

3453/J XXI.GP

Eingelangt am: 21.02.2002

ANFRAGE

der Abgeordneten Dolinschek, Dr. Rasinger
und Kollegen und Kolleginnen

an den Bundesminister für soziale Sicherheit und Generationen
betreffend Behandlungsbeitrag-Ambulanz gem. § 135a ASVG

Am 4.2.2000 übernahm die neue Bundesregierung die Regierungsgeschäfte in Österreich. Ebenso zerrüttet wie die Staatsfinanzen war auch die Finanzlage der sozialen Krankenversicherung. Ein Defizit von 9 Milliarden ÖS (654 Mio €) war vorausgesagt. Es konnte durch ein Bündel von Maßnahmen nunmehr ohne Beitragserhöhungen auf 2,8 Mrd.Schilling, das sind 203,48 Mio. € gebracht werden.

Berücksichtigt man das tatsächlich vorhandene Guthaben des Ausgleichsfonds in Höhe von derzeit 1,9 Mrd.Schilling (138 Mio.€), ergibt sich sogar ein auf unter 1 Mrd.Schilling, nämlich 0,9 Mrd.Schilling, verringertes Defizit, das sind 65,4 Mio.€, anstelle der ursprünglich prognostizierten 654 Mio.€. ein Zehntel!

Die Opposition sieht keine Einsparungsmöglichkeiten und verlangt stets nur allgemeine Beitragserhöhungen. Ohne eigene andere Vorschläge haben so Sozialdemokraten und Grüne alle Maßnahmen zur Sanierung der Krankenkassen blockieren wollen. Einen bedeutenden beitrug zur Sanierung der Krankenkassen leisten dabei die Ambulanzgebühren. Sie werden von der Opposition bekämpft. In den letzten Tagen haben Alfred Gusenbauer (SPÖ) und Karl Öllinger (Grüne) die Versicherten dazu aufgerufen, die vorgeschriebenen Behandlungsbeiträge Ambulanz nicht zu bezahlen und eine bescheidmäßige Erledigung zu verlangen. Durch eine solche Vorgangsweise werden fahrlässig die Verwaltungskosten der Gebietskrankenkassen gesteigert und die Einnahmen aus dem Behandlungsbeitrag Ambulanz bleiben zumindest für die Dauer der Verfahren hinter den Erwartungen zurück.

Als Werkzeug dieser Obstruktionspolitik hat sich der Obmann der Wiener Gebietskrankenkasse dazu hinreissen lassen, die Beitragsvorschreibungen dazu zu missbrauchen, dass er in einem den Vorschreibungen beigelegten Schreiben den Versicherten unter anderem ungefragt mitteilte, er habe *“der Bundesregierung dringend empfohlen, von der Einführung dieser Gebühr Abstand zu nehmen. Meine Bemühungen waren leider erfolglos.”*

In der Öffentlichkeit wird derart aus erkennbar parteipolitischen Motiven mit unrichtigen und unvollständigen Informationen ein Verwirrspiel betrieben, die Versicherten offenbar bewusst verunsichert.

Tatsachenwidrig wird behauptet, die Ambulanzgebühr belaste die Versicherten in unsozialer Weise. Es wird verschwiegen, dass das ASVG selbst und die Richtlinien zu § 135a eine Reihe sachlicher Ausnahmen aus sozialen Gründen vorsieht, etwa für rezeptgebührengebührenbefreite Personen, für Kinder, für Waisen ohne weiteres Einkommen, und für Lehrlinge. Diese Befreiungen sind auch auf einfache Weise zu administrieren, weil alle diesbezüglichen Daten in der Sozialversicherung EDV-mäßig vorliegen. Schließlich wird

im Gesetz eine Obergrenze von ATS 1 .000,- (72,- €) pro Jahr eingezogen, um niemanden und insbesondere nicht chronisch Kranke über Gebühr zu belasten. Die von den sozialistischen

Kritikern selbst vorgeschlagenen Beitragserhöhungen hätten eine wesentlich höhere Belastung der Versicherten bewirkt.

