

II-10094 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen
des Nationalrates XVII. Gesetzgebungsperiode

REPUBLIK ÖSTERREICH

BUNDESMINISTERIUM
FÜR ARBEIT UND SOZIALES

Zl. 21.891/10-5/1990

1010 Wien, den 15. Februar 1990
Stubenring 1

Telefon (0222) 7500 71100

Telex 111145 oder 111780

DVR: 0017001

P.S.K.Kto.Nr. 5070.004

Auskunft

--

Klappe -- Durchwahl

4731 IAB

1990 -02- 19

zu 4794 13

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

der Anfrage der Abgeordneten Dr. Lanner und Kollegen an den Bundesminister für Arbeit und Soziales betreffend Kostenersatz der Wiener Gebietskrankenkasse.

Von den anfragenden Abgeordneten wird ausgeführt, die Wiener Gebietskrankenkasse teile Versicherten mit, daß "die Einlösung von Rezepten auf Kosten der Kasse nach den Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise innerhalb von 14 Tagen zu erfolgen hat" und verweigere bei einer späteren Einlösung dem Versicherten den tarifmäßigen Kostenersatz.

Die genannten Abgeordneten richten daher an den Bundesminister für Arbeit und Soziales die folgende Anfrage:

- 1) Auf welche gesetzliche Grundlage stützt sich die Vorgangsweise der Wiener Gebietskrankenkasse?
- 2) Wird diese Vorgangsweise auch von anderen Sozialversicherungsträgern gepflogen?

In Beantwortung dieser Anfrage beehre ich mich, folgendes mitzuteilen:

Zur Frage 1:

Zur Frage der gesetzlichen Grundlage für die Vorgangsweise der Wiener Gebietskrankenkasse schicke ich der vollständigen Information halber zunächst folgendes voraus:

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger hat gemäß § 31 Abs.3 Z.11 lit.a ASVG in Wahrnehmung öffentlicher Interessen vom Gesichtspunkt des Sozialversicherungsrechtes und der wirtschaftlichen Tragfähigkeit Richtlinien über die ökonomische Verschreibeweise von Heilmitteln und Heilbehelfen aufzustellen; in diesen Richtlinien soll insbesondere auch unter Bedachtnahme auf die Art und Dauer der Erkrankung bestimmt werden, inwieweit Arzneyspezialitäten für Rechnung der Sozialversicherungsträger abgegeben werden können; durch die Richtlinien darf der Heilzweck nicht gefährdet werden.

Diesem Gesetzesauftrag folgend hat der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger entsprechende Richtlinien aufgestellt, die zufolge § 31 Abs.5 ASVG für die im Hauptverband zusammengefaßten Versicherungsträger verbindlich sind.

Die Träger der Krankenversicherung haben entsprechend den Bestimmungen des Abschnittes VII des Achten Teiles des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes eine Satzung und eine Krankenordnung aufzustellen, wobei letztere insbesondere das Verhalten der Versicherten und der Leistungsempfänger im Leistungsfall, das Verfahren bei Inanspruchnahme von Leistungen der Krankenversicherung und die Überwachung der Kranken zu regeln hat.

Die Wiener Gebietskrankenkasse hat zur gegenständlichen Frage wie folgt Stellung genommen:

- 3 -

"§ 131 Abs.1, 1.Satz, ASVG lautet:

"Nimmt der Anspruchsberechtigte nicht die Vertragspartner (§ 338) oder die eigenen Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) des Versicherungsträgers zur Erbringung der Sachleistungen der Krankenbehandlung (ärztliche Hilfe, Heilmittel, Heilbehelfe) in Anspruch, so gebührt ihm der Ersatz der Kosten einer anderweitigen Krankenbehandlung in der Höhe des Betrages, der bei Inanspruchnahme der entsprechenden Vertragspartner des Versicherungsträgers von diesem aufzuwenden gewesen wäre."

Z.30, 1.Satz, der Richtlinien des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger über die ökonomische Verschreibweise von Arznei- und Heilmitteln sowie Heilbehelfen gemäß § 31 Abs.3 Z.11 ASVG statuiert:

"Die Kosten ärztlicher Verordnungen werden vom Versicherungsträger, soweit nicht Ziffer 31 zu beachten ist, nur übernommen, wenn die Expedition innerhalb von 14 Tagen ab dem Verordnungstag erfolgt."

Weiters normiert der § 29 Abs.2, 1.Satz, der Satzung der Wiener Gebietskrankenkasse:

"Verordnungen von Wahlärzten (Wahleinrichtungen) werden, wenn die Anspruchsberechtigung gegeben ist und die Verschreibung den Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise von Arznei- und Heilmitteln sowie Heilbehelfen entspricht, auf Antrag mit dem Betrag vergütet, der von der Kasse bei einer Verordnung durch einen Vertragsarzt zu zahlen gewesen wäre."

Darüber hinaus bestimmt Z.30 Abs.5, 1.Satz der an die Versicherten der Kasse gerichteten Krankenordnung:

- 4 -

"Das von einem Vertragsarzt oder einer eigenen Einrichtung ausgestellte Rezept verliert seine Gültigkeit, wenn es nicht innerhalb von 14 Tagen nach dem Ausstellungstag eingelöst wird."

Z.45 Abs.5 der Krankenordnung ergänzt:

"Im übrigen gelten bei Inanspruchnahme der Wahlarzthilfe bezüglich der allgemeinen Verhaltensmaßregeln die Bestimmungen der Krankenordnung sinngemäß."

