

569/AB XXI.GP

B e a n t w o r t u n g
der Anfrage der Abgeordneten Dr. Elisabeth Pittermann,
Annemarie Reitsamer, Lackner, Heidrun Silhavy und Ge-
nossinnen über die Verunsicherung der Bevölkerung
durch die unsozialen Anschläge auf die Geldbörsen
kranker Menschen im FPÖVP Belastungspaket
(Nr. 543/J)

Zur gegenständlichen Anfrage führe ich Folgendes aus:

Zu Frage 1:

Unter Selbstmedikation verstehe ich die Entscheidung des Patienten/der Patientin, ein rezeptfreies Arzneimittel ohne ärztliche Beratung und Verschreibung zu besorgen und anzuwenden.

Zu den Fragen 2:

Selbstmedikation ist jenen Arzneimitteln vorbehalten, die nach exakter Beurteilung durch Sachverständige rezeptfrei gestellt werden können, da deren Anwendung eine ärztliche Überwachung nicht erforderlich macht. Alleine diese Überlegung ist die Grundlage für die Beurteilung des Rezeptpflichtstatus.

Aus der Sicht des Leistungsrechtes, d.h. für die Leistungsverpflichtung der gesetzlichen Krankenversicherung ist jedoch die Frage der Rezeptpflicht eines Medikamentes irrelevant. Für den Versicherungsfall der Krankheit besteht ein Anspruch auf Krankenbehandlung, der nach § 133 Abs. 1 ASVG (sowie den entsprechenden Parallelbestimmungen der anderen Sozialversicherungsgesetze) ärztliche Hilfe, Heilmittel und Heilbehelfe umfasst; die Krankenbehandlung muss nach § 133 Abs.2 ASVG ausreichend und zweckmäßig sein, darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.

Auch nicht rezeptpflichtige Medikamente können somit von hiezu befugten ÄrztInnen (also in erster Linie VertragsärztInnen) auf Kosten des Krankenversicherungsträgers verschrieben werden, wenn sie zur Behandlung einer Krankheit erforderlich sind und dem Ökonomiegebot des § 133 Abs. 2 ASVG entsprechen. Eine Ausweitung der

ohne Rezeptpflicht erhältlichen Medikamente hat daher keine unmittelbare Auswirkung auf die Kostenübernahme durch die Krankenversicherungsträger.

Zu Frage 3:

Eine vergleichende Kostenaufstellung könnte erst nach fachlicher Abklärung, welche Arzneimittel in die Rezeptfreiheit entlassen werden können, sinnvoll sein.

Zu Frage 4:

Es ist Teil der zu Frage 2 erwähnten sachverständigen Beurteilung, die Frage zu klären, ob im Hinblick auf ein bestimmtes Arzneimittel diese Entscheidung dem Patienten/der Patientin überlassen werden kann.

Zu den Fragen 5 bis 7:

Unter Folgekosten verstehen Sie offensichtlich Kosten, die auf Grund von Gesundheitsschäden entstehen, die durch unsachgemäße Selbstmedikation bedingt sind. Auf Grund der zu Frage 2 dargestellten rein fachlichen Entscheidungskriterien ist mit derartigen Folgekosten nicht zu rechnen. Sie wurden daher weder erhoben noch geschätzt.

Zu Frage 8:

Eine ÖBIG - Studie enthielt einen Ländervergleich (Kennzahlen 1996), der zu dem Ergebnis kam, dass in den Mitgliedstaaten der EU und der Schweiz ca. drei Viertel der zugelassenen Arzneyspezialitäten rezeptpflichtig sind. Laut dieser Studie waren 61,4 % der in Österreich zugelassenen Arzneyspezialitäten (zur Anwendung am Menschen) rezeptpflichtig. Nach Angaben der AESGP (Europäischer Fachverband der Arzneimittelhersteller) befand sich aber Österreich im Jahre 1996 mit 8,9 % an drittletzter Stelle (vor Italien und Schweden), was den Anteil der Selbstmedikation am Arzneimittelgesamtmarkt betraf.

Zu den Fragen 9 und 11:

Grundsätzlich gehe ich davon aus, dass Ärzte Arzneimittel nach dem Therapiebedarf der PatientInnen verschreiben. Für legislative Maßnahmen besteht daher in diesem Zusammenhang keine Veranlassung. Allerdings sehe ich in einer verstärkten Beachtung des Ökonomiegebotes in der Verschreibepaxis der Ärzte noch Einsparungspotenziale und werde daher diesbezügliche Bemühungen der Krankenversicherungsträger bzw. des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger unterstützen.

Zu Frage 10:

Diese Frage wäre an den Herrn Bundesminister für Justiz zu richten.

Zu Frage 12:

In erster Linie ist es eine Frage des Vertrauens zwischen behandelndem Arzt und Patienten, ob die verschriebene Therapie akzeptiert wird. Auch dem Apotheker und der Erzeugerfirma, die eine patientenfreundliche Gebrauchsinformation zur Verfügung

gung zu stellen hat, kommt in diesem Zusammenhang wesentliche Bedeutung zu. Gesetzgeberische bzw. behördliche Maßnahmen können in diesem Bereich nur unterstützend wirken. Ich könnte mir als ein Beispiel vorstellen, dass etwa die verpflichtende Preisangabe auf Arzneimittelpackungen zu einem erhöhten Kostenbewusstsein der Patientinnen führen und damit einen Beitrag zur Hintanhaltung der Verweigerung einer notwendigen Therapie leisten könnte.