

5594/AB XX.GP

Beantwortung

der parlamentarischen Anfrage der Abgeordneten Haller, Mag. Haupt, und Kollegen  
betreffend Behandlungskosten ausländischer Patienten  
(Nr. 5985/J)

Zu den einzelnen Punkten der aus der beiliegenden Ablichtung ersichtlichen parlamentarischen Anfrage teile ich unter Berücksichtigung einer Stellungnahme des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger folgendes mit:

Zu Frage 1:

Die in dem Artikel der Tiroler Tageszeitung vom 11. 1. 1999 „Spitäler warten auf 200 Mio. S“ angesprochene Problematik ist nur bei einer Berücksichtigung der Rechtsentwicklung hinsichtlich der zwischenstaatlichen Verrechnung bei Behandlung ausländischer Patienten in einer österreichischen Krankenanstalt verständlich. Zur Beantwortung der ersten Frage ist daher eine etwas ausführlichere Darstellung dieser Entwicklung erforderlich.

Nach der maßgebenden zwischenstaatlichen Rechtslage auf Grund der von Österreich geschlossenen bilateralen Abkommen über soziale Sicherheit sowie der ab 1. 1. 1994 (für die EWR - Staaten) maßgebenden Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 haben die in den betroffenen Staaten in der Krankenversicherung versicherten Personen - unter den jeweils vorgesehenen Bedingungen - Anspruch auf Behandlung wie die in Österreich versicherten Personen. Diese Leistungen hat der jeweilige Träger des Aufenthalts - oder Wohnortes zu erbringen, wobei sich die Gleichstellung mit den österreichischen Versicherten auch auf die von diesem Träger an die jeweiligen Leistungserbringer zu refundierenden Tarife bezieht. Anders ausgedrückt, darf der „aushelfende“ Träger des Wohn - oder Aufenthaltsstaates dem ausländischen zuständigen Träger keine höheren Tarife in Rechnung stellen, als er bei der entsprechenden Behandlung seiner eigenen Versicherten selbst zu zahlen gehabt hätte.

Bis zum Inkrafttreten der österreichischen Krankenanstaltenreform mit 1. 1. 1997 waren ausschließlich die österreichischen Gebietskrankenkassen „aushelfende“ österreichische Träger, da die Krankenanstalten, so wie auch die anderen Leistungserbringer (wie zB die Ärzte mit Kassenverträgen) die Behandlungskosten im Einzelfall mit der jeweiligen Gebietskrankenkasse abrechneten. Im Hinblick auf diese Rechtslage erhielten die österreichischen Krankenanstalten auch bei der Behandlung ausländischer Versicherter von der „aushelfenden“ Gebietskrankenkasse nur die jeweils maßgebenden Pflegegebührenersätze (erhöht um den dem Aufwand der Sozialversicherung am KRAZAF entsprechenden Anteil) erstattet. Jenen Anteil der Behandlungskosten, der dadurch nicht gedeckt war, mußte wie bei den österreichischen Versicherten insbesondere der jeweilige Spitalerhalter selbst tragen (Betriebsabgang), da auf Grund der zwischenstaatlichen Grundsätze (Verrechenbarkeit ausschließlich der dem aushelfenden Träger erwachsenden Kosten) eine Abwälzung der nicht von den Gebietskrankenkassen (im weitesten Sinn) erstatteten Kosten auf den zuständigen ausländischen Träger eben nicht möglich war.

Diese Situation wurde von den österreichischen Krankenanstaltenerhaltern, insbesondere den Bundesländern, in der Vergangenheit stets vehement kritisiert. Zur Verdeutlichung des Nachteils der österreichischen Krankenanstaltenerhalter auf Grund dieser Rechtslage kann eine durchgeführte Modellberechnung betreffend die durchschnittlichen jährlichen österreichischen Behandlungskosten (hinsichtlich aller Leistungserbringer) für die Anwendung der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 herangezogen werden (die Daten betreffen das Jahr 1993, wobei zunächst die Behandlungskosten unter Außerachtlassung des Betriebsabganges und anschließend unter Hinzurechnung dieser Kosten angeführt werden):

