

II-6337 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen
des Nationalrates XVIII. Gesetzgebungsperiode

REPUBLIK ÖSTERREICH

**BUNDESMINISTERIUM
FÜR ARBEIT UND SOZIALES**

Z1.21.891/82-5/1992

1010 Wien, den 17. Juni 1992

Stubenring 1

Telefon (0222) ~~2300~~ 71100

Telex 111145 oder 111780

DVR: 0017001

P.S.K.Kto.Nr. 5070.004

Auskunft

--

Klappe - Durchwahl

2792 IAB

1992 -06- 19

zu 2845 IJ

B e a n t w o r t u n g

der Anfrage der Abgeordneten Mag. Haupt,
Dolinschek, Haller an den
Bundesminister für Arbeit und Soziales,
betreffend Verträge zwischen Ärzten
und Krankenkassen - Sozialsprengel
(Nr. 2845/J)

Eingangs möchte ich grundsätzlich aus der Sicht meines gesetzlich festgelegten Zuständigkeitsbereiches folgendes feststellen:

Die Träger der gesetzlichen Sozialversicherung in Österreich sind Körperschaften öffentlichen Rechts mit eigener Rechtspersönlichkeit, die vom Gesetzgeber nach den Grundsätzen der Selbstverwaltung eingerichtet sind und deren Geschäftsführung durch autonome Verwaltungskörper wahrzunehmen ist. Sie unterliegen insoweit der Aufsicht durch den Bund, als ihre Gebarung dahin zu überwachen ist, daß Gesetz und Satzung sowie die darauf beruhenden sonstigen Rechtsvorschriften und in wichtigen Fragen auch der Grundsatz der Zweckmäßigkeit beachtet werden.

Die Beziehungen zwischen den freiberuflichen Ärzten und den Sozialversicherungsträgern werden durch privatrechtliche Gesamtverträge, die zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger für die Versicherungsträger und den örtlich zuständigen Ärztekammern abzuschließen sind, geregelt. Diese Verträge bilden die Grundlage für die sodann

- 2 -

zwischen den einzelnen Ärzten und den Sozialversicherungsträgern abzuschließenden Einzelverträge.

In den Gesamtverträgen werden u.a. auch die Ansprüche der Ärzte auf Vergütung der von ihnen erbrachten Leistungen durch die Krankenversicherungsträger in sogenannten Honorarordnungen zusammengefaßt. Bei der Entscheidung über die Aufnahme von solchen von den Krankenversicherungsträgern zu erstattenden Leistungen in diese Honorarordnungen hat der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger nicht zuletzt auf wirtschaftliche und medizinische Grundsätze Bedacht zu nehmen.

Als Bundesminister für Arbeit und Soziales kommt mir eine bestimmende Einflußnahme auf den Inhalt der Gesamtverträge nicht zu, insoweit sich diese Verträge im Rahmen des gesetzlich Vorgegebenen halten.

Zu den aus der beiliegenden Ablichtung der gegenständlichen Anfrage ersichtlichen Fragen führe ich unter Berücksichtigung einer Stellungnahme des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger folgendes aus:

Zu den Fragen 1 und 2:

Die zwischen Ärztekammern und Trägern der Krankenversicherung abgeschlossenen Gesamtverträge stellen die Krankenbehandlung im Sinne der gesetzlichen Vorgaben sicher, das heißt, die vertragsärztliche Behandlung hat ausreichend und zweckmäßig zu sein, darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Der Inhalt dieser Gesamtverträge ist gemäß § 341 Abs.3 ASVG auch Inhalt der zwischen den einzelnen Krankenversicherungsträgern und den Ärzten abzuschließenden Einzelverträge. Es liegt sohin in der Verantwortung des einzelnen Arztes, den in den Ärztegesamtverträgen statuierten Bestimmungen nachzukommen, wonach die vertragsärztliche Behandlung in diesem gesetzlichen

- 3 -

Rahmen alle Leistungen zu umfassen hat, die vom Vertragsarzt aufgrund der ärztlichen Ausbildung und der ihm zu Gebote stehenden Hilfsmittel sowie zweckmäßigerweise außerhalb einer stationären Krankenhausbehandlung durchgeführt werden können.

