

Dr. ⁱⁿ Sabine Oberhauser, MAS
Bundesministerin

Frau
Präsidentin des Nationalrates
Doris Bures
Parlament
1017 Wien

GZ: BMG-11001/0300-I/A/15/2014

Wien, am 19. Jänner 2015

Sehr geehrte Frau Präsidentin!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische
Anfrage Nr. 3118/J der Abgeordneten Dipl. Kffr. (FH) Elisabeth Pfurtscheller, Hermann Gahr, Kolleginnen und Kollegen nach den mir vorliegenden Informationen wie folgt:

Fragen 1 und 2:

Im Rahmen der Gesundheitsreform (Zielsteuerung-Gesundheit) haben die Partner der Reform (Bund, Bundesländer und Sozialversicherung) im Jahr 2013 u.a. die Entwicklung neuer Primärversorgungsmodelle beschlossen. Mitte 2014 hat die Bundes-Zielsteuerungskommission das Konzept „Das Team rund um den Hausarzt - Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich“ beschlossen (siehe http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitsreform/Neues_Konzept_zur_Primaerversorgung). In diesem Konzept werden folgende Zielsetzungen der Neuausrichtung der Primärversorgung für Ärztinnen und Ärzte sowie Angehörige anderer Gesundheitsberufe genannt, die auch geeignet sind, die hausärztliche Versorgung im ländlichen Raum zu stärken und einer Abwanderung von Ärztinnen und Ärzten ins Ausland entgegenzuwirken (siehe oben angeführtes Konzept, Seite 8):

- Attraktivierung der Tätigkeitsfelder für Ärztinnen und Ärzte und für Angehörige von Gesundheitsberufen durch verstärkte Kommunikation und Kooperation zwischen den Versorgungsbereichen und den handelnden Berufsgruppen (Fokussierung auf jeweilige ärztliche, pflegerische etc. Kernkompetenzen ermöglichen);
- Erleichterung und Unterstützung der Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen den verschiedenen Gesundheits- und Sozialberufen (Arbeitsweise miteinander statt parallel);

1031 Wien, Radetzkystraße 2, Telefon +43 1 71100-4500
Internet: www.bmg.gv.at, E-Mail: sabine.oberhauser@bmg.gv.at

- Verbesserung der Arbeits- und Rahmenbedingungen für die Gesundheitsberufe einschließlich familienorientierter, flexibler Arbeitszeitmodelle und Berücksichtigung einer ausgewogenen Work-Life-Balance;
- Weiterentwicklung praxisbezogener Ausbildung für Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner (Lehrpraxen) und die Gesundheitsberufe.

Zur Reform der ärztlichen Ausbildung wurde eine Kommission gemäß Artikel 44 der Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG, mit der die Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 105/2008, geändert wird, eingerichtet (BGBl. I Nr. 199/2013), die in die laufende Diskussion eingebunden ist. Mitglieder dieser Kommission sind Vertreterinnen und Vertreter der Länder, der Österreichischen Ärztekammer, des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger und der Träger der ärztlichen Ausbildungsstätten sowie Mitglieder aus dem Kreis der Bediensteten des Bundesministeriums für Gesundheit.

Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, Mittel aus dem EU-Fonds für ländliche Entwicklung (ELER) für die Förderung von Infrastruktur für soziale Dienstleistungen, auch solche für die ambulante Gesundheitsversorgung im Sinne der Zielsteuerung-Gesundheit, einzusetzen. Die Förderung ist ausschließlich dem ländlichen Raum gewidmet. Für die Periode 2014 - 2020 stehen 10 Mio. Euro aus dem ELER für den Gesundheitsbereich zur Verfügung, die durch Kofinanzierung der Länder verdoppelt werden. Im oben angeführten Primärversorgungskonzept (Seite 23) werden diese Mittel als „Anreizfinanzierung für neue Primärversorgungsstrukturen“ genannt.