Aus all diesen im Zusammenhang zu lesenden gesetzlichen Bestimmungen ergibt sich die Verpflichtung der Kasse im Sinne der von Abgeordneten Dr.Lanner und Kollegen dargestellten Vorgangsweise. Die Nichtbeachtung würde zu einer unbilligen Besserstellung von Wahlarztrezepten gegenüber Kassenrezepten führen."

Erläuternd zu dem von der Wiener Gebietskrankenkasse in dieser Stellungnahme erwähnten Punkt 30 der Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen hat der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, der im Hinblick auf seine eingangs dargelegte Richtlinienkompetenz in dieser Angelegenheit ebenfalls befaßt wurde, folgendes ausgeführt:

"Im Punkt 30 der gegenwärtig in Geltung stehenden Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise von Arznei- und Heilmitteln sowie Heilbehelfen wird bestimmt, daß die Kosten ärztlicher Verordnungen vom Versicherungsträger nur übernommen werden, wenn die Expedition innerhalb von 14 Tagen ab dem Verordnungstag erfolgt. In gleicher Weise bestimmt auch § 14 Abs.1 der neuen Richtlinien des Hauptverbandes (RöV 1990, in Aussicht genommener Wirksamkeitsbeginn: 1.Juli 1990), daß die Kosten für ärztliche Verschreibungen auf Krankenkassenrezepten vom Krankenversi-

- 5 -

cherungsträger nur übernommen werden dürfen, wenn das Heilmittel spätestens 14 Tage nach dem Ausstellungstag abgegeben wurde.

Die Kostenübernahme für Heilmittel stellt - zusammen mit der ärztlichen Hilfe - einen wesentlichen Teil der vom Krankenversicherungsträger aus dem Versicherungsfall der Krankheit zu leistenden Krankenbehandlung dar. Im § 133 Abs.2 ASVG ist der Grundsatz festgelegt, daß die Krankenbehandlung ausreichend und zweckmäßig sein muß, das Maß des Notwendigen jedoch nicht überschreiten darf. Verordnet ein Vertragsarzt einem Patienten ein Heilmittel, so kann dies sinnvollerweise nur zur Behandlung einer gegenwärtigen, nicht etwa einer künftigen Krankheit des betreffenden Patienten dienen. Besorgt der Patient das ihm verordnete Heilmittel erst längere Zeit, nachdem es ihm vom Arzt verschrieben worden ist, so erscheint dies für die Behandlung der Krankheit kaum zweckmäßig, und es kann auch bezweifelt werden, ob das Heilmittel dann überhaupt noch notwendig ist. Durch die Festlegung einer Frist von 14 Tagen ist nach Ansicht des Hauptverbandes ohnedies ein bei weitem ausreichender Spielraum gegeben, um eine Kostenübernahme durch den Krankenversicherungsträger auch dann zu gewährleisten, wenn der Versicherte (bzw. Angehörige des Versicherten) das Heilmittel nicht sogleich in der Apotheke besorgt."

Zur Frage 2:

Eine entsprechende Rundfrage hat ergeben, daß die Vorgangsweise der Wiener Gebietskrankenkasse nach Maßgabe der jeweiligen Krankenordnung - allenfalls mit geringen Abweichungen - von fast allen anderen Trägern der Krankenversicherung gepflogen wird.

Was nun solche Abweichungen anbelangt, so hat zum Beispiel die Betriebskrankenkasse der VOEST-ALPINE Stahl Donawitz

- 6 -

Ges.m.b.H. dazu mitgeteilt, es komme in ihrem Bereiche nur vereinzelt vor, daß die Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise nicht eingehalten werden. Im Hinblick auf die Geringfügigkeit dieser Fälle werde ein Kostenersatz nicht abgelehnt.

Die Betriebskrankenkasse der Semperit AG teilte mit, daß in ihrem Bereich die Einlösungsfrist laut Krankenordnung 20 Tage ab dem Ausstellungstag betrage.

Die Tiroler Gebietskrankenkasse führte aus, sie gewähre in medizinisch begründeten Fällen nach chef(kontroll)ärztlicher Bewilligung den Versicherten (Angehörigen) auch bei verspätet eingelösten Rezepten einen Kostenersatz.

Die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft übermittelte schließlich die folgende Stellungnahme:

"Vorweg erlaubt sich die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft darauf hinzuweisen, daß ihre Vorgangsweise auf der Grundlage des § 85 Abs.2 lit.b GSVG beruht, wofür es im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz kein Pendant gibt, so daß ein Vergleich mit einem nach dem ASVG errichteten Krankenversicherungsträger von vornherein problematisch erscheint.

Gemäß § 85 Abs.2 lit.b GSVG leistet die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft für mit Privatrezept bezogene Heilmittel Kostenersätze im Ausmaß von 80 v.H. der Kosten nach der für Privatbezieher geltenden Arzntaxe abzüglich der Rezeptgebühr.

Privatrezepte können auch auf Kassenformular ausgefertigte Verordnungen sein, welche vom Patienten innerhalb der im § 4 Abs.1 des Rezeptpflichtgesetzes bestimmten Gültigkeitsdauer gegen Barzahlung in Apotheken bezogen werden.

- 7 -

Aufgrund dieser Rechtsgrundlage leistet die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft auch dann Kostenersätze im vorangeführten Ausmaß, wenn Privatrezepte erst nach Ablauf der nach den Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise normierten Einlösefrist von 14 Tagen bezogen werden."

Der Bundesminister:

