. 1306 f.; 1993, S. 1059 f.; Amtliches Bulletin Nationalrat 1993, S. 1848 f.; 1994, S. 19 f. und 358 f.).

Es kann unter Umständen angezeigt sein, Materialien zu Gesetzen, die noch nicht in Kraft getreten sind, für die Auslegung einer Norm beizuziehen, hauptsächlich, wenn das geltende System nicht grundsätzlich geändert und der bestehende Rechtszustand lediglich konkretisiert oder Lücken des geltenden Rechts ausgefüllt werden sollen (BGE 125 II 336, 124 II 201, mit Hinweisen). Dies muss auch zulässig sein, wenn der Gesetzgeber in einer mit der auszulegenden Norm verwandten Materie legiferiert und dabei auf eben diese Norm Bezug nimmt. In den eidgenössischen Räten wird gegenwärtig über die Einführung eines Bundesgesetzes über Arzneimittel und Medizinprodukte (Heilmittelgesetz, HMG) debattiert. Die Regelung der Selbstdispensation bildet allerdings nicht Gegenstand dieses Gesetzes (Botschaft des Bundesrates vom 1. März 1999, BBl 1999, S. 3511). Aufschlussreich ist aber dennoch nachfolgendes Zitat aus eben dieser Botschaft zu Art. 24 Heilmittelgesetz: „Die Selbstdispensation mag Auswirkungen auf die Gesundheitskosten haben, allerdings ist umstritten in welcher Richtung. Es besteht somit für den Bund kein Anlass, die Selbstdispensation im Rahmen des Heilmittel-

gesetzes näher zu regeln. Soweit eine bundesrechtliche Richtungsweisung geboten ist, findet sie sich bereits im Bundesgesetz über die Krankenversicherung“ (BBl 1999, S. 3511).

Vor diesem Hintergrund steht für das Verwaltungsgericht fest, dass eine Freigabe der Medikamentenabgabe ohne Einschränkungen, welche nach Auffassung des Beschwerdeführers eine Folge des fehlenden öffentlichen Interesses ist, nicht den Intentionen des Bundesgesetzgebers entspricht. Wie erwähnt, kristallisierte sich während der Beratungen zum KVG mehrheitlich die Meinung heraus, die Selbstdispensation müsse im Interesse der Beibehaltung einer ausreichenden Zahl öffentlicher Apotheken beschränkt werden. Erklärt man dabei, wie dies Art. 37 Abs. 3 KVG tut, die Zugangsmöglichkeiten der Patienten zum massgebenden Kriterium, so ist eine für die Ärzteschaft weniger weit gehende Regelung, als sie in § 32 Abs. 2 GesG verankert ist und durch die von der Praxis entwickelte Ein-Stunden-Regel konkretisiert wird (AGVE 1993, S. 246 mit Hinweisen), schlechterdings nicht denkbar. So gesehen steht aber dem Begehren des Beschwerdeführers auf inzidente Normenkontrolle von § 32 Abs. 2 GesG, dessen Nichtanwendung indirekt auf eine Überprüfung der Verfassungskonformität von Art. 37 Abs. 3 KVG hinauslief, bereits Art. 191 BV entgegen (vgl. Erw. a hievor). Wie sich im Übrigen aus den nachfolgenden Erwägungen ergibt, führt auch die Überprüfung von § 32 Abs. 2 GesG auf seine Verfassungskonformität zu einem positiven Resultat.

4. a) Das öffentliche Interesse, dem mit dem Verbot bzw. der Beschränkung der Selbstdispensation Rechnung getragen werden soll, ist die regional gute Versorgung mit Apotheken, die der Gesundheitspflege besser dient als die (auf kleine Sortimente beschränkte und mit andern Nachteilen - z. B. Wegfall der doppelten Kontrolle - verbundene) Selbstdispensation durch Ärzte (nicht publizierter BGE vom 29. Oktober 1996 in Sachen S., Erw. 2; BGE 118 Ia 179 f., 111 Ia 189 f.). Der Apotheker nimmt aufgrund seiner besonderen fachlichen Ausbildung eine wichtige Beratungs- und Triagefunktion gegenüber dem Konsumenten wahr; oftmals fungiert er - nicht zuletzt auch als Folge der Franchise der Krankenversicherungen - als erste Anlaufstelle bei Erkrankungen oder Unfällen und kann

