

7528/AB

= Bundesministerium vom 13.10.2021 zu 7659/J (XXVII. GP) sozialministerium.at
Soziales, Gesundheit, Pflege
und Konsumentenschutz

Dr. Wolfgang Mückstein
Bundesminister

Herrn
Mag. Wolfgang Sobotka
Präsident des Nationalrates
Parlament
1017 Wien

Geschäftszahl: 2021-0.576.339

Wien, 12.10.2021

Sehr geehrter Herr Präsident!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische **Anfrage Nr. 7659/J der Abgeordneten Gerald Loacker, Kolleginnen und Kollegen betreffend Krankenversicherung: Kostenübernahme für Alternativmedizin (Homöopathika)** wie folgt:

Ich schicke voraus, dass sich die gegenständliche parlamentarische Anfrage vorwiegend auf Fragen des *Vollzugs durch die Krankenversicherungsträger* bezieht. Ungeachtet der Tatsache, dass dieser an sich nicht Gegenstand des Interpellationsrechts nach Art. 52 B-VG ist, habe ich in vorliegender Angelegenheit eine Stellungnahme des Dachverbands der Sozialversicherungsträger eingeholt, der dazu wiederum die einzelnen Krankenversicherungsträger befragt hat. Diese Stellungnahme habe ich der Beantwortung zu Grunde gelegt.

Fragen 1 und 4:

- In welchem finanziellen Ausmaß wurden Homöopathika von der ÖGK beziehungsweise den einzelnen Gebietskrankenkassen als Rechtsvorgänger erstattet? (getrennt nach Trägern und den Jahren 2017-2020)
- In welchem finanziellen Ausmaß wurden Homöopathika von anderen Trägern der Krankenversicherung erstattet? (getrennt nach Trägern und den Jahren 2017 - 2020)

Der Dachverband gab in seiner Stellungnahme folgende Kosten für Verordnungen, die auf Rechnung der sozialen Krankenversicherung im extramuralen Bereich abgegebenen wurden, bekannt. Verordnungen mit einem Kassenverkaufspreis unter der jeweiligen Rezeptgebühr sind nur für gebührenbefreite Personen vorhanden. Weiters geht auch der Bereich der (nachträglichen) Kostenerstattung durch die Versicherungsträger (infolge Vorlage eines Wahlarztrezeps in der Apotheke oder bei Privatkauf durch Patient:innen) nicht in die vorliegenden Daten ein.

Krankenversicherungsträger	2017	2018	2019	2020
Wiener Gebietskrankenkasse	3.675,39	3.937,27	2.379,19	–
Niederösterreichische Gebietskrankenkasse	390,30	801,84	717,65	–
Burgenländische Gebietskrankenkasse	54,45	100,45	55,16	–
Oberösterreichische Gebietskrankenkasse	55.845,22	59.229,75	45.259,86	–
Steiermärkische Gebietskrankenkasse	242,65	159,80	240,55	–
Kärntner Gebietskrankenkasse	2.024,63	1.428,30	1.378,70	–
Salzburger Gebietskrankenkasse	369,65	567,00	580,25	–
Tiroler Gebietskrankenkasse	508,60	1.418,40	1.355,70	–
Vorarlberger Gebietskrankenkasse	56.498,24	58.735,40	57.186,07	–
Betriebskrankenkassen	304,85	454,55	703,20	–

Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau	1.055,85	877,15	1.020,23	-
Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter	36.513,15	32.437,18	34.985,87	-
Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft	5.532,40	4.169,45	4.676,90	-
Sozialversicherungsanstalt der Bauern	1.149,40	905,90	1.059,74	-
Österreichische Gesundheitskasse	-	-	-	67.495,57
Versicherungsanstalt öffentliche Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau	-	-	-	22.406,80
Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen	-	-	-	4.835,44

Angaben auf Basis Kassenverkaufspreis exkl. USt. in EUR

Fragen 2, 3 und 5:

- Bis zu welchem finanziellen Höchstmaß wurden Homöopathika von den einzelnen Gebietskrankenkassen erstattet? (getrennt nach Trägern und den Jahren 2017-2019)
- Bis zu welchem finanziellen Höchstmaß werden Homöopathika von der ÖGK erstattet? (Bitte um jeweilige Angabe für das Jahr 2020 und 2021)
- Bis zu welchem finanziellen Höchstmaß werden Homöopathika von anderen Trägern der Krankenversicherung erstattet? (getrennt nach Trägern und der jeweiligen Angabe für die Jahre 2017-2021)

Weder bei den vormaligen Gebietskrankenkassen sowie nun auch bei der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) noch bei der Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen (SVS) und der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB) – sowie deren Rechtsvorgängerinnen – war bzw. ist ein finanzielles Höchstmaß vorgesehen, bis zu dem die Kosten für Homöopathika übernommen werden. Im Einzelfall kann – unter Berücksichtigung der besonderen individuellen Umstände – eine Bewilligung und Kostenübernahme für Homöopathika erfolgen. (Näheres dazu ist der Beantwortung der Fragen 8 bis 10 zu entnehmen).