Frage 3:

Die im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) 2012 formulierten Ziele und Planungsgrundsätze für den ambulanten Bereich (ÖSG 2012, Seite 3) wurden in der Gesundheitsreform (Zielsteuerung-Gesundheit) als zentrale Elemente der Reform aufgegriffen. Wie bereits zu den Fragen 1 und 2 ausgeführt, wurde bislang bereits das Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich erstellt und mit der Pilotierung der Umsetzung begonnen. In diesem Konzept wird u.a. die Schlüsselrolle der Allgemeinmedizin klar formuliert und ausgearbeitet. Weiters wurde mit der Konzeptionierung der spezialisierten ambulanten Versorgung begonnen. Die Ergebnisse der Konzepte werden in die nächste Revision des ÖSG (ÖSG 2015) integriert werden.

Dem im ÖSG 2012 formulierten Grundsatz einer gemeinsamen Analyse und Planung sämtlicher fachärztlicher Versorgungsangebote im ambulanten Bereich (Spitalsambulanzen, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie selbstständige Ambulatorien) auf Basis gemeinsamer kohärenter Einheiten bzw. Messgrößen wurde im ÖSG 2012 in Kapitel 2.2.3 - Kapazitätsplanung ambulante Versorgung - bereits soweit wie damals möglich Rechnung getragen (siehe ÖSG 2012, Seite 19 ff). Die darin enthaltenen Planungsrichtwerte (ÖSG 2012, Seite 22) werden bei den

regionalen Detailplanungen auf Länderebene (Regionale Strukturpläne Gesundheit, RSG) als Planungsgrundlagen herangezogen.

Frage 4:

Derzeit existieren in Österreich 28 Filialapotheken:

4 im Burgenland,
7 in Niederösterreich,
1 in Oberösterreich,
3 in der Steiermark,
2 in Kärnten,
3 in Salzburg,
7 in Tirol und
1 in Vorarlberg.

Seit Inkrafttreten der Apothekengesetz-Novelle 2006 wurden 13 Filialapotheken neu errichtet:

1 im Burgenland,
2 in Niederösterreich,
2 in der Steiermark,
3 in Salzburg,
4 in Tirol und
1 in Vorarlberg.

Seit Inkrafttreten der Apothekengesetz-Novelle 2006 wurden drei Filialapotheken durch öffentliche Apotheken ersetzt. Darüber hinaus wurden keine Filialapotheken geschlossen.

Frage 5:

Apothekeneigene Zustelleinrichtungen als Anlaufstellen, an denen die Patientinnen und Patienten Rezepte und Bestellungen abgeben und die entsprechenden Arzneimittel zu einem im Vorhinein bekannt gegebenen Zeitpunkt abholen können, können nach derzeitiger Rechtslage innerhalb eines Umkreises von sechs Straßenkilometern von der Betriebsstätte der Apotheke betrieben werden (§ 8a Apothekengesetz). Es ist weder dem Bundesministerium für Gesundheit noch der Österreichischen Apothekerkammer bekannt, wie viele solcher Einrichtungen derzeit bestehen.

Die Zustellung dringend benötigter Arzneimittel in begründeten Einzelfällen, z.B. bei akuter Erkrankung oder Immobilität der Patientin oder des Patienten, erfolgt nach Mitteilung der Österreichischen Apothekerkammer so gut wie durch alle öffentlichen Apotheken in Österreich.

Die Modalitäten solcher Zustellungen variieren stark: In manchen Gemeinden, wie etwa Wien, werden die Zustellungen mittels Taxiunternehmen oder Boten im Vorhinein organisiert und flächendeckend angeboten. In anderen Regionen wird die

Zustellung spontan und unbürokratisch organisiert, oft erfolgt dies auch durch die Apothekerin oder den Apotheker selbst.

Frage 6:

Die Gesundheitsversorgung auf regionaler Ebene ist hinsichtlich Standorte und Kapazitäten im Rahmen des oben erwähnten ÖSG 2012 in den Regionalen Strukturplänen Gesundheit (RSG) festzulegen. Dabei ist entsprechend den jeweiligen regionalen Gegebenheiten und dem jeweiligen Bedarf eine ausreichende Versorgung rund um die Uhr flächendeckend sicherzustellen (unabhängig davon, ob dies in Spitäler oder im niedergelassenen Bereich erfolgt).