Familienangehörige eines Arbeitnehmers:	ATS 12.836	ATS 17.635
Pensionistenfamilie	ATS 25.490	ATS 41.277

Im Lichte dieser Ausgangslage war es auch eines der erklärten Ziele der Krankenanstaltenreform, eine Lösung dieses Problems zu finden. Durch die Einrichtung der Landesfonds in den einzelnen Bundesländern konnte nunmehr für Verrechnungsfälle ab 1. 1. 1997 erreicht werden, daß auch diese Fonds in zwischenstaatlichen Fällen als „aushelfender“ österreichischer Träger gelten und daher alle von diesen für die Behandlung österreichischer Versicherter an die jeweilige Krankenanstalt refundierten Kosten auch den zuständigen ausländischen Trägern in Rechnung stellen können. Bei dieser Lösung handelte es sich somit ausschließlich um eine im Interesse der Bundesländer gelegene Konstruktionsänderung, die die Hereinbringung von wesentlich höheren Beträgen für die Behandlung ausländischer Patienten als bisher ermöglicht. Allerdings war mit dieser von den Bundesländern angestrebten Lösung automatisch auch eine Übernahme des Risikos hinsichtlich der „Zahlungsmoral“ der jeweiligen ausländischen Versicherungsträger verbunden. Der Hauptverband

weist in diesem Zusammenhang darauf hin, daß durch die Möglichkeit der Verrechnung der Echkosten an Stelle der Pflegegebührenersätze in einigen Fällen ein bis zu zehnmal höherer Betrag den zuständigen ausländischen Trägern verrechnet werden kann und daß die auf Grund der längeren Erstattungsfristen entstehenden Zinsverluste bzw. Zinsen für eventuelle Finanzierungskredite auf Grund dieser Mehreinnahmen jedenfalls kompensiert werden. Auf diese Besserstellung der Länder wird im übrigen auch von einigen Landesfonds selbst hingewiesen!

Die konkrete Ausgestaltung der Beziehung zwischen dem jeweiligen Landesfonds sowie den einzelnen Krankenanstalten liegt aber in der Zuständigkeit und Verantwortlichkeit der Bundesländer. So haben sich nach meiner Kenntnis einige Bundesländer entschieden, weiterhin nicht alle den Echkosten einer Behandlung entsprechenden Kosten über den jeweiligen Landesfonds abzurechnen, sodaß auch bei ausländischen Patienten nicht die Gesamtkosten im Wege der Kostenerstattung hereingebracht werden können. Andere Bundesländer wiederum haben das Kostenrisiko intern der jeweiligen Krankenanstalt übertragen, sodaß diese und nicht der jeweilige Landesfonds, der zweifellos mehr finanziellen Spielraum hätte, die Behandlung der ausländischen Patienten vorfinanzieren muß.

Nach diesen einleitenden grundsätzlichen Ausführungen müssen noch einige Details betreffend die zwischenstaatliche Verrechnung der von den Landesfonds für ausländische Patienten aufgewendeten Kosten angeführt werden. Die Erstattung der von den Landesfonds aufgewendeten Beträge sind entsprechend dem im zwischenstaatlichen Recht vorgesehenen Erstattungsverfahren gegenüber den zuständigen ausländischen Trägern im Wege der örtlich in Betracht kommenden Gebietskrankenkasse geltend zu machen, um eine einheitliche österreichische Abrechnungspraxis sicherzustellen. Als besonderes Entgegenkommen gegenüber den Bundesländern wurde ergänzend in Fällen einer pauschalen Kostenerstattung (wegen des sehr langwierigen Erstattungsverfahrens) vorgesehen, daß die Gebietskrankenkassen den Landesfonds die diesen erwachsenden Kosten mit Ende des Jahres der Geltendmachung zu erstatten haben. Dies gilt natürlich auch für Fälle eines Erstattungsverzichtes.

Mit dem 2. Sozialrechts - Änderungsgesetzes 1996, wurde ergänzend festgelegt, daß die Gebietskrankenkassen die Forderungen der Landesfonds in den restlichen Fällen (somit in den Fällen der Kostenerstattung auf der Basis der Echkosten) wie entsprechende eigene zwischenstaatliche Forderungen weiterreichen und den Landesfonds die von den zuständigen ausländischen Trägern erstatteten Kosten überweisen, sobald diese bei ihnen eingelangt sind.

