

**E-MAIL**

---

**Österreichische  
Apothekerkammer**

ÖAK · Spitalgasse 31 · A-1091 Wien · Postfach 87 · DVR: 24635

An das  
Präsidium des Nationalrates[begutachtungsverfahren@parlament.gv.at](mailto:begutachtungsverfahren@parlament.gv.at)Wien,  
1. Dezember 2008  
Zl. 865/4/08  
S/Ko  
Sachbearbeiter:  
Dr. H. Steindl  
DW 105

Betrifft:

**Entwurf eines Bundesgesetzes, mit dem das Arzneimittelgesetz, das Gewebesicherheitsgesetz, das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten, das Blutsicherheitsgesetz und das Gesundheits- und Ernährungssicherheitsgesetz geändert werden; Begutachtung**Spitalgasse 31  
A-1091 Wien  
Postfach 87  
DVR: 24635**OHNE BEGLEITSCHREIBEN**Telefon:  
+43-1-40 414-100  
Telefax:  
+43-1-408 84 40

Mit der Bitte um Kenntnisnahme.

E-Mail:  
[info@apotheke.or.at](mailto:info@apotheke.or.at)  
Homepage:  
[www.apotheke.or.at](http://www.apotheke.or.at)Mit freundlichen Grüßen  
Der Präsident:

(Mag.pharm. Heinrich Burggasser)

Anlage

**E-MAIL**

---

**Österreichische  
Apothekerkammer**

ÖAK · Spitalgasse 31 · A-1091 Wien · Postfach 87 · DVR: 24635

Frau Ministerialrätin  
Dr. Sylvia Füzsl  
Bundesministerium für  
Gesundheit, Familie und Jugend

[sylvia.fueszl@bmgfj.gv.at](mailto:sylvia.fueszl@bmgfj.gv.at)

Wien,  
1. Dezember 2008  
Zl. III-14/2-865/3/08  
S/Ko  
Sachbearbeiter:  
Dr. H. Steindl  
DW 105



Betrifft:

**Entwurf eines Bundesgesetzes, mit dem das Arzneimittelgesetz, das Gewebesicherheitsgesetz, das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten, das Blutsicherheitsgesetz und das Gesundheits- und Ernährungssicherheitsgesetz geändert werden; Begutachtung**

Bezug:

Ihr Schreiben vom 20. Oktober 2008, GZ: BMGFJ-92401/0014-I/B/8/2008

Spitalgasse 31  
A-1091 Wien  
Postfach 87  
DVR: 24635

Telefon:  
+43-1-40 414-100  
Telefax:  
+43-1-408 84 40

Sehr geehrte Frau Ministerialrätin!

Wir danken für die Übermittlung des o. a. Begutachtungsentwurfes und nehmen dazu wie folgt Stellung:

E-Mail:  
info@apotheker.or.at  
Homepage:  
www.apotheker.or.at

### **Zu Artikel I (Änderung des Arzneimittelgesetzes)**

Aus der Sicht der Österreichischen Apothekerkammer ist im vorliegendem Gesetzesentwurf naturgemäß die Regelung der „**Neuverblisterung**“ durch Apotheken (einer maschinellen Zusammenstellung patientenindividueller Arzneimittelrationen) zunächst aus der Sicht der Patientensicherheit und im Hinblick auf die Erhaltung der wirtschaftlichen Grundlagen der öffentlichen Apotheken von besonderer Bedeutung und die „Herstellungsart“ der **apothekeneigenen Arzneispezialität** in der öffentlichen Apotheke von besonderem Interesse. Diesen beiden Punkten gilt das Hauptaugenmerk der Stellungnahme.

**Zu Z. 3 (§ 2 Abs. 1 Ic) und Z. 47 (§ 62a Abs. 2 Z.4)**

Der Gesetzesentwurf enthält eine Definition der „Neuverblisterung“ von Arzneyspezialitäten. Durch Ergänzung des § 62a AMG - neben § 7 Apothekengesetz die Verordnungsermächtigung für die Erlassung der Apothekenbetriebsordnung 2005 – soll außerdem der Gesundheitsminister ermächtigt werden, nähere Bestimmungen über die Neuverblisterung von Arzneyspezialitäten in Apotheken in die Apothekenbetriebsordnung 2005 aufzunehmen.

