
2103/AB XXIV. GP

Eingelangt am 15.07.2009

Dieser Text wurde elektronisch übermittelt. Abweichungen vom Original sind möglich.

BM für Gesundheit

Anfragebeantwortung



Alois Stöger diplômé
Bundesminister

Frau
Präsidentin des Nationalrates
Mag^a. Barbara Prammer
Parlament
1017 Wien

Wien, am 14. Juli 2009

GZ: BMG-11001/0179-I/5/2009

Sehr geehrte Frau Präsidentin!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische
Anfrage Nr. 2111/J der Abgeordneten Windbüchler-Souschill, Freundinnen und Freunde nach den mir vorliegenden Informationen wie folgt:

Frage 1:

Zu dieser Frage verweise ich auf die Beantwortung des Herrn Bundeskanzlers zu der an ihn gerichteten parlamentarischen Anfrage Nr. 2106/J.

Frage 2:

Diese Frage betrifft keinen Gegenstand der Vollziehung des Bundesministeriums für Gesundheit.

Fragen 3 bis 5:

Österreich ist dem Übereinkommen über die Rechte des Kindes in der Gewissheit beigetreten, dass die im Übereinkommen normierten Rechte des Kindes und die Achtung seiner besonderen Bedürfnisse in der österreichischen Rechtsordnung im Wesentlichen bereits gewährleistet sind. Kinderrechtsrelevante Bestimmungen sind in zahlreichen Gesetzesmaterien enthalten. Die unterschiedliche Struktur sowie die Vielfalt und Interdependenz der Gewährleistungen der Konvention machen eine Zuordnung ihrer Artikel zu einzelnen österreichischen Gesetzesbestimmungen aber in den meisten Fällen schwierig und wenig sinnvoll. Auch eine Beantwortung der Frage nach der federführenden Zuständigkeit eines oder mehrerer Ressorts für die einzelnen Artikel der Konvention ist in dieser Allgemeinheit kaum möglich, da die einzelnen Kinderrechte unter verschiedenen, jeweils unterschiedliche Ressorts betreffenden Gesichtspunkten umgesetzt werden können.

Ich darf im Folgenden einige Beispiele aus dem Kompetenzbereich des Bundesministeriums für Gesundheit anführen, wobei eine genaue Aufteilung der für die Umsetzung aufgewandten Mittel nicht möglich ist:

Das in Art. 24 festgelegte Recht auf Inanspruchnahme von Behandlungseinrichtungen betreffend stationäre Krankenbehandlung ist durch die Aufnahmepflicht öffentlicher Spitäler für Personen, die unabweisbar sind (unabhängig von ihrem sozialversicherungsrechtlichen Status) sowie von Personen, für die Leistungsansprüche aus der gesetzlichen Krankenversicherung bestehen, gegeben.

Aus der Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung stehen Kindern als anspruchsberechtigten Angehörigen eines/einer Versicherten alle Sachleistungen im gleichen Umfang wie dem/der Versicherten zu Verfügung. Als anspruchsberechtigte Angehörige im sozialversicherungsrechtlichen Sinn gelten nach gesetzlicher Definition eheliche Kinder, legitimierte Kinder, Wahlkinder, die unehelichen Kinder einer weiblichen Versicherten, die unehelichen Kinder eines männlichen Versicherten, wenn seine Vaterschaft durch Urteil oder Anerkenntnis festgestellt ist, die Stiefkinder und Enkel, wenn sie mit dem/der Versicherten ständig in Hausgemeinschaft leben und die Pflegekinder, wenn sie vom Versicherten unentgeltlich gepflegt werden oder das Pflegeverhältnis auf einer behördlichen Bewilligung beruht - alle diese bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres bzw., wenn und solange sie sich in einer Schul- oder Berufsausbildung befinden, die ihre Arbeitskraft überwiegend beansprucht, längstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres. Diese Altersgrenzen erhöhen sich um weitere 24 Monate im Falle der Erwerbslosigkeit und kommen bei Erwerbsunfähigkeit infolge Krankheit oder Gebrechen überhaupt nicht zum Tragen.