Darüber hinaus ist etwa im oben angeführten Konzept zur Primärversorgung (Seite 10) festgelegt, dass die Öffnungszeiten an den regionalen Bedarf anzupassen und zwischen den Anbietern der Primärversorgung in den neuen Primärversorgungsstrukturen abzustimmen sind. Die Öffnungszeiten sollen für das Einzugsgebiet in ausreichendem Ausmaß, jedenfalls unter Einschluss der Tagesrandzeiten, die Zeit von Montag – Freitag jeweils durchgehend früh bis abends (z. B. 7:00 bis 19:00 Uhr) abdecken. Darüber hinaus muss am Wochenende und an Feiertagen eine definierte Versorgungseinrichtung zugänglich sein. Außerhalb der Öffnungszeiten ist für Akutfälle eine koordinierte, ständige Erreichbarkeit (24 Stunden, 7 Tage in der Woche) von zuständigen Primärversorgungsstrukturen, allenfalls unter Einbindung von Versorgungspartnern bzw. Bereitschafts- und Funkdiensten, sicherzustellen.

Die medikamentöse Versorgung der Bevölkerung ist durch das bestehende System des Apothekengesetzes gewährleistet. Während der Nacht und an Wochenenden ist flächendeckend ein Netz von Bereitschaftsdienst leistenden öffentlichen Apotheken eingerichtet, die die Arzneimittelversorgung der Bevölkerung sicherstellen. Alle öffentlichen Apotheken in Österreich versehen solche Bereitschaftsdienste, an die 300 Apotheken haben österreichweit jede Nacht und jedes Wochenende geöffnet. So kann jede Bürgerin und jeder Bürger zu jeder Tages- und Nachtzeit die notwendigen Medikamente erhalten.

Frage 7:

Dazu liegen meinem Ressort - wie auch der Österreichischen Apothekerkammer - keine Zahlen vor.

Frage 8:

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger hat zu dieser Frage Folgendes mitgeteilt:

„Zahlen zum Kostenverhältnis von Medikamentenverschreibungen zwischen Hausapotheke und öffentlichen Apotheken liegen den Krankenversicherungsträgern bzw. dem Hauptverband nicht vor.“

Angemerkt wird, dass (öffentliche) Apotheken nicht berechtigt sind, Medikamente zu verschreiben. Sie sind nur berechtigt von Ärzten verschriebene Medikamente abzugeben.

Ein Kostenvergleich pro eingelöster Verordnung zwischen Hausapothen und öffentlichen Apotheken ist nicht aussagekräftig, da ausschließlich Ärzte für Allgemeinmedizin berechtigt sind, Hausapothen zu führen (vgl. §§ 28 ff Apothekengesetz).

Das bedeutet, dass alle Medikamente, die von Fachärzten verschrieben werden, in öffentlichen Apotheken bezogen werden. Diese sind in der Regel teurer als jene Medikamente, die von Ärzten für Allgemeinmedizin verschrieben werden. Daher sind zwangsläufig auch die Kosten pro eingelöster Verordnung (bzw. abgegebenem Medikament) in öffentlichen Apotheken höher als bei Hausapothen.

Dieser Unterschied sagt aber per se nichts über die Wirtschaftlichkeit des Verschreibungsverhaltens von hausapothekenführenden Ärzten aus.

Erhebungen der Krankenversicherungsträger haben ergeben, dass hausapothekenführende Ärzte dazu tendieren, hochpreisige Medikamente nicht selbst abzugeben, sondern die Patienten hierzu an öffentliche Apotheken verweisen. Auch diese Praxis führt dazu, dass die Kosten pro abgegebenem Medikament in öffentlichen Apotheken höher sind als bei Hausapothen.

Aufschluss über die Wirtschaftlichkeit des Verschreibungsverhaltens von hausapothekenführenden Ärzten kann nur ein Vergleich der Kosten pro Verordnung zwischen hausapothekenführenden und nicht hausapothekenführenden Ärzten liefern. Entsprechende Erhebungen der Krankenversicherungsträger haben ergeben, dass die Kosten pro Verordnung bei hausapothekenführenden Ärzten geringfügig höher sind. Der Hauptverband kann derzeit aus technischen Gründen eine derartige Auswertung nicht durchführen.