auf dem Wege der Selbstmedikation Arzneien der Listen C (Abgabe von Arzneistoffen durch Apotheken ohne ärztliches Rezept) und D (Abgabe von Arzneistoffen durch Apotheken und Drogerien; vgl. Art. 29 des Regulativs vom 25. Mai 1972 zur Ausführung der interkantonalen Vereinbarung über die Kontrolle der Heilmittel vom 3. Juni 1971) der Interkantonalen Kontrollstelle für Heilmittel (IKS) abgeben, ohne die Krankenversicherungen kostenmässig zu belasten (vgl. BGE 118 Ia 182 f.; ferner Verwaltungsgericht, in: ZBl 89/1988, S. 58; Wettbewerb und Arzneimittelmärkte - eine Standortbestimmung, herausgegeben vom Verband der schweizerischen Pharmabranche [Sanphar], Genf 1998, S. 13 f.). Der Apotheker nimmt sodann eine Kontrollfunktion wahr; löst der Patient ein ärztlich ausgestelltes Rezept in der öffentlichen Apotheke ein (Arzneistoffe gemäss IKS-Liste A [Abgabe durch Apotheken bei verschärfter Rezeptpflicht] oder B [Abgabe durch Apotheken gegen ärztliches Rezept]), überprüft der Apotheker - oder das unter seiner Aufsicht und Kontrolle arbeitende Fachpersonal -, ob die Anweisungen betreffend dieses Medikament richtig verstanden wurden, und erklärt, wie das Mittel eingenommen oder angewendet werden soll. Er kann auf allfällige Interaktionen mit andern Medikamenten aufmerksam machen, wenn der Patient selber noch zusätzliche Arzneimittel einnimmt oder ihm solche von einem anderen Arzt verschrieben worden sind (vgl. BGE 111 Ia 190). Im Idealfall ist dem Apotheker der Patient und dessen Umfeld - analog dem Hausarztmodell - seit mehreren Jahren bekannt. Er weiss um den Gesundheitszustand des Patienten, bei welchen Ärzten dieser in Behandlung ist und welche Mittel neben den ärztlichen Verschreibungen zusätzlich eingenommen werden. Er kann im persönlichen Kontakt auch feststellen, ob der Patient (z. B. bei der wiederholten Verschreibung von Beruhigungsmitteln), verwirrt oder retardiert reagiert, und kann bei nachlassender Gedächtnisleistung im Alter seine Beratung intensivieren und mit dem Arzt, mit Angehörigen oder Hauspflegediensten zusammenarbeiten. Schliesslich ist in diesem Zusammenhang zu berücksichtigen, dass die Schwelle der Patienten, sich wegen allfälliger Beschwerden zunächst beim Apotheker beraten zu lassen, unter Umständen kleiner ist als für eine Konsultation beim Arzt. Dies gilt auch für die Zeit

einer ärztlich verordneten medikamentösen Therapie (Christine von Arx, Vertriebssysteme von Arzneimitteln unter Aspekten der Handels- und Gewerbefreiheit, in: Paul Richli [Herausgeber], Auf dem Weg zu einem eidgenössischen Heilmittelgesetz, Schriftenreihe der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik [SGGP], Nr. 53, Bern 1997, S. 145 f., 153).

b) aa) Gemäss der Stellungnahme des Kantonsapothekers vom 23. April 1998 im vorinstanzlichen Verfahren hat die Zahl der öffentlichen Apotheken im Kanton Aargau von 71 (1980) auf 108 (1997) zugenommen. Im Verhältnis zur - ebenfalls gewachsenen - Bevölkerung standen 1997 pro 100'000 Einwohner 20,2 Apotheken (1980: 15,7 Apotheken) zur Verfügung, was dem schweizerischen Mittel entspreche. Nach seiner Auffassung liegt die Zunahme der Apotheken in der allgemeinen Entwicklung des Gesundheitswesens begründet. So habe die Zahl von Studienabgängern in der Medizin und damit auch die Zahl von Arztpraxen zugenommen. An Bedeutung gewonnen habe auch die Bedeutung des Medikaments in der ambulanten Therapie. Festzustellen seien auch erhöhte Ansprüche der Bevölkerung an die medizinische Versorgung. Gesamtschweizerisch habe die Anzahl der praktizierenden Ärzte zwischen 1984 und 1994 pro 10'000 Einwohner von 14,1 auf 16,8 zugenommen, die Anzahl Apotheken im gleichen Zeitraum von 2,1 auf 2,3. Auch nach der Stellungnahme des Kantonsarztes vom 22. April 1998 hat sich die Ärztezahl zwischen 1980 (ein Arzt auf 1'343 Einwohner) und 1996 (ein Arzt auf 808 Einwohner) erhöht. Kantone mit umfassendem Verbot der Selbstdispensation weisen den durchschnittlich höchsten Bestand an Apotheken auf (Tessin: 54,7 Apotheken pro 100'000 Einwohner; Genf: 40,4; Waadt: 36,5; Baselstadt: 33,7; Neuenburg: 31,3). Umgekehrt ist in Kantonen mit uneingeschränkter Selbstdispensation der durchschnittlich tiefste Bestand an Apotheken festzustellen (Nidwalden: 5,6 Apotheken pro 100'000 Einwohner; Obwalden: 6,4; Glarus: 7,7; Uri: 8,6; Luzern: 8,8; Schwyz: 9,0; Solothurn: 11,3; Baselland: 13,9 [alle Angaben gemäss dem Statistischen Jahrbuch der Schweiz 1999, S. 370, T. 14.13]). Die mit der Selbstdispensation verbundene Konkurrenz zwischen Ärzten und Apothekern gefährdet grundsätzlich das Ziel einer flächendeckenden

Versorgung des Landes mit Apotheken. Insoweit liegt die Beschränkung der Selbstdispensation im öffentlichen Interesse; dass damit im Ergebnis ein Konkurrenzschutz für Apotheken resultiert, ändert nichts daran, dass die Beibehaltung eines Apothekennetzes einem mit Art. 27 BV bzw. Art. 31 aBV vereinbaren sozialpolitischen Zweck entspringt (BGE 119 Ia 441).

bb) Mit Beschluss vom 31. März 1999 hat der Regierungsrat einem Gesuch der MediService AG, Zuchwil, die mit Arzneimitteln einen Versandhandel betreibt, in dem Sinne entsprochen, als er festgestellt hat, die erwähnte Firma benötige für ihre Tätigkeit als öffentliche Apotheke aufgrund einer im Kanton Solothurn erwirkten Betriebsbewilligung im Kanton Aargau keine Bewilligung. Dies ergibt sich aus einem Schreiben des Gesundheitsdepartements vom 27. April 1999 an den Aargauischen Apothekerverein, das der Beschwerdeführer ins Recht gelegt hat. Er will damit nachweisen, dass nach heutiger Auffassung der Schutz der Apotheke vor Konkurrenz kein öffentliches Interesse mehr darstelle.

Die MediService AG, ein von der Krankenkasse Helsana beherrschtes Unternehmen, darf gestützt auf eine Bewilligung des Departements des Innern des Kantons Solothurn vom 26. März 1997 eine öffentliche Apotheke betreiben und Medikamente nicht nur in ihrer Offizin verkaufen, sondern auch versenden, wobei der Heilmittelversand nur für ärztlich verschriebene Präparate erlaubt ist und keine Kunden in Kantonen beliefert werden dürfen, in denen der Versand von Heilmitteln verboten ist. Nach dem erwähnten Beschluss des Regierungsrats darf nun die MediService AG gestützt auf Art. 2 und 3 BGBM ihre Tätigkeit auch im Kanton Aargau entfalten. Sicherlich ist mit der Zulassung einer solchen Vertriebsform eine zusätzliche Konkurrenzierung der Apotheken verbunden. Diese Konkurrenzierung findet aber – und dies bildet den massgeblichen Unterschied zur Konkurrenzsituation mit den Ärzten – innerhalb der gleichen Berufsgruppe statt. Die MediService AG betreibt eine öffentliche Apotheke. Es werden nur Medikamente aufgrund von Arztrezepten ausgeliefert. Die Rezeptbestellungen werden unter Aufsicht von Apothekern auf Interaktionen, Mengen und Verschreibung der Dosierung überprüft. Der Grundsatz "Wer rezeptiert, dispensiert



nicht" ist eingehalten, die Doppelkontrolle sichergestellt. Vor diesem Hintergrund kann nicht argumentiert werden, mit der Zulassung des Pharmaversands spiele der mit der Einschränkung der Selbstdispensation bewirkte Konkurrenzschutz der öffentlichen Apotheken nicht mehr. Die Verschärfung der Konkurrenzsituation unter Gewerbegegnossen ist etwas grundsätzlich Anderes als die Konkurrenzierung durch eine andere Berufsgruppe.

c) aa) Ob die Selbstdispensation zu tieferen Medikamentenkosten führt und insoweit das öffentliche Interesse an der Kosteneindämmung im Gesundheitswesen fördert (BGE 110 Ia 105.), ist umstritten. Die zu den Akten gereichten Studien und Expertisen vermitteln alles Andere als ein einheitliches Bild. Während Andreas Dummermuth (Selbstdispensation, Der Medikamentenverkauf durch Ärzte, Cahiers de l'institut de hautes études en administration publique [IDHEAP] Nr. 114, Lausanne 1993, S. 74 mit Hinweisen) aufgrund eines Vergleichs der Kantone Aargau (eingeschränkte Selbstdispensation) und Luzern ("reine" Selbstdispensation, d. h. praktisch jeder Arzt darf Arzneimittel abgeben) tiefere Arzt- und Medikamentenkosten für den Aargau errechnet, gelangen René Gröflin und Christoph Züllig (in: Schweizerische Ärztezeitung, Heft 41/1995, S. 1652 f.) zum Schluss, die Medikamentenkosten seien in Kantonen mit selbstdispensierenden Ärzten - zumindest im ersten Halbjahr 1995 - tiefer als in Kantonen mit Rezeptur. Dem wiederum halten Bernd Schips und Peter Sohre (Ist die Selbstdispensation durch Ärzte tatsächlich kostengünstiger als Rezeptur?) entgegen, in die Beurteilung der Kostensituation müssten auch sozioökonomische Einflussfaktoren einfließen, die das Nachfrageverhalten der Konsumenten beeinflussten, etwa die Leichtigkeit des Zugangs zu medizinischer Versorgung, die Hemmschwelle, medizinische Leistungen in Anspruch zu nehmen, die stark von der Altersstruktur abhängige Krankheitsanfälligkeit und Schwere der Erkrankungen von Patienten sowie kulturelle Unterschiede in Bezug auf die Einstellung zur modernen Medizin. Diese Autoren kommen aufgrund ihrer Untersuchungen zum Schluss, dass sich die Arzneimittelkosten mit erhöhter Ärztedichte, vermehrtem Anteil von Personen über 55 Jahren und zunehmendem Anteil von französisch- und italienischsprachiger

Bevölkerung erhöhen, hingegen mit zunehmendem Anteil von Erwerbstätigen im 1. Sektor abnehmen. Die Kostenunterschiede in den einzelnen Kantonen könnten im Ergebnis zu mindestens 80 % mit den genannten sozioökonomischen Faktoren erklärt werden, hingegen nicht - zumindest nicht signifikant - mit den Unterschieden in den Vertriebssystemen für Arzneimittel (Selbstdispensation und Rezeptur). Bei der Studie Dummermuth können diese sozioökonomischen Faktoren aufgrund der geographischen und demographischen Wahl der Vergleichskantone allerdings kaum Einfluss auf das Resultat gehabt haben.

Einem vom Beschwerdeführer zu den Akten gegebenen Arbeitspapier der Helsana Versicherungen AG ist ebenfalls zu entnehmen, dass es bislang nicht gelungen ist, den Einfluss des Verkaufskanals für Medikamente auf die Arzneimittelpreise nachzuweisen. Wohl hätten Kantone mit tieferen Medikamentenpreisen vorwiegend ein System der direkten Medikamentenabgabe. Umgekehrt sei in diesen Regionen eine markant tiefere Ärztedichte zu verzeichnen, was wiederum unmittelbar die Höhe der Kosten und Prämien beeinflusse. Kantone, die von der direkten Medikamentenabgabe zur Rezeptur gewechselt hätten (Schaffhausen, Graubünden, Bern), verzeichneten Kostenschübe, weil Ärzte ihren Einkommensausfall mit zusätzlichen medizinischen Leistungen kompensierten. Entsprechend ist auch der Hinweis von Christoph Bangerter und Michael Egli betreffend den Anstieg der Medikamentenpreise im Kanton Graubünden nach Einschränkung des Rechts zur Selbstdispensation zu relativieren (Der Einfluss des Vertriebskanals auf die Medikamentenpreise, Schweizerische Ärztezeitung, Heft 8/1999, S. 448 f., 451).

Dass zum Zusammenhang zwischen Selbstdispensation und Arzneipreisen keine gesicherten Aussagen möglich sind, haben auch die vom Verwaltungsgericht befragten Fachstellen bestätigt. Nach Meinung des Kantonsapothekers ist dies die "ewige Streitfrage". Es liessen sich für beide Seiten Gutachten oder Beweise erbringen. Sicher falsch sei die Behauptung, in den lateinischen Kantonen mit Verschreibungspflicht seien die Medikamentenpreise deswegen höher; die Bereitschaft, die ärztliche Leistung in Anspruch zu nehmen, sei dort grundsätzlich ebenfalls höher. Die Unterschiede der verschiede-

nen Abgabemodelle in Bezug auf die Kosten wirkten sich im Umfeld der Gesundheitsaufwendungen ohnehin kaum relevant aus (vgl. dazu: Wettbewerb und Arzneimittelmarkt - eine Standortbestimmung, a.a.O., S. 5 f.). Auch der Kantonsarzt erachtet die einschlägigen Untersuchungen als nicht schlüssig, teilweise sogar als widersprüchlich.

bb) Im Weiteren ist unter dem Gesichtspunkt der Medikamentenkosten an den potentiellen Interessenkonflikt des selbstdispensierenden Arztes zu denken, der am Umsatz seiner Medikamente wirtschaftlich direkt beteiligt ist und im Rahmen seines begrenzten Arzneimittelangebotes eher ein im Sortiment verfügbares - allenfalls teureres - Medikament abgibt, als das wesentlich grössere - und im Einzelfall eventuell günstigere - Angebot des Apothekers in Betracht zu ziehen (vgl. den zitierten VGE vom 28. Oktober 1986, in: ZBl 89/1988, S. 59). Derartige Konfliktsituationen hält auch der Kantonsarzt für denkbar, doch verweist er andererseits darauf, dass selbstdispensierende Ärzte häufiger Generika anstelle von Originalpräparaten abgaben, was den Konflikt eher relativiere. Immerhin mussten dem Vernehmen nach schon Ärzte wegen übermässiger Medikamentenabgabe zur Rückerstattung bereits bezogener Entschädigungen an die Krankenkasse verpflichtet werden (vgl. Gröflin/Züllig, a.a.O., S. 1654). Zudem bleibt zu bedenken, dass der Arzt bereits seine eigene Dienstleistung gegenüber der Krankenkasse verrechnen kann und nochmals beim Medikamentenverkauf verdient, während die - gesundheitspolizeilich erwünschte - Beratungstätigkeit des Apothekers im Verkaufspreis für das Medikament eingeschlossen ist (BGE 118 Ia 183). Die Selbstdispensation könnte somit (nur) dann nachhaltige kostendämmende Wirkung entfalten, wenn der Arzt die Medikamente wesentlich unter den vom Apotheker verrechneten Verkaufspreisen abgeben würde (vgl. das erwähnte Arbeitspapier der Helsana Versicherungen AG). Es wird sich zeigen, wie sich das neue Abgeltungsmodell für die Abgabe von kassenpflichtigen Medikamenten, das per 1. Januar 2001 in Kraft treten soll und im Wesentlichen vorsieht, die fachlichen (Beratungs-)Leistungen der Apotheker und selbstdispensierenden Ärzte vom Herstellungs- und Vertriebsanteil der Medikamentenkosten zu trennen und tarifgemäss zu vergüten

(Medienmitteilung des Bundesamts für Sozialversicherung vom 24. März 2000), unter dem erwähnten Gesichtspunkt auswirken wird.

Es kann dahingestellt bleiben, ob der erwähnte Interessenkonflikt auch beim Beschwerdeführer eine namhafte Rolle spielt. Dagegen könnte sprechen, dass der Beschwerdeführer seinen Patienten in Absprache mit dem Aargauischen Krankenkassenverband auf die von ihm abgegebenen Medikamente einen Rabatt von 10 % gewährt. Eine solche Einzelfallsituation kann indessen im vorliegenden Falle schon deshalb nicht von entscheidender Bedeutung sein, weil es um die Prüfung der Verfassungskonformität einer (generell-abstrakten) Rechtsnorm geht und vor diesem Hintergrund eine entsprechend generalisierende und abstrahierende Betrachtungsweise angezeigt ist. Abgesehen davon haben sich aufgrund einer Verbandsvereinbarung offenbar auch die Apotheker verpflichtet, einen Margenanteil von rund 3 % rückzuerstatten.

cc) Im Arzneimittelmarkt herrscht heute auf allen Stufen - und somit auch zwischen den Apotheken selbst - in vermehrtem Masse Wettbewerb, vorbehaltlich der behördlichen Festsetzung der Publikumspreise für kassenpflichtige Arzneimittel (vgl. Art. 52 KVG und Art. 63 f. KVV; NZZ vom 14. Dezember 1999, S. 29). Dieser Wettbewerb hat auf die Medikamentenpreise wiederum dämpfende Wirkung. Werden die allgemeinen Kosten im Gesundheitswesen nach Leistungserbringer verglichen, so zeigt sich ein prozentual leicht höherer Anstieg der Arztkosten (3,36 Milliarden Fr. im Jahre 1985 gegenüber 6,59 Milliarden Fr. im Jahre 1996 [Faktor 1,96]) im Verhältnis zu den Apothekerkosten (1,41 Milliarden Fr. im Jahre 1985 gegenüber 2,55 Milliarden Fr. im Jahre 1996 [Faktor 1,81]; Statistisches Jahrbuch für die Schweiz 1999, Zürich 1998, S. 372). Vergleicht man die Entwicklung der Kosten für ärztliche Behandlung mit denjenigen der Arzneimittel, so zeigt sich, dass die Kosten für ärztliche Behandlung zwischen 1985 und 1993 stärker angestiegen sind als jene für Arzneimittel (Statistisches Jahrbuch der Schweiz 1996, Zürich 1995, S. 327). Eine höhere Anzahl von Apotheken belastet die Allgemeinheit nicht unmittelbar mit Mehrkosten, da der Arzt und nicht der Apotheker kassenpflichtige Medikamente verschreibt. Sie begünstigt die Selbstmedikation und vermindert die