Nach den Erläuterungen soll für die Neuverblisterung keine Betriebsbewilligung gemäß § 63 AMG (AMBO) erforderlich sein, sofern diese Tätigkeit der öffentlichen Apotheken nicht in einer über den Apothekenbetrieb gemäß der Apothekenbetriebsordnung 2005 hinausgehenden Häufigkeit, Anzahl oder Menge erfolgt. Sofern diese Tätigkeit diesen Rahmen nicht übersteigt, soll hierfür die Möglichkeit geschaffen werden, Anforderungen in der Apothekenbetriebsordnung festzulegen.

Dazu dürfen wir Folgendes feststellen:

Dem Gesetzesentwurf liegt die Zielsetzung zugrunde, Anforderungen für die maschinelle Zusammenstellung patientenindividueller Arzneimittelrationen durch Apotheken insbesondere für die Bewohner von Alters- und Pflegeheimen festzulegen.

§ 59 Arzneimittelgesetz unterwirft die Arzneimittelabgabe im Kleinen grundsätzlich dem Apothekenvorbehalt. Sofern das AMG (Abgrenzungsverordnung für Drogisten) und das Apothekengesetz (ärztliche Hausapotheken) keinen anderen Vertriebs- bzw. Abgabeweg vorsehen, dürfen Arzneimittel nur durch Apotheken abgegeben werden.

Der öffentlichen Apotheke obliegt die ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung der Bevölkerung (§ 1 Abs. 1 ABO 2005).

Es ist eine der Zielsetzungen des Apothekengesetzes, die Apotheken primär für die Versorgung der Wohnbevölkerung zu errichten und zu erhalten (Nahversorgung).

Der Aufrechterhaltung des Prinzips der Nahversorgung mit Arzneimitteln durch öffentliche Apotheken trug auch eine Ergänzung im ASVG (§ 350 Abs. 4) durch das 2. Sozialversicherungsänderungsgesetz 2003 Rechnung, in dem klargestellt wurde, dass die Wahl der Apotheke dem Versicherten obliegt und eine Zuweisung des Versicherten an eine bestimmte Apotheke unzulässig ist.

Die Möglichkeit der unmittelbaren persönlichen Beratung und Information durch einen Apotheker/eine Apothekerin muss gemäß § 10 Abs. 2 ABO 2005 bei jeder Arzneimittelabgabe gegeben sein.

Gemäß § 61 Arzneimittelgesetz und § 12 ABO 2005 ist die Abgabe der Arzneyspezialitäten nur in den vom Hersteller vorgesehenen Handlungspackungen zulässig, es sei denn es liegt eine besondere Anordnung durch den Arzt vor.

Aufgrund bundesgesetzlicher Vorschriften des Apotheken- und Arzneimittelrechts erfolgt die Arzneimittelversorgung der Bewohner von Altersheimen bzw. Pflegeheimen, welche nicht der Krankenanstaltengesetzgebung unterliegen, aufgrund ärztlicher Verschreibungen, welche

die gleiche Qualität wie Verschreibungen für Patienten außerhalb von Alters- und Pflegeheimen haben.

Die bisher angeführten Bestimmungen über die Arzneimittelversorgung und Beratung gelten auch für die Bewohner von Heimen. Insbesondere gilt auch in diesem Fall der Grundsatz, dass der Patient in der Wahl seiner Apotheke frei und unbeeinflusst ist.

In diesem Zusammenhang ist auch darauf hinzuweisen, dass mobile Heimbewohner nicht „zwangsbeglückt“ und bevormundet werden dürfen. Es ist im Interesse der Aufrechterhaltung der sozialen Kontakte durchaus sinnvoll, dass mobile Bewohner die Arzneimittel im Regelfall selbst in der örtlichen Apotheke besorgen. Nur für den Fall, dass der Bewohner nicht in der Lage ist, die ärztlichen Verschreibungen selbst einzulösen, hat der Heimträger Vorsorge zu treffen.

Es ist nach hierortiger Auffassung aus Gründen der Patientensicherheit unabdingbar, dass die immobilen Bewohner von Heimen durch eine nahe gelegene öffentliche Apotheke versorgt werden, weil nur diese auch die pharmazeutische Betreuung vor Ort, die Versorgung mit dringend benötigten Arzneimitteln und die fachliche Beratung in allen Arzneimittelangelegenheiten wahrnehmen kann.