Tatsachenwidrig wird auch behauptet, die Ambulanzgebühr werde die ursprünglich geplanten Einnahmen für die Krankenversicherungsträger bei weitem nicht erreichen. Die Schätzungen über diese - notwendigen - zusätzlichen Einnahmen für die Krankenversicherung waren von Anfang nur von einer voraussichtlichen Bandbreite zwischen ATS 500 Mio. und ATS 1 Mrd. (36,3 bzw. 72,7 Mio.€) ausgegangen. Dabei war zu berücksichtigen, dass die Einnahmen umso niedriger ausfallen würden, je schneller der mit der Ambulanzgebühr geplante Lenkungseffekt von den Spitälern zu den niedergelassenen Ärzten eintreten werde. Daher ist es befriedigend, dass vorläufige Hochrechnungen ergeben, dass die Obergrenze der Schätzungen nicht erreicht werden wird.

Die sozialistischen Kritiker behaupten dennoch, dass der angestrebte Lenkungseffekt sei nicht eingetreten. Dies ist offenbar unrichtig.

Die Kritiker haben sich in ihrer argumentativen Doppelmühle längst selbst gefangen und werden sich demnächst entscheiden müssen: Entweder sie anerkennen, dass es einen Lenkungseffekt, erkennbar zum Beispiel durch Einbremsen der in den letzten Jahren hohen Zuwachsraten in den Spitalsambulanzen, und dadurch niedrigere Einnahmen gibt. Oder sie wollen hohe Einnahmen für die Krankenversicherung und daher möglichst wenig Lenkungseffekt. Hohe Einnahmen und zugleich starken Lenkungseffekt - beides zusammen geht denklogisch nicht.

Die sozialistischen Kritiker führen auch ins Treffen, dass es neben den obengenannten sozialen Gründen einen komplizierten Ausnahmenkatalog gäbe. Verschwiegen werden aber die wichtigen sachlichen Gründe im öffentlichen Gesundheitsinteresse, die dafür sprechen, etwa die Behandlung von Patienten wegen anzeigepflichtiger übertragbarer Krankheiten wie AIDS, Tuberkulose oder Hepatitis C, weiters besonders belastende Krebstherapien oder teure Dialysen weiterhin planmäßig in Spitalsambulanzen anzubieten und durchzuführen, zumal in vielen dieser Fälle kaum ausreichende extramurale Behandlungsmöglichkeiten bestehen. Weiters sind, in Anlehnung an die generelle Ausnahme für Kinder, aus Vorsorgegründen auch Jugendlichen-, Gesunden- und Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen ausgenommen, die in der Verrechnung schon bisher besonders erfasst werden. Soweit die Daten für die Administration dieser Ausnahmen nicht ohnehin EDV-mäßig vorliegen, ist die Feststellung ohne besondere juristische oder medizinische Fähigkeiten leicht möglich und betrifft eine insgesamt begrenzte Anzahl. Besondere Verwaltungskosten sind dadurch wohl nicht zu erwarten. Die Ausnahme für Arbeitsunfälle ist in § 333 ASVG begründet. Diese Fälle werden von den Gebietskrankenkassen für die Abrechnung gem. § 319a ASVG erfasst. Weder aufgrund der Anzahl noch inhaltlich sollte die Bearbeitung im Auftrag eines Gerichtes oder Sozialversicherungsträgers verpflichtend vorgenommener Ambulanzuntersuchungen oder von Organ- bzw. Blut(plasma)spendern besondere Schwierigkeiten auslösen.

Die in der Öffentlichkeit kolportierten Administrationsschwierigkeiten sind daher stark übertrieben.

Die Ambulanzgebühr ist angesichts der Selbstbehalte in den Sonderversicherungen für Bauern, Gewerbetreibende und Öffentlich Bedienstete auch absolut systemkonform. Innerhalb der Krankenversicherung nach dem ASVG sind vielfältige, zum Teil hohe Selbstbehalte bzw. Eigenleistungen der Versicherten seit langem vorgesehen: Medikamente (Rezeptgebühr), Heilbehelfe und Hilfsmittel, bei stationärer Spitalsbehandlung (Angehörige,

Verpflegskostenbeitrag), für Kuren, bei bestimmten Zahn-/Kieferbehandlungen, ärztliche Hilfe (Krankenscheingebühr) usw. Es verwundert daher, wenn aus durchsichtigem Populismus gerade die bescheidenen, sozial gerechten Behandlungsbeiträge für Spitalsambulanzen zur Krise des Sozialstaates hochstilisiert werden.