Inanspruchnahme der Krankenversicherer; zudem wird dadurch der Wettbewerb zwischen den Apothekern gefördert, was sich - zumindest mit zunehmend entkartellisierter Preisbildung - positiv auf die Kostenentwicklung auswirkt.

dd) Zusammenfassend ist unter diesem Titel festzuhalten, dass die kostendämmende Wirkung der Selbstdispensation nicht nachzuweisen ist und ebenso wenig damit argumentiert werden kann, die beschränkte Zulassung der Selbstdispensation durch Ärzte führe zu höheren Medikamentenkosten. (...)

d) Unter dem Gesichtspunkt des öffentlichen Interesses erscheinen auch die folgenden Hinweise bedeutsam:

aa) (...)

bb) Die eidgenössische Kartellkommission bejahte in ihrer Untersuchung von 1981 ein öffentliches Interesse an einer breiten Streuung von Apotheken (Die Arzneimittelversorgung in der Schweiz, in: Veröffentlichungen der Schweizerischen Kartellkommission 1981, S. 125 ff., 193 ff.). Im Januar 1995 hat sie eine neue Untersuchung über den Arzneimittelmarkt eröffnet. Als Folge der KVG-Revision und im Hinblick auf das neue Heilmittelgesetz sowie unter Berücksichtigung der von der "Reglementation" (heute Sanphar) in Zusammenarbeit mit Apothekern, Ärzten, Importeuren, Grossisten usw. ausgearbeiteten Änderung der geltenden Marktordnung hat sie ihre Untersuchungstätigkeit mit Beschluss vom 22. April 1996 bis Ende 1998 ausgesetzt und die ihr vorgelegten Anpassungsvorschläge, welche unter anderem auf eine Ablösung der bisherigen Margenordnung durch eine Tarifierung der apothekerseits erbrachten Beratungsdienstleistungen hinzielen, akzeptiert. Grundsätzlich neue Positionen zur Aufgabenteilung zwischen Apothekern und Ärzten hat sie bisher nicht vertreten, doch will sie die Rolle der Apotheker und Ärzteschaft bei der Arzneimitteldistribution in Bezug auf neue Tarifierungs- und Abgeltungssysteme untersuchen (Beschluss der Kartellkommission vom 22. April 1996; vgl. auch: Veröffentlichungen der Schweizerischen Kartellkommission und des Preisüberwachers 3/1996, S. 213 f.).

Auch die eidgenössische Wettbewerbskommission (Weko) hat in der kürzlich abgeschlossenen Untersuchung, welche im April 1998

gegen die Marktregulierung im Medikamentenvertrieb angestrengt wurde, festgestellt, dass die Margen- und Rabattordnung, die den Vertrieb von Arzneimitteln vom Hersteller bis zum Fachhandel lückenlos geregelt habe, den Wettbewerb erheblich oder gar in kartellgesetzwidriger Weise einschränkt. Entsprechend hat die Weko die vom Branchenverband Sanphar herausgegebene Margen- und Rabattordnung mitsamt den sog. Grossistenbedingungen verboten (NZZ vom 16. Juni 2000, S. 25).

e) Aus den vorstehenden Ausführungen erhellt, dass hinter der - bereits in Art. 37 Abs. 3 KVG angelegten (Erw. 3 hievor) - Regelung von § 32 Abs. 2 GesG ein gewichtiges öffentliches Interesse steht, weil damit die Schaffung und Sicherung eines dichten Netzes von Medikamentenverkaufsstellen in öffentlichen Apotheken mit einem vielseitigen Angebot und mit fachmännischer Beratung - regelmässig rund um die Uhr - ermöglicht wird. Gefördert wird damit auch die kostendämmend wirkende Selbstmedikation, die Doppelkontrolle bei der Abgabe rezeptpflichtiger Arzneien, die Patientenbegleitung während einer laufenden Therapie und die Beratungstätigkeit zu Gunsten anderer medizinischer Berufsgruppen betreffend Auswahl und Einsatz von Medikamenten. Sodann wird die Arzneimittelversorgung und der Medikamenteneinsatz in Krankenhäusern, Heimen und im Spitex-Bereich sichergestellt. Zudem wird getreu dem - in den Westschweizer Kantonen und im Tessin sowie in weiten Teilen der EU-Staaten selbstverständlichen - Grundsatz "Wer rezeptiert, dispensiert nicht" die Gefahr reduziert, dass aus wirtschaftlichen Gründen dem Patienten mehr oder anderes abgegeben wird, als notwendig oder indiziert ist (Verwaltungsgericht, in: ZBl 89/1988, S. 63; von Arx, a.a.O., S. 152 f. mit Hinweisen; Dummermuth, a.a.O., S. 13, Tab. 6.2).