Die soziale Krankenversicherung verfügt für die ihr vom Gesetzgeber übertragenen Aufgaben über begrenzte Mittel. Der Gesetzgeber hat angeordnet, daß durch die Ärztegesamtverträge die Ausgaben der Krankenversicherungsträger für die vertragsärztliche Tätigkeit zu begrenzen sind (§ 342 Abs.2 ASVG). Im Hinblick darauf und auf eine verantwortungsbewußte Gestion der Krankenversicherungsträger mit den Versichertenbeiträgen müssen in vertragsärztlichen Vergütungssystemen auch Wirtschaftlichkeitsaspekte mitberücksichtigt werden. Soweit solche vertragliche Regelungen für unbefriedigend empfunden werden, kann dies einem Vertragsarzt nicht als Rechtfertigung dienen, einem krankenversicherten Patienten medizinisch als notwendig erkannte Leistungen im Rahmen einer vertragsärztlichen Tätigkeit vorzuenthalten.

Zu Frage 3:

Die Behauptung, es überwiege das pauschale Abrechnungssystem, stimmt nicht. Tatsächlich beziehen die Vertragsärzte schon jetzt den Großteil ihrer Honorare aus der Verrechnung von Einzelleistungen. So bezahlen die Gebietskrankenkassen allein den Fachärzten 75 % der Honorarsumme als Einzelleistungen; österreichweit sind es mit den Sonderversicherungsträgern mehr als 80 %. Naturgemäß ist das Verhältnis bei den praktischen Ärzten anders, jedoch überwiegt auch hier die Einzelverrechnung; für die praktischen Ärzte beläuft sich dieser Anteil bei den Gebietskrankenkassen auf mehr als 56 %, bei allen Krankenversicherungsträgern zusammen auf fast 70 %. Die Gewichtung des Verhältnisses Pauschal- hin zu Einzelleistungsverrechnung wurde in den vergangenen Jahren - gemeinsam mit den Ärztekammern - laufend verändert.

- 4 -

§ 342 Abs.2 ASVG statuiert ein Mischsystem zwischen der pauschalen Abgeltung und Einzelverrechnung von ärztlichen Leistungen. Nationale und internationale Erfahrungen zeigen, daß das von den Ärztekammern angestrebte reine Einzelleistungsvergütungssystem in eine Vermehrung ärztlicher Verrichtungen (auch nicht unbedingt notwendigen) mündet. Die Dimension der sich daraus ergebenden Folgen ist kaum abschätzbar, doch ist beim Einzelleistungsvergütungssystem ein größerer und damit kostentreibender Anreiz zur Vervielfachung des Leistungsvolumens vorgegeben. Verbunden damit ist zu befürchten, daß medizinisch nicht indizierte Leistungen zunehmen. Aus diesem Grund ist es nicht sinnvoll, das Prinzip des gemischten Vergütungssystems grundsätzlich zu ändern.

Zu den Fragen 4 und 5:

In Beantwortung dieser Fragen gebe ich die Stellungnahme des Hauptverbandes wörtlich wieder:

"Grundsätzlich ist die Angabe der Versicherungsnummer auf Krankenscheinen und Rezepten vorgesehen. Es kann jedoch nicht sichergestellt werden, daß in allen Fällen die Versicherungsnummer auch tatsächlich aufgebracht wird, da in bestimmten Fällen bzw. Situationen, z.B. bei Angehörigen bzw. Notfällen, die Versicherungsnummer nicht verfügbar ist.

