

Frau
Präsidentin des Nationalrates
Doris Bures
Parlament
1017 Wien

GZ: BMGF-11001/0380-I/A/5/2016

Wien, am 24. Jänner 2017

Sehr geehrte Frau Präsidentin!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische
Anfrage Nr. 11005/J der Abgeordneten Gerald Loacker, Kollegin und Kollegen nach
den mir vorliegenden Informationen wie folgt:

Fragen 1 bis 7:

- *In welchem finanziellen Ausmaß wurden Homöopathika von den einzelnen Gebietskrankenkassen erstattet? (Getrennt nach Trägern und den Jahren 2010-2015)*
- *Bis zu welchem finanziellen Höchstmaß werden Homöopathika von den einzelnen Gebietskrankenkassen erstattet? (Getrennt nach Trägern und den Jahren 2010-2015)*
- *In welchem finanziellen Ausmaß wurden Homöopathika von anderen Krankenkassen erstattet? (Getrennt nach Trägern und den Jahren 2010-2015)*
- *Bis zu welchem finanziellen Höchstmaß werden Homöopathika von anderen Krankenkassen erstattet? (Getrennt nach Trägern und den Jahren 2010-2015)*
- *Welche Träger haben Vereinbarungen mit der Ärztekammer bei der Erstattung von homöopathischen Präparaten, deren Nettopreis eine festgesetzte Summe nicht übersteigt, von einer Einzelfallbewilligung abzusehen?*
 - a. *Wie hoch ist dieser Betrag je Träger? (Jahre 2010-2015)*
 - b. *Auf wie viel Euro belaufen sich die administrativen Kosten der Einzelfallbewilligungen homöopathischer Präparate? (Getrennt nach Krankenversicherungsträgern und den Jahren 2010-2015)*

- *Auf Basis welcher medizinischen Grundlage werden Homöopathika erstattet, wenn ihre Wirksamkeit offiziell umstritten ist?*
 - a. *Welches wissenschaftliche Material (Studien, Gutachten, Forschungsergebnisse, usw.) zieht das BMGF zur Wirksamkeit von homöopathischen Arzneimitteln heran, um eine Erstattung dieser Arzneimittel im Rahmen der Leistungspflicht anbieten zu können?*
 - b. *Wo können diese Materialien eingesehen werden?*
- *Welche Maßnahmen setzen Sie in Ihrer Aufsichtsfunktion, um die Einhaltung des Gesetzes, insbesondere des § 133 ASVG, zu gewährleisten, wonach die Leistungen aus der Krankenversicherung zweckmäßig sein müssen und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen?*

Zur gegenständlichen Anfrage übermittle ich die Stellungnahme des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger und gestatte mir, diese durch folgende allgemeine Bemerkungen zu ergänzen:

Zunächst möchte ich darauf hinweisen, dass die Wirkung von Homöopathika trotz des bisher nicht erbrachten positiven Wirksamkeitsnachweises – auch innerhalb der Ärzteschaft – heftig umstritten ist. Aus Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung ist daher die Entscheidung des Gesetzgebers darüber maßgeblich, in welchem Ausmaß er die Kosten bestimmter Präparate vom leistungszuständigen Krankenversicherungsträger abgegolten wissen will. Insbesondere erscheint es mir im gegebenen Zusammenhang zur seriösen Beurteilung der von den einzelnen Krankenversicherungsträgern geübten Praxis unerlässlich, nicht nur die Rechtsgrundlage in Form des in der Anfrage zitierten § 133 Abs. 2 ASVG, sondern auch die darauf aufbauende Judikatur des Obersten Gerichtshofes in Leistungsangelegenheiten der gesetzlichen Krankenversicherung zu kennen und zu beachten.

Dieser zufolge werden Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich und generell (im Gegensatz zu möglichen Einzelfallentscheidungen) nur dann erbracht, wenn eine wissenschaftlich anerkannte Heilmethode vorliegt. Dies gilt auch für jede weitere Außenseitermethode, etwa homöopathische Medikamente (OGH in Urteil vom 28.2.1994, 10 Ob S 103/93). Die Krankenversicherungsträger haben, um dem Gesetzesauftrag bezüglich des Umfanges der Krankenbehandlung nachkommen zu können, sowohl bei neuen Untersuchungs- als auch bei neuen Behandlungsmethoden in erster Linie darauf zu achten, dass diese den medizinischen und wirtschaftlichen Grundsätzen entsprechen.

Dies steht aber einer Kostenübernahme für Alternativmethoden im Einzelfall nicht entgegen. Voraussetzung hierfür ist allerdings, dass zur Behandlung des regelwidrigen Zustandes zunächst eine zumutbare, erfolgversprechende Behandlung nach wissenschaftlich anerkannten Regeln versucht wurde, dies zumindest dann, wenn diese kostengünstiger ist. Weiters muss nach den Ergebnissen einer für die Bildung eines Erfahrungssatzes ausreichenden Zahl von Fällen von der Behandlung

ein Erfolg erwartet werden können oder die Methode (das Heilmittel) bei der/bei dem Versicherten erfolgreich gewesen sein. Die einschlägigen Bestimmungen der vom Hauptverband erlassenen Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen sind einzuhalten. Im Falle einer negativen Entscheidung eines Krankenversicherungsträgers über die diesbezügliche Kostenübernahme kann die/der Versicherte diese – wie alle anderen krankenversicherungsrechtlichen Leistungsentscheidungen auch – vom Arbeits-und Sozialgericht überprüfen lassen.

Eine Kostenübernahme durch die Krankenversicherungsträger für homöopathische Mittel ist damit ohnehin nur in sehr eingeschränktem Ausmaß zulässig.

Soweit ein Versicherungsträger Vereinbarungen mit der Ärzteschaft über die Verordnung von geringpreisigen Homöopathika ohne chefärztliche Bewilligungspflicht treffen, tun sie dies offenkundig zur Vermeidung eines in Relation zu den dadurch erwachsenden Kosten unverhältnismäßig hohen Verwaltungsaufwandes. Dies bedeutet aber nicht, dass deshalb der Umkehrschluss erlaubt wäre, Homöopathika dürfen ohne weitere Einschränkungen auf Kassenkosten verordnet werden. Auch die Vertragsärztinnen und -ärzte sind dem durch § 133 Abs. 2 ASVG zum Ausdruck gebrachten Ökonomiegebot verpflichtet und an die bereits genannten Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen gebunden.

Dr.ⁱⁿ Sabine Oberhauser

Beilage