5. a) Die Verhältnismässigkeit einer Einschränkung der Wirtschaftsfreiheit misst sich an drei Kriterien: Die Einschränkung muss geeignet sein, das angeführte öffentliche Interesse zu schützen, sie muss zu dessen Schutz erforderlich sein (im Sinn des geringstmöglichen Eingriffs), und sie muss die Verhältnismässigkeit im engeren Sinne befolgen, mithin ein vernünftiges Verhältnis zwischen dem gesteckten Ziel und der zu seiner Erlangung notwendigen Freiheits-

beschränkung wahren (vgl. Gygi/Richli, a.a.O., S. 106 f.; Ulrich Häfelin/Georg Müller, Grundriss des Allgemeinen Verwaltungsrechts, 3. Auflage, Zürich 1998, Rz. 493 f.).

b) Es wurde bereits ausgeführt, dass die im überwiegenden öffentlichen Interesse liegende Beschränkung der Selbstdispensation zu einer erhöhten Apothekendichte führt, weshalb die Geeignetheit der Massnahme, das im öffentlichen Interesse verfolgte Ziel zu fördern, ausser Zweifel liegt (AGVE 1993, S. 241). Sie ist auch erforderlich, um ein breites Netz an Apotheken mit entsprechender Anzahl an Spezialisten längerfristig zu erhalten, da diese bei zunehmender Konkurrenzierung durch eine steigende Zahl selbstdispensierender Ärzte wirtschaftlich (u.a. hoher Investitionsbedarf aufgrund der gesetzlichen Vorgaben [vgl. die §§ 11 f. der Verordnung über die Apotheken vom 3. April 1958; § 26 Abs. 3 GesG]) nicht mehr in ausreichender Zahl bestehen können.

c) Mildere Massnahmen, das im öffentlichen Interesse liegende Ziel der Schaffung und - insbesondere - der Beibehaltung eines ausreichenden Netzes an öffentlichen Apotheken zu erreichen, als mit der beschränkten - und damit nicht a priori ausgeschlossenen - Selbstdispensation sind weder ersichtlich noch dargetan. Wie das Verwaltungsgericht schon früher aufgezeigt hat, ist die geltende Norm flexibler ausgestaltet als die altrechtliche Regelung gemäss § 22 des Gesundheitsgesetzes vom 28. November 1919 (aGesG; vgl. AGVE 1993, S. 241 f.).

d) Der staatliche Eingriff muss schliesslich durch ein das private Interesse überwiegendes öffentliches Interesse gerechtfertigt sein. Eine Massnahme, an der nur ein geringes öffentliches Interesse besteht, die aber tiefgreifende Auswirkungen auf die Rechtsstellung der betroffenen Person hat, soll unterbleiben (Häfelin/Müller, a.a.O., Rz. 516). Das Bundesgericht hat die Verhältnismässigkeit - im Rahmen seiner zurückhaltenden Prüfung - der Beschränkung des Rechts zur Selbstdispensation wiederholt bejaht (BGE 118 Ia 184; 111 Ia 184 ff., nicht publizierte Erw. 5). Es hielt in den beurteilten Fällen für wesentlich, dass dem Arzt die unmittelbare Anwendung des Medikaments beim Patienten oder bei Hausbesuchen sowie in Notfällen nicht untersagt war und ihn das Verbot zur Führung einer Privatapo-

theke nicht in seiner Haupttätigkeit traf. Auch nach § 32 Abs. 1 GesG ist dem Arzt die unmittelbare Anwendung sowie in Notfällen auch die Abgabe von Medikamenten gestattet. Dass ein eminentes öffentliches Interesse an der Beibehaltung eines breiten Netzes an öffentlichen Apotheken besteht, wurde bereits dargelegt. Dagegen vermag der Beschwerdeführer mit seinen Einkommensinteressen nicht aufzukommen. Er betreibt als Dr. med. mit FMH-Titel eine Arztpraxis, weshalb ihn eine ihn nicht in seiner angestammten Tätigkeit treffende Einschränkung der Wirtschaftsfreiheit nur bei minder zu gewichtigem öffentlichem Interesse an der Beschränkung der Selbstdispensation unzumutbar treffen kann. Es lässt sich ohnehin fragen, ob der verfassungsmässige Entscheid richtig ist, Ärzte und Apotheker auch in Bezug auf (Neben-)Tätigkeiten, die bereits von Bundesrechts wegen anderen Medizinalpersonen zugedacht sind, der Wirtschaftsfreiheit zu unterstellen. In den Kerngehalt der Wirtschaftsfreiheit des Arztes wird mit der Beschränkung der Selbstdispensation jedenfalls nicht eingegriffen, ist ihm doch die Erwerbstätigkeit in seinem angestammten Beruf in keiner Art und Weise verwehrt (vgl. René Rhinow/Gerhard Schmid/Giovanni Biaggini, Öffentliches Wirtschaftsrecht, Basel 1998, § 5 Rz. 210 f.). Vorliegendenfalls ist zudem zu beachten, dass die Praxis des Beschwerdeführers die einzige in X. ist, einer Gemeinde mit immerhin rund 1'800 Einwohnern.

e) Die Einschränkung der Selbstdispensation erweist sich somit auch als verhältnismässig (vgl. auch AGVE 1993, S. 242).