Anzumerken ist, dass die an begünstigte Bezieher (Bund, Länder, Gemeinden, die von diesen verwalteten Fonds und Anstalten, Sozialversicherungsträger, gemeinnützige Krankenanstalten) verrechenbaren Aufschläge für öffentliche Apotheken und Hausapothen gleich hoch sind (siehe § 3 Österreichische Arzneitaxe).

Auch für Patienten besteht hinsichtlich der von ihnen zu tragenden Kosten kein Unterschied, sofern sie Medikamente auf Kosten der Krankenversicherungsträger beziehen: Sowohl in öffentlichen Apotheken als auch bei hausapothekenführenden Ärztinnen und Ärzten ist maximal die Rezeptgebühr zu bezahlen (§ 136 Abs. 3 ASVG; 2014: € 5,40; 2015: € 5,55).

Es kann daher nicht gesagt werden, welches Apothekensystem günstiger wirtschaftet.“

Fragen 9 und 10:

Grundsätzlich erfolgt nach der rechtspolitischen Entscheidung des österreichischen Gesetzgebers die Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln nach einem dualen System, wobei diese in erster Linie durch öffentlichen Apotheken wahrgenommen wird, welche insbesondere in ländlichen Regionen mit geringerer Bevölkerungsdichte durch ärztliche Hausapotheken unterstützt wird.

In sogenannten „Ein-Arzt-Gemeinden“ (Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin mit Kassenvertrag) besteht ein grundsätzlicher Vorrang für ärztliche Hausapotheken, in größeren Gemeinden (mit mehr als einer Kassenvertragsärztin/einem Kassenvertragsarzt) besteht der Vorrang für öffentliche Apotheken.

Es ist nicht beabsichtigt, an dieser grundsätzlichen rechtspolitischen Systementscheidung etwas zu ändern. Punktuelle Adaptierungen sind natürlich nicht ausgeschlossen, so z.B. bei der Ordinationsnachfolge. Allerdings kann eine umfassende medizinische und medikamentöse Versorgung nur durch ein Maßnahmenbündel erreicht werden, das nicht allein auf ärztliche Hausapotheken fokussiert.

Nach meinem Kenntnisstand werden derzeit in den in der Anfrage angesprochenen Gesprächen zwischen der Österreichischen Ärztekammer und der Österreichischen Apothekerkammer für jene Fälle Lösungen gesucht, in denen mit dem Wegfall der ärztlichen Hausapotheke eine Versorgungslücke droht.

Wie mir mitgeteilt wird, verlaufen diese Gespräche konstruktiv. Ich bin zuversichtlich, dass ein Ergebnis erzielt wird, das die Bedürfnisse der Bevölkerung erfüllt und von beiden Berufsgruppen mitgetragen wird. Ich gehe davon aus, dass mir die beiden Kammern nach Abschluss der Verhandlungen ihren gemeinsamen Vorschlag vorlegen werden. Ich werde dann genau prüfen, ob dieser mit dem Ziel einer hochwertigen Arzneimittelversorgung in Österreich in Einklang steht bzw. dazu beiträgt.

Dr.ⁱⁿ Sabine Oberhauser

Signaturwert	RUF3/UAXE/vDkje0RgHMTXPkW9J2HMc5ayQx0p7XVU235RWZBHy2vw2o1HWc RBv8gyAJMz11NXhOh8AEoUDzsJ0TkCwwJ1tajerPgeUNhTHatGC5ru788hniWOjDk 4C30ZFp4t8Sye3b+IkLuBlsFHrtqDEjw7W3cf6jRU=		7 von 7
	Unterzeichner	serialNumber=756257306404,CN=Bundesministerium f. Gesundheit,O=Bundesministerium f. Gesundheit,C=AT	
	Datum/Zeit	2015-01-20T08:57:06+01:00	
	Aussteller-Zertifikat	CN=a-sign-corporate-light-02,OU=a-sign-corporate-light-02,O=A-Trust Ges. f. Sicherheitssysteme im elektr. Datenverkehr GmbH,C=AT	
	Serien-Nr.	540369	
	Parameter	etsi-bka-moa-1.0	
Hinweis	Dieses Dokument wurde amtssigniert.		
Prüfinformation	Informationen zur Prüfung der elektronischen Signatur finden Sie unter: http://www.signaturpruefung.gv.at		