Frage 6:

- Welche Träger haben Vereinbarungen mit der Ärztekammern 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? (getrennt nach Trägern und den Jahren 2017-2021)
 - b. Auf wie viel Euro belaufen sich die administrativen Kosten der Einzelfallbewilligungen homöopathischer Präparate? (getrennt nach Trägern und den Jahren 2017-2020)

Die Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK) teilte mit, dass sie keine Vereinbarungen mit der Ärztekammer zu homöopathischen Präparaten geschlossen habe. Lediglich in Oberösterreich bestehet die „Zielvereinbarung statt Chefarztpflicht“; eine spezielle Vereinbarung mit der Ärztekammer zu Homöopathika gebe es aber auch in Oberösterreich nicht. Gemäß dieser Zielvereinbarung dürfen homöopathische Mittel im Einzelfall und nur dann auf Kassenkosten verordnet werden, wenn mit allopathischen Mitteln ein Therapieerfolg nicht erzielt werden kann und es sich um einen Einzelfall handelt. In der ehemaligen Vorarlberger Gebietskrankenkasse (VGKK) bestand eine Zielvereinbarung mit der Ärztekammer für Vorarlberg, welche jedoch im August 2018 geändert wurde. Die Bestimmung, dass Kosten für homöopathische Präparate bis zu einem bestimmten Betrag ohne Bewilligung übernommen werden, wurde gestrichen. Die administrativen Kosten für die Einzelfallbewilligung können – nach Mitteilung der ÖGK – mangels eigener statistischer Erfassung nicht beziffert werden.

Die Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen (SVS) ist den Zielvereinbarungen der ÖGK für Oberösterreich und Vorarlberg iSd. § 10 der Heilmittel-Bewilligungs- und Kontroll-Verordnung beigetreten. Wie zuvor bereits dargestellt, ist deren Ziel nicht primär, Homöopathika zu erstatten, sondern eine Ausnahme von der Chefarztpflicht für bestimmte Arzneimittel vorzusehen. Soweit aber Homöopathika unter die definierten Arzneimittel fallen (in Vorarlberg sind alle Arzneimittel unter € 10,-- bewilligungsfrei; in Oberösterreich sind alle Arzneimittel, die nicht auf der Individualhaftungsliste stehen, bewilligungsfrei), sind sie daher auch bewilligungsfrei verschreibbar. Da das Zeitfenster, in dem die Krankenversicherungsträger derartige Zielvereinbarungen abschließen konnten, bereits seit 1. Dezember 2005 geschlossen ist, können keine neuen derartigen Vereinbarungen geschlossen werden. Die administrativen Kosten der Einzelfallbewilligungen sind – nach Mitteilung der SVS – nicht quantifizierbar.

Die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB) teilte mit, dass sie über keine Vereinbarung mit der Ärztekammer hinsichtlich

Einzelfallbewilligungen von homöopathischen Präparaten verfüge. Die administrativen Kosten der Einzelfallbewilligungen für homöopathische Präparate können – nach Mitteilung der BVAEB – nicht gesondert dargestellt werden.

Frage 7:

- Auf Basis welcher medizinischen Grundlage werden Homöopathika erstattet, wenn ihre Wirkungslosigkeit wissenschaftlich außer Streit steht?
 - a. Welches wissenschaftliche Material (Studien, Gutachten, Forschungsergebnisse, usw.) zieht das Ministerium zur Beurteilung Wirksamkeit von homöopathischen Arzneimitteln heran, um eine Erstattung dieser Arzneimittel als Kassenleistung aus dem Blickpunkt der Aufsicht tolerieren zu können?
 - i. Wo können diese Materialien eingesehen werden?

Der Dachverband teilte hiezu mit, dass aufgrund der mangelnden medizinischen Evidenz eine Verschreibung homöopathischer Arzneimittel auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung als Krankenbehandlung – bis auf begründete Einzelfälle – grundsätzlich nicht möglich ist. Der Dachverband verwies bezüglich der wissenschaftlichen Evidenz im Bereich Homöopathie auf die nachfolgenden Quellen:

- Shang A, Huwiler-Müntener K, Nartey L, Jüni P, Dörig S, Sterne JA, Pewsner D, Egger M. Are the clinical effects of homoeopathy placebo effects? Comparative study of placebo-controlled trials of homoeopathy and allopathy. Lancet. 2005; Vol. 366: 726-732;
- Streithema Homöopathie | Medizin Transparent (medizin-transparent.at);
- Australian Government NHMRC Statement: Statement on Homeopathy;
- National Health and Medical Research Council (2015): NHMRC Information Paper: Evidence on the effectiveness of homeopathy for treating health conditions. Canberra: National Health and Medical Research Council. Homeopathy | NHMRC.

In Bezug auf die aufsichtsrechtliche Beurteilung eines allfälligen Kostenersatzes für Homöopathika darf auf die nachfolgenden Ausführungen zu den Fragen 8 bis 10 verwiesen werden.

Fragen 8 bis 10:

- Wie bringt das Ministerium als Aufsichtsbehörde die Kostenübernahme von Homöopathika durch Träger der gesetzlichen Krankenversicherung mit § 133 Abs 2 ASVG in Einklang?

- *Wie bringt das Ministerium als Aufsichtsbehörde die Kostenübernahme von Homöopathika durch Träger der gesetzlichen Krankenversicherung damit in Einklang, dass diese in der Liste nach § 351 c Abs 2 ASVG als "nicht zur Krankenbehandlung im Sinne des § 133 Abs 2 geeignet" aufgeführt sind?*
- *Wie beurteilt das Ministerium den Verstoß diverser Krankenversicherungsträger gegen die Richtlinien für eine ökonomische Verschreibung?*

Um Wiederholungen zu vermeiden verweise ich zunächst auf die Ausführungen des Dachverbands zu den Fragen 11 und 12 und erlaube mir die Klarstellung, dass die vom Dachverband dargestellte Interpretation jener Bestimmungen, die die Verschreibbarkeit von Heilmitteln regeln, nicht einer willkürlichen Festlegung entspringt, sondern auf der einschlägigen Judikatur des in Leistungsangelegenheiten letztinstanzlich zur Entscheidung berufenen Obersten Gerichtshofs zu alternativen Heilmethoden im Allgemeinen und zur Verschreibung von homöopathischen Präparaten im Besonderen beruht.

Wie bereits in der Beantwortung der nahezu gleichlautenden parlamentarischen Anfrage Nr. 253/J vom 6. Februar 2018 (Beantwortung vom 28. März 2018, Nr. 252/AB) ausgeführt, darf in diesem Zusammenhang exemplarisch auf die Entscheidung des Obersten Gerichtshofs vom 19. Dezember 1989, 10 ObS 211/89 verwiesen werden. In dieser Entscheidung wird klargestellt, dass auch der Ersatz der Kosten für die Anwendung einer von der Wissenschaft noch nicht anerkannten Behandlungsmethode (Außenseitermethode) aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung nicht gänzlich ausgeschlossen ist. Voraussetzung hiefür ist allerdings, dass zur Behandlung des regelwidrigen Zustandes zunächst eine zumutbare, erfolgsversprechende 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 bei der versicherten Person erfolgreich gewesen sein.

Schließlich meint der OGH, der Umstand, dass die Honorarordnung als Teil des Gesamtvertrags zwischen Ärztinnen und Ärzten und Sozialversicherung eine bestimmte Behandlungsart nicht enthält, stelle zwar zunächst ein Indiz für die Beurteilung dar, ob eine Krankenbehandlung im Sinne des § 133 Abs. 2 ASVG „zweckmäßig ist und das Maß des Notwendigen nicht überschreitet“, dies bedeute aber nicht, dass einer versicherten Person in jenen Fällen, in denen Heilmethoden angewendet wurden, die in den Honorarordnungen oder Richtlinien nicht enthalten sind, etwa weil es sich um wissenschaftlich noch nicht

gesicherte Heilmethoden handelt, ein Kostenersatz keinesfalls zusteht. Im Interesse einer sparsamen Verwendung der Mittel der Sozialversicherung müsse aber das Kriterium der Wirtschaftlichkeit beachtet werden.

Nach der zitierten Entscheidung des Obersten Gerichtshofes ist es also zwar grundsätzlich nicht Sache der Krankenversicherungsträger, die Kosten für medizinische Experimente zu tragen, doch soll das Recht der sozialen Krankenversicherung sich nicht als Hemmschuh für die Entwicklung und Ausbreitung neuer zukunftsträchtiger Diagnose- und Therapieformen auswirken. Daher muss der Patientin bzw. dem Patienten der Beweis zulässig sein, dass im Einzelfall eine wissenschaftlich noch nicht allgemein gesicherte Methode erforderlich und zweckmäßig war.

In ähnlicher Weise, in vielen Teilen sogar wortgleich, hat sich der Oberste Gerichtshof nachfolgend (z.B. Urteil vom 28. Februar 1994, 10 ObS 103/93) speziell zur Frage des Kostenersatzes für homöopathische Mittel geäußert und festgehalten, dass diese Meinung für jede Außenseitermethode Geltung habe. In diesem Sinne bleibt es dem:der Versicherten jedenfalls freigestellt, über eine negative Entscheidung eines Krankenversicherungsträgers über die diesbezügliche Kostenübernahme einen Bescheid zu verlangen und dessen Inhalt bei den dafür vorgesehenen Institutionen (in erster Instanz den Arbeits- und Sozialgerichten), für ihn:sie kostenfrei überprüfen zu lassen.

An dieser Rechtslage sowie der darauf beruhenden Rechtsprechung hat sich seit der oben zitierten Anfragebeantwortung nichts geändert.

Fragen 11 und 12:

- *Wie bringt die ÖGK die allfällige beziehungsweise bisherige Kostenübernahme von Homöopathika durch einzelne Träger mit den RöV in Einklang?*
- *Mit welcher Argumentation vergütet die ÖGK homöopathische Arzneimittel, deren medizinische Wirksamkeit nicht ausreichend erwiesen ist?*

Wie der Dachverband in seiner Stellungnahme mitteilte, ist die Homöopathie aufgrund des Standes der homöopathischen Lehre und der klinischen Überprüfung des Einsatzes homöopathischer Präparate vom Obersten Sanitätsrat nicht als wissenschaftlich gesicherte Heilmethode anerkannt. Unter Berücksichtigung dieser in der Wissenschaft derzeit bestehenden Gegebenheiten und des Gesetzesauftrages bezüglich des Leistungsumfanges der sozialen Krankenversicherung (ausreichend, zweckmäßig, das Maß des Notwendigen nicht überschreitend nach § 133 Abs. 2 ASVG) ist eine generelle Kostenübernahme für homöopathische Heilmittel nicht möglich.

Der Dachverband hat gemäß § 351c Abs. 2 ASVG eine Liste jener Arzneimittelkategorien zu erstellen, die im Allgemeinen nicht zur Krankenbehandlung im Sinne des § 133 Abs. 2 ASVG geeignet sind. Diese Liste wurde bereits 2004 im Rechtsinformationssystem des Bundes (RIS) veröffentlicht (Liste nicht erstattungsfähiger Arzneimittelkategorien gemäß § 351c Abs. 2 ASVG [ListeAMK] – [ris.bka.gv.at/Sonstige Kundmachungen, Erlässe/Amtliche Verlautbarungen der Sozialversicherung – avsv Nr. 34/2004; geltenden Fassung avsv Nr. 38/2020](http://ris.bka.gv.at/Sonstige_Kundmachungen,_Erlässe/Amtliche_Verlautbarungen_der_Sozialversicherung_-_avsv_Nr._34/2004;_geltenden_Fassung_avsv_Nr._38/2020)).

Davon umfasste Arzneimittel sind grundsätzlich nicht erstattungsfähig. Sie dürfen grundsätzlich nicht als Leistung der Krankenbehandlung auf Rechnung eines Sozialversicherungsträgers abgegeben und nicht in den Erstattungskodex (EKO) aufgenommen werden. Veröffentlicht ist auch eine Begründung für die Anführung.

Rechtlich handelt es sich bei dieser Liste laut Verwaltungsgerichtshof und Verfassungsgerichtshof um eine Verordnung (vgl. VwGH vom 11.09.2019, Ro 2019/08/0013, Rz 37 mwN und VfGH vom 5.10.2016, V 77/2015, Pkt. I).

In der Anlage zu dieser Verordnung sind jene Arzneispezialitäten und Stoffe für magistrale Zubereitungen nach Gruppen gelistet, die nach objektiven und überprüfbaren Kriterien im Allgemeinen nicht zur Krankenbehandlung im Sinne des § 133 Abs. 2 ASVG geeignet und daher nicht erstattungsfähig sind.

In der dritten Arzneimittelkategorie finden sich Arzneimittel mit offensichtlich nicht ausreichendem Nachweis einer therapeutischen Wirkung – dazu zählen insbesondere auch Homöopathika. Der Begründung lässt sich entnehmen, dass gemäß § 30b Abs. 1 Z 4 ASVG nur Arzneimittel erstattungsfähig sind, die nach Erfahrungen im In- und Ausland und nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft eine therapeutische Wirkung und einen Nutzen für Patientinnen und Patienten im Sinne der Ziele der Krankenbehandlung (§ 133 Abs. 2 ASVG) annehmen lassen.

Eine Erstattung von unter die Anlage fallenden Produkten kann jedoch im Einzelfall bei Erfüllen der Voraussetzungen des § 30b Abs. 1 Z 4 ASVG gegeben sein, d.h. bei zwingender therapeutischer Notwendigkeit und wenn eine Behandlung mit Produkten aus dem EKO nicht durchgeführt werden kann. Erforderlich ist in jedem Fall eine ärztliche Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes der Sozialversicherungsträger.

Die Verordnung selbst sieht einen vollständigen Ausschluss der Produkte von der Erstattung nicht vor. Nicht-Erstattungsfähigkeit bedeutet nach § 1 Abs. 3 der Verordnung nämlich nur,

dass die genannten Produkte *grundsätzlich* nicht als Leistung der Krankenbehandlung auf Rechnung eines Sozialversicherungsträgers abgegeben werden dürfen.

Somit wird durch die Verordnung die widerlegbare Vermutung begründet, dass eine Erstattung der enthaltenen Produkte im Regelfall nicht in Betracht kommt (vgl. Schrattbauer/Rebhahn in Mosler/Müller/Pfeil, Der SV-Komm § 351c ASVG, § 351c Rz 33ff). Dementsprechend restriktiv wurde die Erstattung durch die Träger in der Vergangenheit auch gehandhabt.

Ergänzend ist auf die Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen 2005 hinzuweisen (RöV 2005 – [ris.bka.gv.at/Sonstige Kundmachungen, Erlässe/Amtliche Verlautbarungen der Sozialversicherung – Nr. 5/2005 idgF](http://ris.bka.gv.at/Sonstige_Kundmachungen_Erlasse/Amtliche_Verlautbarungen_der_Sozialversicherung_Nr_5/2005_idgF)).

Gemäß § 1 Abs. 1 RöV haben die Krankenversicherungsträger nach Maßgabe dieser Richtlinie die Kosten ärztlich verschriebener Heilmittel zu tragen, soweit sie für eine ausreichende und zweckmäßige, das Maß des Notwendigen nicht überschreitende Krankenbehandlung notwendig sind. In § 8 RöV ist ein Ausschluss der Kostenübernahme verankert. Für bestimmte Mittel werden vom Krankenversicherungsträger im Allgemeinen keine Kosten übernommen. Z 1 bezieht sich auf alle Arzneimittel, die einer Kategorie der Liste nicht erstattungsfähiger Arzneimittel gemäß § 351c Abs. 2 ASVG angehören. Auch § 8 Z 4 RöV normiert den Ausschluss der Kostenübernahme für „sonstige Mittel mit offensichtlich nicht ausreichendem Nachweis einer therapeutischen Wirkung wie insbesondere Homöopathika, ...“.

In Ausnahmefällen ist eine Kostenübernahme dennoch möglich. Wenn die Behandlung mit Homöopathika aus zwingenden therapeutischen Gründen notwendig ist und im Einzelfall nicht mit den im Erstattungskodex angeführten Arzneimitteln durchgeführt werden kann, kommt eine Kostenübernahme durch die Sozialversicherung für diese Mittel in Betracht (§ 30b Abs. 1 Z 4 iVm § 350 Abs. 1 Z 3 ASVG). Die soziale Krankenversicherung übernimmt daher die Kosten für Homöopathika im Einzelfall, wenn

- der Einsatz dieser Mittel einer zweckmäßigen Krankenbehandlung entspricht,
- das Maß des Notwendigen nicht überschritten wird,
- die allopathischen Heilmittel keinen Erfolg gebracht haben oder mit unzumutbaren Nebenwirkungen verbunden sind und
- die homöopathischen Arzneimittel zu einer erfolgreichen Behandlung geführt haben oder der Erfolg zumindest erwartet werden konnte.

Frage 13:

- *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?*

Angesichts der Ausführungen des Dachverbands zu den Fragen 11 und 12 sowie der von mir in Beantwortung der Fragen 8 bis 10 zitierten Judikatur des Obersten Gerichtshofs sehe ich keine Veranlassung, Maßnahmen im Sinne dieser Frage zu ergreifen.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Wolfgang Mückstein