6. Zu prüfen bleibt, ob die als verfassungsmässig erkannte Bestimmung von § 32 Abs. 2 GesG im vorliegenden konkreten Einzelfall gesetzeskonform angewendet worden ist.

a) Das Verwaltungsgericht hat in AGVE 1993, S. 244 f., die Entwicklungsgeschichte von § 32 GesG nachgezeichnet. Im Unterschied zur früheren Regelung in § 22 Abs. 1 aGesG, welche das Halten einer Privapothek davon abhängig machte, dass Ärzte mindestens vier Kilometer von der nächsten öffentlichen Apotheke entfernt oder in einer Gemeinde mit mehr als 2'500 Einwohnern ohne öffentliche Apotheke praktizierten, ist aufgrund der - bereits altrechtlich entwickelten - Praxis massgebend, ob ein Zeitaufwand von nicht



mehr als einer Stunde zur Beschaffung eines Medikaments ausreicht, wobei die Zeitlimite unter Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel erfüllbar sein muss (AGVE 1993, S. 246 mit Hinweisen). Von diesen Grundsätzen geht auch der Regierungsrat zutreffend aus. Nachdem die Beschwerdegegner in X. an der Dorfstrasse gegenüber der Arztpraxis des Beschwerdeführers eine Apotheke eröffnet haben, sind die Voraussetzungen für die Selbstdispensation im heutigen Zeitpunkt zweifellos nicht mehr gegeben, so dass sich die Frage nach der Zulässigkeit des Entzugs stellt.

b) Die Selbstdispensationsbewilligung des Beschwerdeführers vom 20. März 1981 enthält die Nebenbestimmung, dass die Bewilligung dahinfällt, falls in einem späteren Zeitpunkt im Umkreis von 4 km eine öffentliche Apotheke gegründet werden sollte.

aa) Das Verwaltungsgericht hat in seiner publizierten Rechtsprechung eine ähnlich lautende Bestimmung nicht als Resolutivbedingung, sondern als Widerrufsvorbehalt qualifiziert (AGVE 1993, S. 248). Davon geht auch der Regierungsrat aus. Enthält eine Bewilligung einen solchen Vorbehalt, darf sie widerrufen werden, wenn die darin genannten Voraussetzungen erfüllt sind und keine Willkür vorliegt. Der Unterschied zu einer vorbehaltlos erteilten Bewilligung besteht darin, dass bestimmte Widerrufsgründe bereits im Voraus festgelegt sind und der Bewilligungsnehmer insofern eher mit einem Widerruf rechnen muss, womit sein Vertrauensschutzinteresse an Gewicht verliert. Jedenfalls ist so oder so - nach den Widerrufsregeln - abzuwägen, ob das öffentliche Interesse an der Durchsetzung des objektiven Rechts das private (und öffentliche) Interesse an der Rechtssicherheit und am Fortbestand der bisherigen Ordnung im konkreten Fall überwiegt (vgl. René Rhinow/Beat Krähenmann, Schweizerische Verwaltungsrechtsprechung, Ergänzungsband, Basel/Frankfurt a. M. 1990, Nr. 41/B/I/b mit Hinweisen; BGE 109 Ia 130 f.; 101 Ia 191; 99 Ia 458; AGVE 1993, S. 249; 1996, S. 292; VGE III/173 vom 17. Dezember 1999 [BE.97.00341] in Sachen F. u. M., 12 f.). Unter Hinweis auf diese Grundsätze verweigerte das Bundesgericht einem Arzt, dem die Bewilligung zur Selbstdispensation ebenfalls unter Widerrufsvorbehalt erteilt worden war, die Berufung auf Treu und Glauben (BGE 111 Ia 184, nicht publizierte Erw. 7).

bb) (...)

cc) Verwaltungsakte, die dem Gesetz nicht oder nicht mehr entsprechen, können grundsätzlich widerrufen werden. Der Widerruf ist allerdings in diesen Fällen nur unter den von der bundesgerichtlichen Rechtsprechung entwickelten Voraussetzungen zulässig. Danach sind das Interesse an der richtigen Durchsetzung des objektiven Rechts und dasjenige an der Wahrung der Rechtssicherheit gegeneinander abzuwägen. Dem Postulat der Rechtssicherheit kommt in der Regel dann der Vorrang zu, wenn durch die frühere Verfügung ein subjektives Recht begründet worden ist oder wenn die Verfügung in einem Verfahren ergangen ist, in welchem die sich gegenüberstehenden Interessen allseitig zu prüfen und gegeneinander abzuwägen waren, oder wenn der Private von einer ihm durch die fragliche Verfügung eingeräumten Befugnis bereits Gebrauch gemacht hat. Diese Regel gilt allerdings nicht absolut; ein Widerruf kann auch in einem der drei genannten Fälle in Frage kommen, wenn er durch ein besonders gewichtiges öffentliches Interesse geboten ist (vgl. BGE 119 Ia 309 f.; 115 Ib 155). Zudem gelten diese Grundsätze für Verfügungen, die ein einmaliges, nicht wiederkehrendes Verhalten erlauben, insbesondere für Baubewilligungen (BGE 100 Ib 303 f.). Wird dem Privaten aber eine unbefristete Tätigkeit erlaubt, so ist die Bewilligung nicht allein deshalb unwiderruflich, weil von ihr bereits Gebrauch gemacht worden ist. Gerät eine formell rechtskräftige Verwaltungsverfügung aufgrund einer nachträglichen Rechtsänderung oder durch eine Änderung des rechtserheblichen Sachverhalts in Widerspruch zum objektiven Recht, ist sie anzupassen bzw. die Bewilligung gegebenenfalls zu widerrufen, soweit mit der Verfügung nicht wohlerworbene Rechte begründet worden sind (Max Imboden/René Rhinow, Schweizerische Verwaltungsrechtsprechung, Bd. I, Nr. 45, S. 273; Ulrich Meyer-Blaser, Die Abänderung formell rechtskräftiger Verwaltungsverfügungen in der Sozialversicherung, in: ZBl 95/1994, S. 50; vgl. auch BGE 115 Ib 155; 106 Ib 255 f.). Besteht die Änderung des massgebenden Rechts dagegen bloss in einer neuen, gerichtlich bestätigten, Verwaltungspraxis oder in einer neuen Rechtsprechung, so darf die Verfügung über das Dauerrechtsverhältnis grundsätzlich nicht angetastet werden. Anders zu entscheiden ist nur

dann, wenn das Festhalten an der ursprünglichen Verfügung schlechterdings nicht mehr zu rechtfertigen ist, weil die neue Rechtspraxis eine derartige Verbreitung findet, dass ihre Nichtbeachtung in einem einzelnen Fall als dessen stossende Privilegierung und als Verletzung des Gleichbehandlungsgebotes erscheint (Meyer-Blaser, a.a.O., S. 350 mit Hinweisen).