Im Zuge der Ärzteabrechnung können Leistungspositionen und Diagnosen auf Plausibilität geprüft werden. Bei festgestellter unökonomischer Verschreibweise von Heilmitteln werden im Anlaßfall auch die Diagnosen auf Kompatibilität mit den verordneten Heilmitteln geprüft.

Der Erfolg solcher Kontrollen setzt aber voraus, daß die Diagnosenangaben, die vom Arzt stammen, der Realität ent-

- 5 -

sprechen. Bedauerlicherweise ist es aber derzeit doch noch so, daß die von den Vertragsärzten übermittelten Informationen im Diagnosebereich nicht immer die notwendige Präzision aufweisen. Verbesserungen sind hier wünschenswert.

In den meisten Fällen ist die ärztebezogene Überprüfung der Honorarabrechnung ausreichend, um Malversationen hinanzuhalten, und somit ist die Versicherungsnummer als Ordnungsbegriff für Standardkontrollen nicht notwendig. Eine patientenbezogene Überprüfung von Abrechnungsdaten wird nur in Ausnahmefällen, die sich aus der arztbezogenen Überprüfung ergeben können, notwendig sein. Langfristig wird die Erstellung einer vertragspartnerbezogenen Folgekostenrechnung erforderlich sein, um dem Ökonomiegrundsatz zum Durchbruch zu verhelfen. In einer 1987 in Österreich von DEZSY/HAINZL erstellten Studie wurde festgestellt, daß das ökonomische Verhalten, insbesondere der praktischen Ärzte, äußerst ungenügend ist."

Ich unterstütze die genannten Bemühungen des Hauptverbandes.

Zu Frage 6:

Die Einführung von Sozialversicherungsausweisen mit Photo für Krankenversicherungszwecke lehne ich aus Kostengründen und wegen des dadurch entstehenden administrativen Aufwandes ab. Die Ärzte sind verpflichtet, im Zweifelsfall die Identität des Patienten mit den Krankenscheindaten zu überprüfen. Die Krankenscheine werden von den Dienstgebern oder von den Krankenversicherungsträgern für bestimmte Zeiträume für anspruchsberechtigte Personen ausgegeben und außer als Anspruchsnachweis auch als Abrechnungsbeleg verwendet. Zusammen mit der Abrechnungskontrolle ergibt dieses System ein hohes Maß an Sicherheit gegen Malversationen.

- 6 -

Zu den Fragen 7 und 8:

Zur Frage des Stellenwertes der sogenannten Sozialsprengel im Zusammenhang mit der Leistungserbringung seitens der Sozialversicherungsträger ist zunächst festzustellen, daß in den einschlägigen Bestimmungen der Sozialversicherungsgesetze jeweils konkret normiert ist, welche Gruppen selbständig Erwerbstätiger Leistungen im Rahmen eines sozialversicherungsrechtlichen Anspruches für den Versicherungsträger erbringen können. So werden beispielsweise im § 135 Abs.1 Z 1 ASVG jene Berufsgruppen der sogenannten gehobenen medizinisch-technischen Dienste im Sinne des § 25 des Bundesgesetzes vom 22.März 1961, BGBl.Nr.102, taxativ angeführt, welche unter bestimmten Voraussetzungen Leistungen im Rahmen der ärztlichen Hilfe erbringen können. Sofern die Voraussetzungen für einen diesbezüglichen Leistungsanspruch gegeben sind, hat der Sozialversicherungsträger die von diesen Berufsgruppen erbrachten Leistungen zu honorieren - im Falle einer Vertragsbeziehung durch Direktabrechnung ansonsten im Wege der Kostenerstattung -, wobei es ohne Belang ist, ob die Personen der in Rede stehenden Berufsgruppen ihre Leistungen in freiberuflicher Ausübung ihres Berufes erbracht haben oder im Rahmen eines Dienstvertrages in einer Krankenhaus-Ambulanz oder einem selbständigen Ambulatorium. Für gehunfähige erkrankte Versicherte und Angehörige sind einerseits satzungsmäßig festgelegte Ersätze der Transportkosten vorgesehen, andererseits werden mit den in Betracht kommenden Berufsgruppen auch häufig Honorare für Hausbesuche vereinbart.