Das österreichische Arzneimittelrecht regelt bisher die patientenindividuelle Neuverblisterung von Arzneimitteln für Bewohner von Alters- und Pflegeheimen nicht; es sind die rechtlichen und fachlichen Anforderungen nicht festgelegt. Für die Zulassung einer automatenunterstützten Arzneimittelverblisterung durch Apotheken ist aber die Schaffung fachlicher und qualitativer Anforderungen in der Apothekenbetriebsordnung erforderlich. Solange die Qualitätskriterien nicht geklärt sind, ist eine maschinelle Neuverblisterung auch aus Gründen der Qualitätssicherung bedenklich.

Es eignen sich nicht alle Arzneiformen für die Verblisterung bzw. Einzeldosierung. Ein saarländisches Modellprojekt in Pflegeheimen hat gezeigt, dass nur knapp 30 % der verschriebenen Arzneimittel verblisterungsfähig sind. Der Rest war Bedarfsmedikation, hatte keine orale Darreichungsform oder war nicht verblisterungsfähig. Die Zulässigkeit der Neuverblisterung darf auch nicht dazu führen, dass zu Lasten der Patienten Druck auf die verschreibenden Ärzte, primär verblisterungsfähige Arzneimittel zu verschreiben, entsteht.

Arzneimittel dürfen gemäß § 11 Apothekenbetriebsordnung nur in der Offizin abgegeben werden. Eine Zustellung ist nur im Rahmen apothekeneigener Zustelleinrichtungen (§ 8 Apothekengesetz) oder in begründeten Einzelfällen zulässig. Die Abgabe von Arzneimitteln durch Versandhandel ist verboten (§ 59 Abs. 9 Arzneimittelgesetz).

Die Neuverblisterung ist – da sie in der Apotheke im Rahmen der Apothekenbetriebsordnung erfolgt - Teil der Abgabe an den Letztverbraucher. Der Heimbewohner bleibt Eigentümer der verschriebenen Handelspackung, aus der neuverblisterungsfähig wird.

Es wäre zwingend schon im **Arzneimittelgesetz** zu regeln, dass eine **Neuverblisterung** im Rahmen der Versorgung der **nicht mobilen Bewohner** eines Alters- oder Pflegeheimes nur dann zulässig ist, wenn die Versorgung über eine **nahe gelegene öffentliche Apotheke** erfolgt, die festzulegenden **Qualitätsanforderungen eingehalten** werden, und die persönliche **Beratung** und **Information** der Patienten durch Apotheker der versorgenden Apotheke gewährleistet ist.

Eine derartige Regelung wäre – wie die jüngst ergangene Entscheidung des EuGH zur Versorgung der Krankenanstalten in Deutschland zeigt – mit dem EU-Recht vereinbar.

Nur durch eine Apotheke vor Ort ist die Versorgung mit dringend benötigter Bedarfsmedikation und die erforderliche Beratung bestmöglich gewährleistet.

Die gesetzliche **Verordnungsermächtigung in § 62** wäre zu **präzisieren**. Es wäre auszuführen, dass im Interesse des Schutzes der Patienten und Arbeitnehmer durch Verordnung insbesondere die räumlichen Erfordernisse, die Ausrüstung zur Verblisterung, die Verpackungsmaterialien, die Lagerungsbedingungen, die Kennzeichnung der patientenindividuell hergestellten Neuverpackungen, die Qualitätskontrolle, die Hygiene, die Dokumentation, der Transport, die personellen Voraussetzungen und der Arbeitnehmerschutz näher zu regeln sind.

Für die maschinelle Neuverblisterung ist ein eigener Apothekenbetriebsraum (Genehmigung gemäß § 6 Apothekengesetz) vorzusehen.

Weiters wäre zur Sicherung der Versorgungssicherheit **gesetzlich die Verpflichtung zum Abschluss von Verträgen** zwischen den Heimträgern und den versorgungsberechtigten Apotheken vorzuschreiben. Die Verträge sollen der behördlichen Genehmigung unterliegen, welche zu erteilen ist, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt werden. Durch die Verträge darf auch die freie Apothekenwahl von Heimbewohnern nicht eingeschränkt werden.

Das „zentrale“ Verblistern von Arzneimitteln in einer Apotheke in großem Umfang zur Belieferung mehrerer oder vieler Alters- und Pflegeheimen über das Versorgungsgebiet der Apotheke hinaus verstößt gegen die einleitend angeführten Vorschriften und ist unzulässig. Sie wäre auch auf Grund der Berufsordnung der Österreichischen Apothekerkammer unzulässig.

