

1241/AB XXI.GP
Eingelangt am: 17.11.2000
BM f. soziale Sicherheit und Generationen

Sehr geehrter Herr Präsident!

Ich beantworte die an meine Amtsvorgängerin gerichtete schriftliche parlamentarische Anfrage der Abgeordneten **Helmut Dietachmayer und Genossen betreffend Kieferorthopädie1 Nr. 1247/J**, wie folgt:

Zunächst ist ganz grundsätzlich auf Folgendes hinzuweisen:

Die Absicherung und Weiterentwicklung des österreichischen Sozialsystems ist eine vordringliche Aufgabe für die neue Bundesregierung. Jeder, der Sozialleistungen braucht, soll diese ausreichend, sicher und schnell erhalten. Innerhalb unseres bewährten Sozialsystems gilt es, eine verbesserte Aufgabenteilung zwischen Staat und Privat zu finden. Die Bundesregierung will neben dem Wohlfahrtsstaat eine leistungsstarke und lebendige Wohlfahrtsgesellschaft etablieren.

Für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung hat die Bundesregierung am 14. April 2000 den Krankenkassen im Rahmen ihrer Selbstverwaltung einen Sanierungsaufrag mit folgenden Grundsätzen erteilt:

- keine Einschränkung medizinischer Leistungen,
- keine Anhebung der Krankenversicherungsbeiträge,
- kein Selbstbehalt bei niedergelassenen Ärzten.

Stattdessen:

- Kürzungen im Verwaltungsaufwand,
- Dämpfung der Arzneimittelkosten,
- Lenkungsmaßnahmen mit dem Ziel, die Patienten in verstärktem Ausmaß bei niedergelassenen Ärzten zu versorgen und damit die Frequenz in Spitalsambulanzen zu reduzieren.

Zur Umsetzung dieses Vorhabens enthält das am 5. Juli 2000 vom Nationalrat beschlossene Sozialrechts - Änderungsgesetz 2000 folgende Einzelmaßnahmen:

- Anhebung der Rezeptgebühr auf 55 S,
- Einsparungen bei den über die gesetzlichen Mindestleistungen hinausgehenden satzungsmäßigen Mehrleistungen,
- Einführung eines 20%igen Selbstbehaltes bei Vertragsabschluss Psycho - therapie,
- Aufhebung des Sonderwochengeldes im B-KUVG;
- Einrichtung eines versicherungsträgerübergreifenden Controllings im Haupt - verband der österreichischen Sozialversicherungsträger;
- Stärkung des Kostenbewusstseins der Versicherten (Pflicht der Krankenver - sicherungsträger, die Versicherten jährlich über die für sie und ihre Angehö - rigen erbrachten Sachleistungen zu informieren);
- Behandlungsbeiträge für ambulante Spitalsbehandlung;
- Einfrieren des Verwaltungsaufwandes, wobei jedoch die zukunftsorientierten Projekte der flächendeckenden Einführung der Sozialversicherungs - Chip - karten und der Fortentwicklung der EDV samt Implementierung der Stan - dardprodukte nicht gefährdet werden dürfen.

Hinsichtlich des in der gegenständlichen parlamentarischen Anfrage konkret ange - sprochenen Behandlungsbeitrages für ambulante Spitalsbehandlung ist darauf hin - zuweisen, dass auch diese Regelung durchaus moderat und sozial ausgewogen gestaltet wurde, sodass kein Versicherter ungebührlich in Anspruch genommen wird.

So sind beispielsweise medizinische Notfälle, sozial schutzbedürftige Personen und Leistungen anlässlich des Versicherungsfalles der Mutterschaft schon von vornher - ein vom Behandlungsbeitrag ausgenommen. Ausgenommen sind aber auch jene Behandlungen in Ambulanzen, bei denen Untersuchungs - und Behandlungsmetho - den erforderlich sind, die außerhalb der Krankenanstalt (bzw. der eigenen Einrich - tung eines Sozialversicherungsträgers) nicht in geeigneter Weise oder nur unzurei - chend zur Verfügung stehen.

Grundsätzlich erhält die Einführung eines Behandlungsbeitrages ihre Berechtigung aber wohl schon aus Gründen des damit verbundenen Steuerungseffektes. Damit soll jedenfalls die Überlastung in den Ambulanzen zurückgedrängt und diese für sta - tionäre Patienten sowie für jene, die auf einen Ambulanzbesuch angewiesen sind, freigehalten werden.

Zu den einzelnen Fragen wäre Folgendes festzuhalten:

Frage 1:

Zunächst darf hier auf die auch von den anfragenden Abgeordneten bereits zitierte Beantwortung der diesbezüglichen parlamentarischen Anfrage Nr. 334/J vom 9.2.2000 verwiesen werden. In Ergänzung dazu hat der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger mitgeteilt, dass sehr wohl von Seiten des Hauptverbandes geplant ist, weitere Gespräche mit der Bundeskunst der Zahnärzte zu führen, die das Ziel verfolgen, methodenunabhängig die Kieferorthopädie in den Vertragsbereich einzubinden. Die damit verbundenen finanziellen Vorstellungen der Zahnärzteschaft seien allerdings derzeit nicht abschätzbar, weshalb auch noch nicht vorausgesagt werden könne, wann mit einem Ergebnis dieser Verhandlungen gerechnet werden könne.