Gemäß der Verordnung (EWG) Nr. 574/72 zur Durchführung der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 sind in diesen Fällen die entstandenen Kosten für jedes Kalenderhalbjahr im folgenden Kalenderhalbjahr zu erstatten. Darüber hinaus hat in diesem Zusammenhang die Verwaltungskommission (der EG) für die soziale Sicherheit der Wanderarbeitnehmer die Empfehlung Nr. 20 vom 31. Mai 1996 beschlossen, die eine Beschleunigung bei der Einreichung und Bereinigung gegenseitiger Forderungen zum Ziel hat. Bedauerlicherweise halten sich aber nicht alle Mitgliedstaaten an diese Empfehlung.

Ferner ist noch darauf hinzuweisen, daß in erster Linie auf Grund der bis Mitte des Jahres 1998 ungeklärten Situation bei der Geltendmachung der Mehrwertsteuer (zur Klärung dieser Frage war eine mit den Bundesländern akkordierte Änderung des Gesundheits- und Sozialbereich - Beihilfengesetzes erforderlich) eine Verrechnung der Kosten für Krankenhausbehandlungen bis zum vorerwähnten Zeitpunkt nicht möglich war. Es ist aus meiner Sicht daher davon auszugehen, daß jetzt die Verrechnung auch der Behandlungskosten in österreichischen Krankenanstalten nach dem vorgesehenen Verfahren ungehindert durchgeführt werden kann, sodaß laufend Rückflüsse an Kostenerstattungen auch an die einzelnen Landesfonds und damit an die einzelnen Krankenanstalten zu erwarten sind. Die im gegenständlichen Zeitungsartikel angesprochene Situation dürfte sich daher in nächster Zukunft wesentlich entspannen.

#### Zu den Fragen 2 und 3:

Dazu ist einleitend festzuhalten, daß die Kostenforderungen vom jeweils zuständigen ausländischen Träger zu überprüfen sind, woraus eine gewisse Verfahrensdauer resultiert. In der Anlage befindet sich die vom Hauptverband übermittelte Aufstellung, aus der der jeweilige Zeitraum zwischen Forderung und Erstattung gegenüber der Bundesrepublik Deutschland ersichtlich ist. Zu diesen Forderungen im Gesamtbetrag von ca. ATS 229 Mio., von denen in der Zwischenzeit ca. ATS 54 Mio. erstattet wurden, sind weitere ca. ATS 48 Mio. im Verhältnis zu anderen EU - Mitgliedstaaten, EWR - Staaten bzw. Vertragsstaaten hinzuzurechnen. Im Hinblick darauf, daß im Artikel der Tiroler Tageszeitung auch die Niederlande angeführt sind, soll nicht unerwähnt bleiben, daß die offenen Forderungen der Landesfonds an die niederländischen Träger derzeit ATS 12,197.385,05 (Tirol: ATS 8,057.766,70) betragen. Eine weitere Aufteilung auf die einzelnen EWR - Staaten bzw. EU - Mitgliedstaaten oder Vertragsstaaten war aus zeitlichen Gründen leider nicht möglich. In diesem Zusammenhang soll auch nicht unerwähnt bleiben, daß im Verhältnis zu anderen EU - Mitgliedstaaten, EWR - Staaten oder Vertragsstaaten die Erstattungsfristen bedeutend länger als im Verhältnis zur Bundesrepublik Deutschland sind.