Was den Aufbau einer dezentralisierten, wohnbereichsnahen Versorgung der Bevölkerung mit verschiedenen sozialen Diensten im Rahmen sogenannter "Sozialsprengel" betrifft, ist klarzustellen, daß dieser Begriff derzeit noch nicht bundesgesetzlich festgelegt ist. Wo bereits derartige Sozialsprengel auf vereinsrechtlicher Basis eingerichtet sind, konnte festgestellt

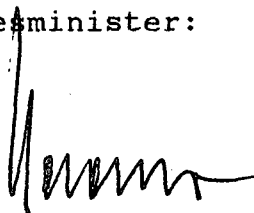
- 7 -

werden, daß durch die solcher Art sichergestellte Koordinierung verschiedener sozialer Dienste ein wesentlicher Beitrag zur Verbesserung der extramuralen Versorgung erzielt worden ist. Besondere Bedeutung kommt den Sozialsprengeln bei der Organisation der Hauskrankenpflege zu, auf welche hinsichtlich der medizinischen Leistungen seit 1. Jänner 1992 ein Rechtsanspruch aus der gesetzlichen Krankenversicherung gegeben ist.

Darüber hinaus unterstütze ich schon jetzt die in der Frage zum Ausdruck gebrachten Intentionen.

Beilage

Der Bundesminister:

A handwritten signature in black ink, consisting of a tall, thin vertical stroke followed by a series of horizontal, wavy lines.

BEILAGE

Anfrage:

1. Werden Sie sich dafür einsetzen, daß in den künftigen Gesamtverträgen keine Höchstgrenzen für die Bezahlung bestimmter Untersuchungen und Behandlungen mehr vorgesehen werden, weil damit medizinisch notwendige Maßnahmen zum Schaden der Patienten unterbleiben? Wenn nein, warum nicht?
2. Wie bewerten Sie die Auswirkung dieser bestehenden Höchstgrenzen unter dem Gesichtspunkt, daß jeder Sozialversicherte das Anrecht auf gleiche Leistungen hat, diese aber nicht erhält, wenn der Arzt die diesbezügliche Grenze schon erreicht hat?
3. Treten Sie für eine Abschaffung der Pauschalierungen bei der Verrechnung zwischen Ärzten und Krankenkassen ein? Wenn nein, warum halten sie die Auswirkungen der Pauschalierung auf die Patienten für vertretbar?
4. Welche Möglichkeiten sehen Sie, die Leistungen mit den Diagnosen so abzustimmen, daß die Verordnung unnötiger medizinischer Maßnahmen zugunsten des Arztes verhindert werden kann?
5. Werden Sie Maßnahmen setzen, um das vollständige Ausfüllen der Sozialversicherungsnummer auf Krankenscheinen und Rezepten sicherzustellen, das eine Kontrolle der Medikation und ein Unterbinden von Mißbräuchen ermöglichen würde? Wenn nein, wie soll Ihrer Ansicht nach sonst eine ausreichende Kontrolle ermöglicht werden?
6. Halten Sie einen Sozialversicherungsausweis mit Photo nicht für weniger mißbrauchsgefährdet als das derzeitige System von Ausweisen ohne Photo und Krankenscheinen, deren Weitergabe keine Schwierigkeiten macht?
7. Werden Sie sich in Zusammenarbeit mit dem Bundesminister für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz dafür einsetzen, daß in den künftigen Sozialsprengeln die Leistungen mehrheitlich von selbständig Erwerbstätigen erbracht werden und diese Möglichkeit auch den Angehörigen der gehobenen medizinisch-technischen Diensten etc. offensteht?
8. Werden Sie diesbezüglich Verhandlungen mit dem Bundesminister für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz beginnen?