Die Einführung der Ambulanzgebühren ist ein Teil umfassender Bemühungen der Bundesregierung, des Gesetzgebers, der Sozialpartner und vieler verantwortlicher Mitarbeiter und Vertragspartner der Krankenversicherung zur finanziellen Konsolidierung der Krankenversicherung ohne allgemeine Beitragserhöhung. Diese umfassten beitragsseitige Maßnahmen (Mitversicherung, Zusatzpensionen), besondere solidarische Anstrengungen in der Bauernversicherung, Beiträge der Ärzte und des Pharmabereiches, erhebliche Verwaltungseinsparungen, Rezeptgebühren und vieles andere mehr.

Eine Versachlichung der gesundheitspolitischen Diskussion ist dringend erforderlich. Sie kann durch eine Evaluierung der Praxis erfolgen.

Die unterzeichneten Abgeordneten richten daher an den Bundesminister für soziale Sicherheit und Generationen nachstehende:

Anfrage

1. Wie hoch sind die bisher vorgeschriebenen Behandlungsbeiträge Ambulanz insgesamt?
2. Wie verteilt sich diese Summe auf die einzelnen Krankenversicherungsträger?
3. Wie viele Vorschreibungen sind insgesamt erfolgt?
4. Wie viele Vorschreibungen haben die einzelnen Krankenversicherungsträger versendet?
5. Welche Verwaltungskosten sind bis 31. 12. 2001 einschließlich einmaliger Anlauf- und Umstellungskosten bei den einzelnen Krankenversicherungsträgern entstanden?
6. Wie hoch werden - nach Abzug der einmaligen Anlauf- und Umstellungskosten - die laufenden Kosten der Krankenversicherungsträger geschätzt?
7. Welche gemeinsamen Lösungen im Sinne eines von der Verwaltungskostendeckelung gem. § 588 Abs. 14 ASVG ausgenommenen EDV-Standardproduktes haben die Krankenversicherungsträger eingeführt?
8. Haben die einzelnen Krankenversicherungsträger die Administration kostensparend so gestaltet, dass die Abläufe weitgehend automationsunterstützt ablaufen?
9. Welche Unterschiede ergeben sich jeweils hinsichtlich der Verwaltungskosten und der voraussichtlichen laufenden Kosten zwischen den einzelnen Krankenversicherungsträgern bezogen auf die vorgeschriebenen Summen?

10. Welche Unterschiede ergeben sich jeweils hinsichtlich der Verwaltungskosten und der voraussichtlichen laufenden Kosten zwischen den einzelnen Krankenversicherungsträgern bezogen auf die Anzahl der Vorschreibungen?

11. Aus welchen Gründen kommt es zu den Unterschieden entsprechend den beiden vorigen Fragen?

12. Welche Daten über die Inanspruchnahme von Ambulanzen werden den Krankenversicherungsträgern im Wege des Hauptverbandes von den Krankenanstalten zur Verfügung gestellt?

13. Welche Erfahrungen über die Qualität der Datensätze bezogen auf Bundesländer/bzw. KV-Träger können Sie dabei feststellen?

14. Insofern die Qualität der Datensätze Nachbearbeitungen erforderlich macht: wie wirkt sich das auf die Verwaltungskosten der KV-Träger aus?

15. Insofern aus diesem Grund oder aufgrund noch nicht ausgereifter EDV-Unterstützung bei der Einhebung zusätzliche Verwaltungskosten der KV-Träger entstehen: welche Maßnahmen werden ergriffen, um diesen Anlaufschwierigkeiten zu begegnen und die Verwaltungskosten zu senken?