Verblistert eine Apotheke hingegen im Lohnauftrag für andere öffentliche Apotheken zur Versorgung von Heimbewohnern, wird der Anwendungsbereich der ABO 2005 überschritten und ist eine Betriebsbewilligung gemäß § 63 AMG erforderlich und die AMBO 2009 anzuwenden.

Gemäß § 61 Arzneimittelgesetz ist die Abgabe der Arzneyspezialitäten nur in den vom Hersteller vorgesehenen **Handelspackungen** zulässig ist, es sei denn es liegt eine besondere Anordnung durch den Arzt vor. Die Erläuterungen führen dazu aus, dass die Ausnahmen von der Information des Patienten in jenen Fällen möglich sein müssen, in denen deren Kenntnis den Behandlungserfolg beeinträchtigen könnte oder psychische Schäden mit sich bringen würde. Ob daher die generelle Anordnung des Arztes des allgemeinen Verblisterns für bestimmte Patientenkategorien (z.B. alle immobilen Heimbewohner) vom § 61 AMG gedeckt ist, ist daher zweifelhaft. Diesbezüglich wäre somit als Voraussetzung der Zulässigkeit der Neuverblisterung eine nicht zu weit gehende Ausnahmenorm für die Anordnung durch den Arzt zu schaffen.

Der Begriff „Neuverblisterung“ ist nicht zutreffend. Der Österreichische Apothekerverband schlägt den weitergehenden Begriff „Neukonfektionierung“ vor.

## **Zu Z. 11 (§ 9d), Z. 14 (§ 11a) u. a. (apothekeneigene Arzneispezialitäten)**

a) Die **Änderungen**, die das Zulassungsverfahren für **apothekeneigene Arzneispezialitäten** in ein **Anmeldeverfahren mit Registrierung** umwandeln, werden ausdrücklich begrüßt.

Aus guten Gründen hatte das Arzneimittelgesetz 1983 den öffentlichen Apotheken die Herstellungsart der apothekeneigenen Arzneispezialität, die nur rezeptfreie, bewährte und in den Wirkungen bekannte Bestandteile enthält, ermöglicht.

Die Schaffung der Kategorie „apothekeneigene Arzneispezialität“ durch das AMG - als Nachfolgeregelung für die bloß meldepflichtigen „Hauspezialitäten“ aufgrund der Spezialitätenordnung - war ein richtiger Schritt; damit versorgen die Apotheker die Bevölkerung mit selbst hergestellten „Hausmitteln“ und wird so ein „Arzneischatz“ erhalten, der in Notzeiten ebenso von Bedeutung sein kann, wie die Tatsache der Übung der Tätigkeit der Arzneimittelherstellung durch Apotheker im täglichen Berufsleben an sich; ein Aspekt, der Bestandteil der Katastrophen- und Krisenvorsorge sein muss.

Durch die Beschränkung der Wirkstoffe waren Verfahrensvereinfachungen möglich, ohne dass dadurch die Arzneimittelsicherheit in irgendeiner Form beeinträchtigt wäre. Da an den erforderlichen Antragsunterlagen keine Änderungen eintreten, ist ein Anmeldeverfahren wie bei den traditionellen pflanzlichen Arzneispezialitäten und bestimmten homöopathischen Arzneispezialitäten ohne negative Auswirkungen auf die Arzneimittelsicherheit.

b) Mit der Etablierung der Kategorien „apothekeneigene Arzneispezialität“ und „§ 17a - Arzneispezialität“ wurde aber auch sichergestellt, dass ein traditionell bewährter Arzneimittelschatz dem „Arzneimittelregime“, dessen zentrales Ziel es ist, optimale Arzneimittelsicherheit zu verwirklichen und insbesondere für die Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit zu sorgen, erhalten blieb und ein Abdriften in eine Grauzone, insbesondere zum Lebensmittelrecht, welches die Zielsetzungen arzneimittelrechtlicher Reglementierungen naturgemäß nicht verfolgt, verhindert.

Durch das Außerkrafttreten der Verordnung gemäß § 17a AMG wurde allerdings die Anzahl der den Apotheken zur Verfügung stehenden Bestandteile für apothekeneigene Arzneispezialitäten reduziert. Es können apothekeneigene Arzneispezialitäten nur mehr aus den in der Österreichischen Arzneitaxe angeführten Arzneistoffen, soweit sie nicht der Rezeptpflicht unterliegen, hergestellt werden. Als Ausgleich dafür könnten die rezeptfreien Bestandteile des geltenden Arzneibuches (Europäisches Arzneibuch, in Verbindung mit dem Österreichischen Arzneibuch) einbezogen werden. Durch die kontinuierliche Arbeit der Europäischen Arzneibuchkommission ist auch eine ständige Weiterentwicklung des Europäischen Arzneibuches gegeben.