Frage 2:

Ergänzend zu den Ausführungen zu Frage 1 wäre im vorliegenden Zusammenhang vor allem darauf hinzuweisen, dass der Abschluss bzw. die Verhandlungen zum Abschluss eines Vertrages zwischen dem zuständigen Versicherungsträger bzw. dem Hauptverband und der jeweils in Frage kommenden Ärztekammer in den privatautonomen Gestaltungsbereich der vom Gesetzgeber als Selbstverwaltungskörper ausgestalteten Versicherungsträger fällt und eine Einflussnahme darauf durch den Bundesminister für soziale Sicherheit und Generationen auch im Rahmen seines Aufsichtsrechts grundsätzlich nicht möglich ist.

Es ist mir bekannt, dass Kieferregulierungen vor allem für Familien mit mehreren Kindern hohe Kosten bedeuten. Um diese Belastungen für Familien tragbar zu machen, ist es mir ein großes Anliegen, die für die entsprechende Altersgruppe international betrachtet großzügige Familienförderung im bestehenden Ausmaß mit Alters- und Mehrkindstaffel zu erhalten.

Wie ebenfalls bereits in der Stellungnahme zur parlamentarischen Anfrage Nr. 334/J vom 9.2.2000 ausgeführt, ist darauf hinzuweisen, dass Restkosten, die im Zusammenhang mit der Kieferregulierung anfallen, in besonders berücksichtigungswürdigen Fällen, insbesondere in Berücksichtigung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse der zu Unterstützenden, aus dem Unterstützungsfonds des jeweiligen Versicherungsträgers übernommen werden können. Nach meinem Wissensstand wird von den Krankenversicherungsträgern von dieser Möglichkeit in Einzelfällen durchaus Gebrauch gemacht.

Frage 3:

Soferne eine ärztliche Überweisung vorliegt, beträgt der Behandlungsbeitrag - Ambulanz nicht 250,-- Schilling sondern 150,-- Schilling pro Ambulanzbesuch, wobei die -ser Behandlungsbeitrag pro Versichertem (Angehörigem) 1.000,-- Schilling im Kalenderjahr nicht übersteigen darf.

Wie sich aus den einleitenden Ausführungen ergibt, besteht bereits derzeit ein Reihe von Ausnahmen von der Pflicht zur Entrichtung eines Behandlungsbeitrages. Diese Regelung wurde also durchaus moderat und sozial ausgewogen gestaltet, wobei darauf Bedacht genommen wurde, dass kein Versicherter ungebührlich in Anspruch genommen wird. Sollte sich herausstellen, dass dieses Ziel in Einzelfällen trotz der vom Gesetzgeber getroffenen Vorkehrungen nicht zur Gänze erreicht werden kann und es da oder dort zu unzumutbaren Härten kommt, besteht jedoch durchaus Gesprächsbereitschaft hinsichtlich weiterer Adaptionen.

Von Personen, die von der Rezeptgebühr befreit sind, darf der Behandlungsbeitrag auf Grund der beschlossenen Regelung nicht eingehoben werden.

Fragen 4 bis 7:

Nein, es ist nicht meine Absicht Zahnambulanzen „auszuschalten“. Derzeit werden die Auswirkungen der Einführung des Behandlungsbeitrages auf die Kassenambulanzen in meinem Ressort im Zusammenwirken mit den betroffenen Krankenkassen genau geprüft.

Zum derzeitigen Zeitpunkt scheint eine seriöse Aussage darüber, ob es tatsächlich auf Grund der Einführung eines Behandlungsbeitrages zur Notwendigkeit der Schließung einzelner Zahnambulanzen kommen wird, nicht möglich.

Zunächst stellt sich hier nämlich die Frage, in wie vielen Fällen der Inanspruchnahme einer Zahnbehandlung in einer Zahnambulanz es tatsächlich zur Einhebung eines Behandlungsbeitrages kommen bzw. in welchen Fällen allenfalls eine der geschilderten Ausnahmemöglichkeiten greifen wird. Erst danach wird sich zeigen, wie viele der vom Behandlungsbeitrag wirklich Betroffenen tatsächlich auf Grund der Einhebung des Behandlungsbeitrages von den Zahnambulanzen zu den niedergelassenen Zahnärzten abwandern.

Hinsichtlich der Frage nach den Maßnahmen zum Ausgleich der Mehrbelastung der Menschen (Frage 6) verweise ich auf die Absätze 2 und 3 meiner Beantwortung zu Frage 2.

Frage 8:

Die Setzung von personellen Maßnahmen zur Anpassung an geänderte Rahmenbedingungen liegt im alleinigen Verantwortungsbereich des jeweiligen Versicherungsträgers. Eine direkte Einflussmöglichkeit darauf kommt dem Bundesminister für soziale Sicherheit und Generationen nicht zu.

Frage 9:

Durch die Einführung des Behandlungsbeitrages - Ambulanz werden Einnahmen von rund einer Milliarde Schilling jährlich erwartet.

Die Verwaltungskosten sollen durch den gesetzlich vorgeschriebenen elektronischen Datenfluss zwischen den Krankenanstalten und den Krankenversicherungsträgern und dadurch, dass die Einhebung des Behandlungsbeitrages nur einmal pro Jahr zu erfolgen hat, gering gehalten werden. Doch ist zur Frage der Höhe der durch die Einhebung entstehenden Verwaltungskosten festzuhalten, dass es dazu keine gesicherten Berechnungen gibt.