16. Wie hoch ist die Anzahl der noch nicht bezahlten Vorschreibungen bei den einzelnen Krankenversicherungsträgern je Quartal insgesamt und bezogen auf die Anzahl der Vorschreibungen?

17. Wie hoch ist die aushaftende Summe der noch nicht bezahlten Vorschreibungen bei den einzelnen Krankenversicherungsträgern je Quartal insgesamt und bezogen auf die Anzahl der Vorschreibungen?

18. Welche Unterschiede ergeben sich hier zwischen den einzelnen Krankenversicherungsträgern?

19. Wie kann die Anzahl der noch nicht bezahlten Vorschreibungen begründet werden?

20. Welche Maßnahmen ergreifen die einzelnen Krankenversicherungsträger um aushaftende Vorschreibungen hereinzubringen?

21. Expecten Sie, dass die Einbringlichkeit der Vorschreibungen in der nächsten Zeit, wenn die verschiedenen Anlaufschwierigkeiten überwunden sind, noch verbessert werden kann, wenn ja, in welcher Weise?

22. Welche voraussichtlichen Kosten für die Einhebung des Behandlungsbeitrages-Ambulanz hat der Hauptverband im Frühjahr 2001 mitgeteilt und trifft es zu, dass Präsident Sallmutter damals gegenüber dem Bundesministerium keine besonderen Bedenken betreffend die Höhe der Verwaltungskosten oder betreffend allfällige Administrationsschwierigkeiten geäußert hat?

23. Der Hauptverband schreibt in der Zeitschrift "Soziale Sicherheit" Nr. 1/2001, also vor der 58. ASVG-Novelle (Hauptverbandsreform), in der Rubrik "Health System Watch", die Selbstbehalte wären in der Zeit von 1995 bis 1999 die am stärksten wachsende

Einnahmequelle der sozialen Krankenversicherung gewesen und um 69% gestiegen. Um welche Selbstbehalte und dgl. handelt es sich dabei im einzelnen und wie hoch ist die Summe der Einnahmen aus den einzelnen Selbstbehalten?

24. Welche Selbstbehalte wurden in der Zeit von 1970 bis 1995 eingeführt oder erhöht (einschließlich § 27a KAG)?

25. Welche Erfahrungen gibt es im österreichischen Gesundheitswesen und insbesondere in der sozialen Krankenversicherung mit Selbstbehalten (Abschaffung, Einführung, Änderung, Ausnahmegestimmungen) im Hinblick auf sogenannte Lenkungseffekte, also im Zusammenhang mit der mengenmäßigen Inanspruchnahme einer bestimmten Leistung?

26. Die einnahmenseitigen und die steuernden Effekte der Einführung des Behandlungsbeitrages-Ambulanz sollen nach einem repräsentativen Zeitraum evaluiert werden. Welche Beobachtungen und Schlussfolgerungen hinsichtlich der Steuerungseffekte können Sie bereits aufgrund der bisher vorliegenden Erfahrungen feststellen?

27. Wie hat sich die Anzahl der Ambulanzbesuche in den einzelnen Bundesländern und wie haben sich die Zuwachsraten der Inanspruchnahme von Spitalsambulanzen entwickelt?

28. Sind dabei unterschiedliche Entwicklungen in den einzelnen Bundesländern feststellbar, wenn ja, aus welchen Gründen?

29. Kann dabei ein Unterschied festgestellt werden zwischen Bezirken oder Gemeinden, in denen eine hohe (fach)ärztliche Versorgungsdichte besteht, und solchen, in denen das nicht der Fall ist, wenn ja, welcher?

30. Kann dabei ein Unterschied festgestellt werden zwischen Bezirken oder Gemeinden, in denen ein funktionierendes System ärztlicher Nacht-, Wochenend- oder Feiertagsdienste besteht, und solchen, in denen das nicht der Fall ist, wenn ja, welcher?

31. Sind unterschiedliche Entwicklungen feststellbar hinsichtlich der Ambulanzbesuche mit ärztlicher Überweisung und ohne Überweisung, wenn ja, welche?

32. Kann ein Unterschied im Vergleich zu früher etwa in der Anzahl der Wiederbestellungen zu Kontroll- oder Nachbehandlungszwecken festgestellt werden, wenn ja, welcher?

33. Kann eine unterschiedliche Entwicklung hinsichtlich beitragspflichtiger und aufgrund der Ausnahmegestimmungen nicht beitragspflichtiger Inanspruchnahme von Ambulanzen festgestellt werden, wenn ja, welcher?

34. Können Sie bereits feststellen, ob sich die Inanspruchnahme niedergelassener Ärzte verändert hat, wenn ja, in welchem Umfang und welche Kosten ergeben sich daraus für die KV-Träger?

35. Kommt aus Ihrer Sicht angesichts der zum Teil pauschalierten Quartalsabrechnung der Änderung der Inanspruchnahme niedergelassener Ärzte verlässliche Aussagekraft hinsichtlich eines Steuerungseffektes durch den Behandlungsbeitrag-Ambulanz zu?

36. Welche wichtige Aufgabe im Gesundheitswesen kommt den niedergelassenen Ärzten als "Erstuntersucher" im Zusammenhang mit der Entscheidung über die jeweils sinnvollste Behandlungsleistung zu?

37. Wie ist der Stand der Verhandlungen über einen Gesamtvertrag für die gleichzeitig mit dem Behandlungsbeitrag-Ambulanz gesetzlich ermöglichten Gruppenpraxen?

38. Welche Effekte erwarten Sie im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Spitalsambulanzen von der Ergänzung der extramuralen Versorgungsstruktur durch Gruppenpraxen?

39. Erwarten Sie, dass ein dichteres Netz der extramuralen ärztlichen Versorgung (Gruppenpraxen, ärztliche Wochendendienste und dgl.) zu geringerer Inanspruchnahme und damit letztlich zu Kosteneinsparungen in den Ambulanzen führen wird, sodass nach entsprechenden Strukturanpassungen auch die KV-Träger spätestens mit dem Auslaufen der Art. 15a-Vereinbarung über die Krankenanstaltenfinanzierung im Jahr 2004 entlastet werden können?

40. Welche Information der Versicherten über die Ausnahmebestimmungen zum Behandlungsbeitrag-Ambulanz halten Sie für sinnvoll oder notwendig?

41. Welche Auswirkungen auf die Verwaltungskosten der Krankenversicherungsträger erwarten Sie, wenn viele Versicherte dem unverantwortlichen Boykottaufruf mancher Politiker entsprechen, die Behandlungsbeiträge nicht bezahlen und eine bescheidmäßige Erledigung verlangen?

42. Falls durch die Boykottaufrufe und die Verunsicherung der Versicherten derartige Auswirkungen tatsächlich eintreten, könnte man daraus schließen, dass die Regelung an sich ungeeignet wäre, nur weil deshalb die Verwaltungskosten steigen, die Einhebung schwieriger und teurer wird und die Einnahmen (vorläufig) hinter den Erwartungen zurückbleiben?

43. Können die unvermeidlichen Anlaufkosten und -Schwierigkeiten für die Einhebung des Behandlungsbeitrages-Ambulanz als Argument dafür dienen, dass Aufwand und Ertrag außer jedem Verhältnis stehen, und diese Maßnahme daher an sich ungeeignet wäre?

44. Wie lange wird es nach Ihrer Einschätzung dauern, bis eine verlässliche Aussage über die Ertragskraft, die Steuerungswirkungen und die Verwaltungskosten überhaupt möglich wird?

45. In der Öffentlichkeit wird unter Berufung auf Studien behauptet, Ambulanzen wären sogar die kostengünstigere Versorgungsart als etwa Fachärzte, daher sei der unter anderem beabsichtigte Lenkungseffekt an sich sinnlos. Gründen sich derartige Aussagen auf ökonomisch und methodisch zuverlässige Untersuchungen und treffen die Schlussfolgerungen zu?

46. Wie lautet Ihre zusammenfassende Einschätzung der Wirkungen der Einführung des § 135a ASVG?