Es wird daher eine Erweiterung der **Definition „apothekeneigene Arzneispezialitäten“ in § 1 Abs. 6 angeregt**

„(6) „Apothekeneigene Arzneispezialitäten“ sind Arzneispezialitäten, die, sofern es sich nicht um Bestandteile im Sinne des Abs. 2 Z 2 handelt, nur aus Bestandteilen hergestellt werden, **die im Arzneibuch im Sinne des § 1 des Arzneibuchgesetzes, BGBl. Nr. 145/1980, oder** in der Österreichischen Arzneitaxe angeführt sind, die hinsichtlich der Dosierung und

Art der Anwendung nicht der Rezeptpflicht unterliegen und die nur in der Apotheke abgegeben werden, in der sie ganz oder überwiegend hergestellt werden.“

c) In diesem Zusammenhang ist auch auf die Belastungen der Pharmakovigilanz-Verordnung (Bestellung eines Pharmakovigilanz-Verantwortlichen, Einrichtung eines Informationssystems, regelmäßige PSUR-Vorlagen, Aufwendungen für das elektronische Meldesystem mit hohen Lizenzgebühren) und die hohen Gebührensätze für Meldungen und PSUR-Vorlagen auf Grund des Gebührentarifes hinzuweisen. Sofern keine Ausnahmen und Erleichterungen für apothekeneigene Arzneispezialitäten geschaffen werden, ist aus wirtschaftlichen und finanziellen Gründen eine Zurücklegung von Zulassungen von Apotheken zu befürchten.

Es ist davon auszugehen, dass die Kostenersätze, zB in Form von laufenden monatlichen Lizenzgebühren, und Aufwendungen für ein EU-weit kompatibles EDV-Programm etc. selbst für mittlere pharmazeutische Unternehmen eine beträchtliche Belastung sein werden; für Apotheken sind diese aber keineswegs bezahl- und kalkulierbar.

Im Interesse der Aufrechterhaltung der Herstellungsart der apothekeneigenen Arzneispezialität und der Aufrechterhaltung von „Hausmitteln“, die den Krankenkassen keinerlei Kosten verursachen, wird dringend ersucht, Ausnahmebestimmungen von den Verpflichtungen der Zulassungs-/Registrierungsinhaber für apothekeneigene Arzneispezialitäten bzw. Erleichterungen zu schaffen.

### **Zu § 1 (Arzneimittelbegriff)**

Dazu hat uns der Österreichische Apothekerverband den Vorschlag übermittelt, die Abgrenzung zwischen Arzneimitteln und Medizinprodukten anzupassen. Derzeit werden immer wieder Medizinprodukte in Verkehr gesetzt, die beim Verbraucher den Eindruck erwecken, Arzneimittel zu sein. Die begriffliche und wirkungsmäßige Unterscheidung der beiden Produktarten ist keinem Verbraucher geläufig. Um Verbraucher vor Irreführung zu schützen, halten wir eine Begriffsanpassung für notwendig. Daher sollte § 1 Abs. 3 in Z. 11 folgendermaßen geändert werden:

„§ 1 (3) Keine Arzneimittel sind

.....

11. Medizinprodukte im Sinne des Medizinproduktegesetzes, BGBl. Nr. 657/1996, sofern sie nicht als Tablette, Dragee, Kapsel, Lösung oder in anderen Arzneiformen in Verkehr gebracht werden.“

### **Zu Z. 17 (§ 17): Kennzeichnung**

Aus guten Gründen dürfen wir unsere Anregung aus unseren Stellungnahmen zu früheren AMG-Novellen wiederholen:

Die Zunahme der Generika führt teilweise zu Problemen bei Patienten, welche den gleichen Wirkstoff unter verschiedenen Arzneispezialitätenbezeichnungen verordnet erhalten. So besteht die Gefahr einer Doppeldosierung durch die Einnahme zweier unterschiedlich bezeichneter Arzneimittel mit identem Wirkstoff nicht nur bei Alzheimer-Erkrankten.