Die Tiroler Gebietskrankenkasse hat in ihrer Stellungnahme an den Hauptverband aber auch darauf hingewiesen, daß die Forderungen des Tiroler Landesfonds, die das zweite Halbjahr 1997 betrafen, erst Mitte 1998 eingelangt sind. Die für das erste Halbjahr 1997 übermittelten Forderungen konnten auf Grund von EDV - technischen Problemen beim Tiroler Landesfonds nicht ausgewertet werden. Auch die für das zweite Halbjahr gelieferten Rechnungen des Tiroler Landesfonds mußten - ebenso wie die Ende des Jahres 1998 neuerlich vorgelegten Rechnungen für das erste Halbjahr 1997 - von der Tiroler Gebietskrankenkasse manuell umgesetzt und die entsprechenden Formblätter E 125 händisch erstellt werden. Da beim Tiroler Landesfonds im EDV - Bereich noch immer Probleme bestehen, hat die Tiroler Gebietskrankenkasse noch keine Kostenforderungen für das Jahr 1998 erhalten und daher für dieses Jahr auch noch keine Erstattungsforderungen an die zuständigen ausländischen Träger weiterleiten können. Daraus wird ersichtlich, daß die für Tirol angesprochenen Probleme möglicherweise nur für dieses Bundesland in diesem Ausmaß zutreffen und den Bund dafür jedenfalls kein Verschulden trifft.

Gleichzeitig weist der Hauptverband aber darauf hin, daß jener Zeitraum, der zwischen dem Ende der Krankenhausbehandlung und dem Einlangen der jeweiligen Kostenrechnungen in der österreichischen Verbindungsstelle liegt, nicht bekannt ist, weil darüber keine Aufzeichnungen existieren. Diese Zeiträume sind aber von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich lang und können auch nachträglich nicht mehr nachvollzogen werden. Grundsätzlich werden von den Gebietskrankenkassen - wie auch vor Einführung der neuen Krankenanstaltenfinanzierung - die Kostenrechnungen einmal im Quartal dem Hauptverband übermittelt. Ebenso liegen keine Informationen über die Überweisungsdauer der erstatteten Beträge von den Gebietskrankenkassen an die Landesfonds und in weiterer Folge von den Landesfonds an die einzelnen Krankenhäuser vor.

Zu Frage 4:

Da die Forderungen der ausländischen Träger alle Kosten für aushilfsweise gewährte Sachleistungen enthalten und die Aufwendungen für Krankenhausbehandlungen nicht gesondert in Rechnung gestellt werden, ist eine gesonderte Stellungnahme nicht möglich. Es ist jedoch festzuhalten, daß die Kostenforderungen ausländischer Träger grundsätzlich innerhalb von 6 bis 8 Monaten nach dem Einlangen beim Hauptverband erstattet werden, sofern nicht als „Retorsionsmaßnahme“ auch von der österreichischen Seite länger Zahlungsfristen gewählt werden müssen.

Zu Frage 5:

Österreich hat bereits bisher anlässlich von Verbindungsstellenbesprechungen und den in Betracht kommenden Sitzungen in Brüssel auf die aus der Sicht Österreichs zu lange Erstattungsdauer (insbesondere im Verhältnis zu bestimmten Mitgliedstaaten) hingewiesen und die Vertreter der Vertragsstaaten bzw. EU - Mitgliedstaaten sowie der EWR - Staaten aufgefordert, die zuständigen Träger zu einer rascheren Kostenerstattung zu veranlassen. Wie ich aber bereits in meiner Beantwortung der ersten Frage klargemacht habe, liegt es auch in der Zuständigkeit der einzelnen Bundesländer, daß durch die Wahl der internen Kostenerstattungsstruktur zu große Belastungen für einzelne Krankenanstalten vermieden werden.

Zu Frage 6:

Im Lichte der vorhergehenden Ausführungen, mit denen ich insbesondere betont habe, daß es sich bei den hinsichtlich der Krankenanstalten aufgetretenen Problemen zum einen um rein innerösterreichische Fragen betreffend die Wahl der jeweiligen Organisationsform sowie betreffend die Verrechnung der Mehrwertsteuer sowie zum anderen weitestgehend um ein Übergangsproblem handelt, das hoffentlich in nächster Zukunft entschärft werden wird, sehe ich keine Möglichkeit, diese Fragen auf Europäischer Ebene anzusprechen. Vielmehr könnte eine entsprechende Initiative aus meiner Sicht die Gefahr mit sich bringen, daß von einigen Mitgliedstaaten die österreichische Auffassung, daß nunmehr sämtliche Kosten der Krankenanstaltenpflege verrechnet werden können, insgesamt in Frage gestellt wird.