

3860/AB XX.GP

Beantwortung

der Anfrage der Abgeordneten Mag. Stadler und Kollegen
an die Frau Bundesministerin für Arbeit, Gesundheit und Soziales,
betreffend Aushöhlung der freien Arztwahl durch die Krankenversicherung
(Nr. 4004/J).

Zu den Fragen der oben angeführten parlamentarischen Anfrage führe ich
unter Berücksichtigung einer hiezu eingeholten Stellungnahme des Hauptverbandes
der österreichischen Sozialversicherungsträger, welche in Kopie beiliegt, folgendes
aus:

Das Recht auf freie Arztwahl wird im Rahmen der gesetzlichen Krankenver-
sicherung dadurch gewährleistet, daß ärztliche Hilfe gemäß § 135 Abs. 1 ASVG
durch Vertragsärzte, durch Wahlärzte (§ 131 Abs. 1) oder durch Ärzte in eigenen
hiefür ausgestatteten Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) der Versicherungsträger
gewährt wird.

Dieser Regelung liegt das für die soziale Krankenversicherung fundamentale
Sachleistungsprinzip zugrunde, wonach die Gesundheitsleistungen primär durch
Vertragspartner der Versicherungsträger zur Verfügung gestellt werden sollen. Die
Versicherungsträger sind daher nach § 338 Abs. 2 ASVG dazu aufgerufen, die aus-
reichende Versorgung der Versicherten und ihrer anspruchsberechtigten Angehö-
rigen mit den gesetzlichen und satzungsmäßig vorgesehenen Leistungen durch ent-
sprechende Verträge mit den Erbringern der Gesundheitsleistungen sicherzustellen.

Wird jedoch nicht die Sachleistung bei einem Vertragspartner des Versicherungsträgers in Anspruch genommen, so gebührt eine Kostenerstattung, die sich an den Kosten der Inanspruchnahme des entsprechenden Vertragspartners orientiert. Die Reduktion der Kostenerstattung auf 80 % der entsprechenden Vertragstarife durch das Sozialrechts - Änderungsgesetz 1996, BGBl. Nr.411/1996, wird in den Erläuternden Bemerkungen zur Regierungsvorlage wie folgt begründet:

“Von den Krankenversicherungsfragen wurde in jüngster Zeit immer wieder festgestellt, daß wahlärztliche Hilfe mehr und mehr in Anspruch genommen wird und dadurch die Ausgaben für die Kostenerstattung stark ansteigen. Zur Abdeckung der höheren Verwaltungskosten soll in Hinkunft der Kostenersatz für wahlärztliche Behandlung nur mehr in der Höhe von 80 % des Betrages, der bei Inanspruchnahme eines Vertragsarztes aufzuwenden gewesen wäre, gebühren.”

Es ist nämlich zu bedenken, daß Vertragsärzte aus dem Vertragsverhältnis dem Versicherungsträger gegenüber bestimmten Verpflichtungen unterliegen und insbesondere eine Reihe von Verwaltungsaufgaben im Rahmen der Leistungsabrechnung übernehmen, die sie jedenfalls in zeitlicher Hinsicht mehr beanspruchen als Wahlärzte. Durch die Verringerung des Anspruches auf Kostenerstattung erfolgte ein Ausgleich dieser unterschiedlichen Belastung und eine Stärkung des Sachleistungsprinzips. Ich halte diese Regelung daher für sachlich gerechtfertigt und weise die Behauptung einer Aushöhlung der freien Arztwahl als unbegründet zurück. Zu den Fragen 1 bis 3:

Die Beantwortung dieser Fragen ist der Stellungnahme des Hauptverbandes zu entnehmen, der ich nichts hinzuzufügen habe.

Zu Frage 4:

Ich werde das in dieser Frage geäußerte Anliegen nicht unterstützen, weil es - wie den diesbezüglichen Ausführungen des Hauptverbandes zu entnehmen ist - zu ungerechten Ergebnissen führen kann. Maßstab für die Kostenerstattung bei Inanspruchnahme von Wahlärzten soll im Hinblick auf das Sachleistungsprinzip der

Kostenaufwand für Vertragsärzte sein, der entsprechend dem gesetzlichen Auftrag auch allfällige Limitierungen zu berücksichtigen hat.

Zu Frage 5:

Die Krankenversicherung bietet im Rahmen des Sachleistungsprinzips ein flächendeckendes Angebot von Vertragspartnern, wo in der Regel ohne private Mehrausgaben ein Blutbild, so erforderlich, gemacht werden kann. Entschließt sich ein Patient, trotz dieser weitreichenden Möglichkeit, einen anderen sogenannten Wahlarzt zu konsultieren, wird ihm auch hier in Form der Kostenerstattung zumindest ein Teil der Kosten ersetzt. Ich sehe keinen Grund an der bestehenden Rechtslage etwas zu ändern.

Zur Frage 6:

Die Behauptung der Anfragesteller, daß Wahlärzte bevorzugt würden, wird vom Hauptverband anhand von Daten der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse illustrativ widerlegt. Daraus ist meines Erachtens eine deutliche Bestätigung der Akzeptanz des Vertragsarztsystems abzuleiten.

Zur Frage 7:

Es besteht durchaus eine Bereitschaft der Sozialversicherungsträger zur zeitgemäßen Anpassung der Honorarordnungen unter Bedachtnahme auf die gesetzlichen Rahmenbedingungen. Da die Honorarordnungen bekanntlich im Rahmen der Gesamtverträge zwischen Sozialversicherung und Ärzteschaft ausverhandelt werden, sehe ich keinen Anlaß zu einer diesbezüglichen Äußerung.