Eine solche Ausnahmesituation ist im vorliegenden Falle nicht gegeben. Zwar wurde bereits unter dem Regime des früheren, bis zum 30. April 1988 in Kraft stehenden Gesundheitsgesetzes die starre Vier-Kilometer-Regel zunehmend aufgegeben und berücksichtigt, ob die Beschaffung von Medikamenten innert nützlicher Frist und mit zumutbarem zeitlichen und finanziellen Aufwand möglich sei (AVGE 1993, S. 245 f.). Richtig ist wohl auch, dass die rasche und für jedermann mögliche Versorgung mit Medikamenten für die Einwohner von X. schon seit längerem durch die Apotheken in Y. gewährleistet war. Andererseits steht aber auch fest, dass die geänderte Praxis ausschliesslich bei der Behandlung *neuer* Gesuche um Selbstdispensation Anwendung fand und nicht auch zu einer Überprüfung bereits erteilter Bewilligungen oder gar zu deren Widerruf Anlass gab. Dementsprechend kann nicht gesagt werden, dass die dem Beschwerdeführer am 20. März 1981 erteilte Selbstdispensationsbewilligung einzigartig geblieben wäre und aus der damaligen Sicht als stossende Privilegierung des Beschwerdeführers qualifiziert werden müsste. Ein Widerruf der erwähnten Bewilligung konnte daher nach dem Gesagten frühestens ab Inkrafttreten von § 32 GesG am 1. Mai 1988 in Frage kommen, und bei Annahme einer zehnjährigen Verwirkungsfrist - eine kürzere Frist wird seitens des Beschwerdeführers nicht behauptet - erfolgte der Widerruf am 11. Februar 1998 rechtzeitig. Im Übrigen ist durchaus offen, ob es des Rückgriffs auf eine absolute Verwirkungsfrist überhaupt bedürfe. Die Frage, ob die Behörde eine ursprünglich rechtmässig erteilte Bewilligung aufgrund einer nachträglich eingetretenen Rechtsänderung noch nach Jahr und Tag widerrufen kann, entscheidet sich letztlich stets aufgrund einer Abwägung der widerstreitenden Interessen am Vertrauensschutz und der Rechtssicherheit gegen jene an der richtigen Rechtsanwendung (vgl. Häfelin/Müller, a.a.O., Rz. 812).

dd) Wie bereits ausgeführt, besteht mit Blick auf die vom Gesetzgeber angestrebte Schaffung und Erhaltung eines breiten Netzes von Apotheken ein eminentes öffentliches Interesse an der Durchsetzung von § 32 Abs. 2 GesG. Demgegenüber kommt dem Vertrauensschutzinteresse des Beschwerdeführers angesichts des in der Bewilligung von 1981 enthaltenen Widerrufsvorbehalts untergeordnete Bedeutung zu (vgl. AGVE 1993, S. 249). Es steht auch nicht ein Eingriff in wohlerworbene Rechte des Beschwerdeführers zur Debatte. In gesamthafter Abwägung der sich einander widerstreitenden öffentlichen und privaten Interessen gelangt auch das Verwaltungsgericht zum Ergebnis, dass das Gesundheitsdepartement den in der Bewilligung vom 20. März 1981 enthaltenen Widerrufsvorbehalt zu Recht aktualisiert hat.

### III. Lebensmittelpolizei

#### 38 Lebensmittelpolizei.

- **Durch das Überkleben des (abgelaufenen) Mindesthaltbarkeitsdatums mit einem neuen Preisschild ("Reduzierter Preis") in einem Lebensmittelgeschäft wird eine Täuschung des Konsumenten im Sinne von Art. 18 Abs. 2 und 3 LMG bewirkt (Erw. 3/b).**
- **Die Anordnung, Lebensmittel mit abgelaufenem Mindesthaltbarkeitsdatum mit einem entsprechenden Hinweis zu versehen und auf einer separaten Auslage anzubieten, ist verhältnismässig (Erw. 3/c).**

Entscheid des Verwaltungsgerichts, 3. Kammer, vom 26. Februar 2001 in Sachen X. gegen Gesundheitsdepartement.

#### *Aus den Erwägungen*

1. Angefochten ist im vorliegenden Verfahren die Anordnung des Kantonalen Laboratoriums Aargau, dass Lebensmittel, die über das Mindesthaltbarkeitsdatum hinaus zum Verkauf angeboten werden, mindestens mit einem klaren Hinweis auf das abgelaufene Mindesthaltbarkeitsdatum auf einer separaten Auslage zu verkaufen sind und dass die Produkte die gesetzlichen Anforderungen weiterhin erfüllen müssen. (...)

2. (...)

3. a) Das Gesundheitsdepartement legte seinem Entscheid den folgenden Sachverhalt zugrunde:

„Bei der Kontrolle des KL vom 11. Mai 1999 befanden sich im Verkaufsangebot der X. folgende Artikel mit entsprechenden Mindesthaltbarkeitsdaten (im Folgenden: MHD für Mindesthaltbarkeits-Datum):

Schweinsfilet im Teig gefroren, 2. Mai 1999

Fondue Chinoise-Rindfleisch gefroren, 1. Mai 1999