Der Anspruch in der gesetzlichen Krankenversicherung für diese Personengruppen besteht beitragsfrei. Damit fließt in diesen Rechtsbereich ein nicht unmaßgebliches soziales Element zu Gunsten der Kinder im Sinne der in Rede stehenden Konvention ein.

Weiters sind auch die Bemühungen des Bundesministeriums für Gesundheit hervorzuheben, die Sicherheit und Verfügbarkeit von Arzneimitteln für Kinder zu gewährleisten. Dies ist von besonderer Bedeutung, weil mehr als 50% aller bei Kindern eingesetzten Arzneimittel „off licence“ oder „off-label“ angewandt werden und damit ein erhöhtes Risiko für die behandelten Kinder besteht.

Die Europäische Verordnung (EG) Nr. 1901/2006 über Kinderarzneimittel zeichnet hier den Weg vor: Die verfügbaren Daten über alle derzeitigen Verwendungen von Kinderarzneimitteln wurden zusammengetragen, sodass auf dieser Basis ein EU-Therapiebedarfsinventar mit Forschungsprioritäten erstellt werden kann.

Pädiatrische Studien, die bereits vor dem Inkrafttreten der Verordnung abgeschlossen wurden und in der Gemeinschaft zugelassene Arzneimittel betreffen, mussten den Mitgliedstaaten zur Bewertung vorgelegt werden, alle anderen Studien innerhalb von 6 Monaten nach ihrem Abschluss. In weiterer Folge werden diese Studien von europäischen Experten im Rahmen des Paediatric Worksharing Projects begutachtet. Die Projekte zur Umsetzung dieser EU-Vorgaben wurden von der AGES PharmMed durchgeführt.

Mein Ressort bemüht sich intensiv, eine Infrastrukturunterstützung für Kinderarzneimittel-Studien in Österreich zu ermöglichen. Durch diese wichtige Initiative wird die Sicherheit und Effektivität der medikamentösen Behandlung von Kindern und Jugendlichen unterstützt.

Das in Art. 25 festgelegte Recht für aufgrund von psychischer Krankheit (zwangsweise) untergebrachte Kinder auf regelmäßige Überprüfung ist durch das Unterbringungsgesetz gewährleistet.

Alkohol und Drogen:

Zu der im Regierungsübereinkommen der Bundesregierung festgeschriebenen „Weiterentwicklung einer nationalen Suchtstrategie mit Augenmerk auf die Gefährdung von Kindern und Jugendlichen“ ist anzumerken, dass bereits im Herbst 2007 ein Alkoholforum unter der Federführung des Bundesministeriums für Gesundheit eingerichtet wurde, das in Hinkunft dauerhaft Konzepte und Strategien in allen nationalen Alkohol-Angelegenheiten (basierend auf und in Abstimmung mit internationalen Gremien – EU, WHO) erarbeiten und eine nationale Alkoholstrategie realisieren sollte. In diesem Forum sind neben den staatlichen Institutionen die relevanten Stakeholder und einschlägige Suchtexperten vertreten. Bei den Arbeitsgruppen wurde ein besonderes Augenmerk auf die juvenile Alkoholproblematik gerichtet.

Zu Art. 33 wird festgehalten, dass die gesetzliche Regelung des Umgangs mit Suchtmitteln auf bundesgesetzlicher Ebene einerseits durch das Suchtmittelgesetz – SMG, BGBl. I Nr. 112/1997, idgF. und andererseits durch das Tabakgesetz, BGBl. Nr. 431/1995 erfolgte.

Zur Verhinderung des Drogen- und Tabakkonsums durch Jugendliche werden fortlaufend Maßnahmen auf den Ebenen Prävention, Beratung, Behandlung und Betreuung gesetzt. In diesem Zusammenhang wird dem weiteren Ausbau eines flächendeckenden Angebots an Beratungs- und Betreuungseinrichtungen sowie einer am aktuellen wissenschaftlichen Stand ausgerichteten Infrastruktur im Präventionsbereich durch Bund und Länder große Bedeutung zugemessen.