Es wird daher dringend angeregt, in den Kennzeichnungsvorschriften vorzusehen, dass neben oder unterhalb des Namens der Arzneispezialität die Bezeichnung des Wirkstoffes angebracht

wird, sofern nicht der Wirkstoffname bereits in der Bezeichnung der Arzneyspezialität enthalten ist.

### **Zu § 49 Abs. 2 (Arzneimittelbeirat)**

Aufgrund der Funktionen der Apotheken und ihrer verantwortlichen Leiter erschiene es wertvoll, dem Arzneimittelbeirat – einem Gremium von Fachleuten – einen Fachmann der Arzneimittelversorgung in der Praxis als ständigen Vertreter beizustellen. Es sollte daher in § 49 Abs. 2 eine Ziffer „**praktische Pharmazie (Apotheker)**“ ergänzt werden.

Allenfalls sollte auch im Hinblick auf die traditionellen pflanzlichen Arzneimittel ein Vertreter der **Pharmakognosie** dem Arzneimittelbeirat als ständiges oder zumindest gemäß § 49 Abs. 3 beizuziehendes Mitglied in den Arzneimittelbeirat aufgenommen werden.

### **Zu Artikel 5 (Änderung des Gesundheits- und Ernährungssicherheitsgesetzes)**

Mit dem noch nicht im Bundesgesetzblatt kundgemachten Gesetzesbeschluss einer Suchtmittelgesetznovelle 2008, mit dem im Artikel II auch das Gesundheits- und Ernährungssicherheitsgesetz (GESG) geändert wird, wird die **Überwachung der Abgabe von Suchtmitteln durch Apotheken** nach Maßgabe eines durch das Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend zu erstellenden jährlichen Kontrollplanes an das **Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen** übertragen.

Diese Änderung im GESG berücksichtigt nicht, dass die Apotheken ohnehin gemäß §§ 68 ff der Apothekenbetriebsordnung 2005 mindestens einmal in 5 Jahren einer **ordentlichen Betriebsüberprüfung** unterzogen werden. Im Rahmen der Betriebsüberprüfungen durch die Bezirksverwaltungsbehörde (Amtsarzt) erfolgt auch die Kontrolle der Suchtmittelgebarung.

Hingegen wurde die Überwachung der Suchtmittelabgabe der ärztlichen Hausapotheken und der tierärztlichen Hausapotheken nicht an das Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen (AGES) übertragen.

Es sollte zunächst vor allem aus Gründen der Verwaltungsökonomie die Überprüfung der Suchtmittelgebarung weiterhin im Rahmen der Apothekenbetriebsüberprüfung erfolgen und nicht die ohnehin schon große Anzahl der für die Überprüfung von Apotheken zuständigen Behörden noch weiter erhöht werden (bzw. nicht zur Kontrolle der Einhaltung der selben Bestimmungen eine zweifache Überprüfung stattfinden).

Ganz besonders ist aber die den Apotheken aus der Änderung erwachsende Kostenbelastung ein Problem. Die durch die vorgesehene ausgelagerte Kontrolle hervorgerufenen Kosten würden in Abhängigkeit von der jährlichen Anzahl der Apotheken im Kontrollplan jährlich zumindest Euro 150.000,-- wahrscheinlich aber sehr viel mehr betragen (exklusive des Aufwandes des Apothekenbetriebes für die zeitliche Inanspruchnahme des Apothekenleiters).

Die Suchtmittelabgabe ist auf Grund des hohen bürokratischen Aufwandes, erst recht durch die Wahrnehmung der Aufgaben im Rahmen der Betreuung von Substitutionspatienten kaum kostendeckend; der zusätzliche Kontrollaufwand kann aus der Suchtmittelabgabe der Apotheken nicht erlöst und von den Apotheken nicht mehr getragen werden.

Es wird daher ersucht, die Überwachung der Suchmittelabgabe durch Apotheken wie bisher bei der **Bezirksverwaltungsbehörde** zu belassen.

Es wird dringend gebeten, die Z. 8 des § 6 a Abs. I **zu streichen**.

Eine Gleichschrift dieser Stellungnahme wird unter einem dem Präsidium des Nationalrates elektronisch an die Adresse [begutachtungsverfahren@parlinkom.gv.at](mailto:begutachtungsverfahren@parlinkom.gv.at) zugeleitet.

Mit freundlichen Grüßen

Der Präsident:



(Mag.pharm. Heinrich Burggasser)