An das
Bundesministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
Stubenring 1
A - 1010 Wien

Betr.: Parlamentarische Anfrage - Aushöhlung der freien
Arztwahl durch die Krankenversicherung
Bezug: Ihr Schreiben vom 9. April 1998, Zl. 21 .891/77 - 5/98
Sehr geehrte Damen und Herren!

Zur parlamentarischen Anfrage ist vorweg grundsätzlich zu sagen, daß die anfragenden Abgeordneten von einem solchen Verständnis der freien Arztwahl ausgehen, das dem des historischen Gesetzgebers und der Praxis nicht entspricht. Im Bereich der sozialen Krankenversicherung kommt dem Sachleistungsprinzip die vorrangige Bedeutung zu. Dies ergibt sich zweifelsfrei aus dem gesetzlichen Auftrag, wonach die Krankenversicherungsträger durch den Aufbau eines Vertragsarztsystems die ausreichende Versorgung der Versicherten und ihrer anspruchsberechtigten Angehörigen sicherzustellen haben.

Ein allgemeines Grundrecht auf freie Arztwahl besteht nicht. Der Gesetzgeber wollte mit der Bestimmung des § 131 ASVG (Kostenerstattung) der Ärzteschaft einen Ausgleich dafür anbieten, daß nicht alle niedergelassenen Ärzte in das Sachleistungssystem einbezogen werden. Für die Versicherten sollte dadurch die Möglichkeit der Arztwahl erweitert werden; es war aber nicht beabsichtigt, damit ein umfassendes Recht auf freie Arztwahl zu schaffen.

Zu den einzelnen Fragen nimmt der Hauptverband folgendermaßen Stellung:

FRAGE 1:

Entgegen der Vermutung der anfragenden Abgeordneten, ist die Anzahl der Fälle der Kostenerstattung österreichweit nicht rückläufig, sondern weiterhin steigend.

FRAGE 2:

Österreichweit kann davon ausgegangen werden, daß die Kosten eines durchschnittlichen Wahlarztfalles (unter Berücksichtigung der 80 % Kostenerstattung) etwa 85 % der Kosten eines durchschnittlichen Vertragsarztfalles betragen.

FRAGE 3:

Die Höhe der vom Wahlarzt verlangten Preise unterliegt keiner Beschränkung. Im Durchschnitt wird man davon ausgehen können, daß der Kostenerstattungsbetrag der Kasse ca. 45 % des Rechnungsbetrages beträgt, wobei sich erhebliche Differenzen in den einzelnen Fachsparten ergeben können.

FRAGE 4:

Entsprechend dem gesetzlichen Auftrag des § 131 ASVG sind bei der Ermittlung des Kostenerstattungsbetrages die in der Honorarordnung vertraglich vorgesehenen Verrechnungsbeschränkungen in qualitativer und auch quantitativer Hinsicht entsprechend anzuwenden. Es werden somit jene Limitierungen angesetzt, die durchschnittlich für Vertragsärzte greifen (diese Vorgangsweise wird in der Einleitung zur Anfrage als plausibel dargestellt).

Die in der parlamentarischen Anfrage vorgeschlagene Limitberechnung aufgrund der Patientenzahl des Wahlarztes (alle Patienten des Wahlarztes) würde zu grob unsachlichen Auswirkungen führen, da sich aufgrund der konkreten Verhältnisse beim Wahlarzt für die Patienten (Versicherten) unterschiedliche Kostenerstattungsbeträge ergeben würden.

Daneben ist zu beachten, daß diese Vorgangsweise gegenüber der gesetzeskonformen zu Nachteilen für die Versicherten führen kann.

FRAGE 5:

Welche Leistungen bei welcher Fachsparte bei der Berechnung der Kostenerstattung heranzuziehen sind, hängt von der jeweiligen Honorarordnung ab.

Aufgrund der fehlenden näheren Informationen zu dem vorgebrachten Fall kann der Hauptverband hierzu keine Aussage treffen.

FRAGE 6:

Die Aussage, daß Versicherte lieber Wahl- als Vertragsärzte in Anspruch nehmen, ist völlig unzutreffend. So stehen z.B. bei der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse rund 415 Millionen abgerechneten Krankenkassenschecks rund 155.000 Kostenerstattungsanträge gegenüber.

FRAGE 7:

Die Rahmenbedingungen der einzelnen Honorarordnungen gewährleisten eine dem Gesetzauftrag entsprechende ausreichende, zweckmäßige, das Maß des Notwendigen nicht überschreitende medizinische Versorgung der Patienten.

Die Sozialversicherung steht darüber hinaus zeitgemäßen strukturellen Änderungen der Honorarordnungen aufgeschlossen gegenüber.

Erfahrungen in den Honorarverhandlungen mit der Wiener, der Burgenländischen bzw. der Tiroler Ärztekammer haben aber gezeigt, daß umfangreiche strukturelle Änderungen des Tarifgefüges schwer umsetzbar sind.

Grundlegende Systemumstellungen in Richtung höherer Bezahlung der persönlichen Betreuung im Zusammenhang mit betriebswirtschaftlich fundierten Parametern (z.B. Fixkostendegression) führen dazu, daß einzelne Ärztegruppen mit Umsatzeinbußen rechnen müssen.