

2885/AB XXI.GP

Eingelangt am: 03.12.2001

BUNDESMINISTERIUM FÜR SOZIALE SICHERHEIT UND GENERATIONEN

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische Anfrage der Abgeordneten **Dr. Cap, Dr. Krauter und Genossinnen betreffend skandalöse Inseratenkampagne mit Steuergeldern, Nr. 2910/J**, wie folgt:

Frage 1:

Mein Bestreben war es, die Öffentlichkeit objektiv zum Behandlungsbeitrag-Ambulanz zu informieren. Da gerade zu dieser wichtigen gesundheitspolitischen Maßnahme seitens der Opposition viele unwahre Behauptungen getätigt wurden, schien es mir angebracht, den Sinn und den Inhalt des Behandlungsbeitrags-Ambulanz der breiten Öffentlichkeit darzulegen. Außerdem war es im Sinne einer fairen Beurteilung der Gesundheitspolitik der jetzigen Bundesregierung notwendig, im Zusammenhang mit dem Behandlungsbeitrag-Ambulanz auf die ungleich größere Zahl an Selbstbehalten hinzuweisen, die durch sozialdemokratisch geführte Regierungen eingeführt worden sind.

Fragen 2, 3 und 4:

Die Agenturen

- Schmied & Schmied
- Madison Werbeagentur sowie
- Media Connection Austria

wurden eingeladen, Offerte an das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen zu legen. Die Offerte sind am 1. Oktober 2001 eingelangt.

Frage 5:

Am 1. Oktober 2001 wurde die Gestaltung an die Agentur Media Connection Austria vergeben, da diese Agentur der Best- und Billigstbieter war.

Frage 6:

Das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen.

Frage 7:

Die Agenturkosten beliefen sich auf ATS 9.000,--.

Frage 8:

Die Inseratenkosten betragen ATS 694.005,96 und waren um über ATS 200.000,-- günstiger, als von der SPÖ in der Öffentlichkeit mehrfach fälschlich behauptet wurde.

Frage 9:

Der Behandlungsbeitrag-Ambulanz ist eine Maßnahme, die von der gesamten Bundesregierung einvernehmlich dem Parlament zur Beschlussfassung vorgelegt wurde. Deshalb war es auch gerechtfertigt, von einer "Alternative der österreichischen Bundesregierung" zu sprechen und in diesem Zusammenhang "Die Bundesregierung - für ein sozial gerechtes Österreich" zu nennen.

Frage 10:

Die Berücksichtigung der sozialen Schutzbedürftigkeit erfolgt im Wesentlichen durch Kriterien, die auf die finanzielle Situation Bezug nehmen. Diesbezüglich darf ich beispielsweise die gesetzlich vorgesehene Befreiung für Kinder und Waisenpensionsbezieher ohne sonstiges Einkommen sowie die Befreiung nach Maßgabe der vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger erlassenen Richtlinien über die Befreiung von der Rezeptgebühr gemäß § 31 Abs. 5 Z 16 ASVG sowie die neu geschaffenen Richtlinien über die Nachsicht vom Behandlungsbeitrag-Ambulanz gemäß § 31 Abs. 5 Z 16b ASVG erwähnen.

Was Rollstuhlfahrer und Gehbehinderte anlangt, ist zu sagen, dass keinesfalls pauschal allen Arztpraxen die Barrierefreiheit abgesprochen werden kann. Darüber hinaus habe ich im Rahmen der 58. ASVG-Novelle bekanntlich erreicht, dass im Zusammenhang mit der Ermöglichung des Vertragsabschlusses der Sozialversicherung mit ärztlichen Gruppenpraxen die entsprechenden gesamtvertraglichen Vereinba-

rungen auch Regelungen über die Sicherstellung eines behindertengerechten Zuganges nach Maßgabe der ÖNORM B 1601 enthalten müssen.

Frage 11:

Zur allgemeinen Problematik verweise ich auf meine einleitenden Ausführungen zur Frage 10. Um einem Missverständnis vorzubeugen, möchte ich klarstellen, dass bei der Inanspruchnahme von Gehörlosenambulanzen zwischen medizinischen und sozialen Leistungen unterschieden werden muss. Nur für die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen ist - wie auch in anderen Spitalsambulanzen - ein Behandlungsbeitrag-Ambulanz zu entrichten. Demgegenüber ist für spezifische Leistungen der Gehörlosenambulanzen mit sozialem Hintergrund - wie etwa das Erlernen der Gebärdensprache - keine Leistungszuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung gegeben und damit auch kein Behandlungsbeitrag-Ambulanz zu entrichten.

Frage 12:

Auch hier darf ich zunächst auf meine Bemerkungen zu Frage 10 hinweisen und weiters festhalten, dass viele chronisch kranke Patienten im niedergelassenen Bereich durch Hausärzte und Fachärzte durchaus engagiert und zu ihrer Zufriedenheit behandelt werden, sodass ich keinen Anlass sehe, hier den Besuch von Spitalsambulanzen durch eine Ausnahme vom Behandlungsbeitrag-Ambulanz zu forcieren. Darüber hinaus gebe ich zu bedenken, dass gerade die noch in der ursprünglichen, vom Verfassungsgerichtshof aus formalen Gründen aufgehobenen, Regelung enthaltenen medizinischen Ausnahmegründe wegen der erforderlichen Mitwirkung der Rechtsträger der Krankenanstalten und der Ärzteschaft massiv kritisiert wurden, sodass im Sinne einer geordneten und leichteren Vollziehung der Regelungen die medizinischen Ausnahmetatbestände präziser gefasst und eingeschränkt wurden.

Frage 13:

Die Sonderversicherungssysteme nach dem B-KUVG für Beamte (dem auch Politiker unterliegen) sowie nach dem GSVG für selbständig Erwerbstätige (und auch nach dem BSVG für Bauern) sehen seit jeher einen Selbstbehalt für die Inanspruchnahme jeder ärztlichen Behandlung vor, die auch den Besuch von Spitalsambulanzen umfasst. Diese Versicherten hatten daher schon bisher für Ambulanzbesuche einen Behandlungsbeitrag zu zahlen, der auch bei der Einführung des Behandlungsbeitrags-Ambulanz für ASVG-Versicherte beibehalten wurde. Ein direkter Vergleich dieser Selbstbehaltsregelungen ist aber weder möglich, weil z. B. in den Sonderversicherungsgesetzen keine jährliche Obergrenze für Behandlungsbeiträge vorgesehen ist, noch ist eine derart isolierte Betrachtungsweise sinnvoll, zumal eine Gegenüberstellung der Kostenbelastung nach B-KUVG und GSVG einerseits und nach ASVG andererseits zweifellos auch andere Selbstbehalte zu berücksichtigen hätte.

Frage 14:

Nach meinen Informationen gibt es in vielen Bereichen Österreichs Notarztdienste für die Nachtzeiten und das Wochenende, sodass keine Rede davon sein kann, dass zu diesen Zeiten nur Spitalsambulanzen zur Verfügung stünden. Im Übrigen halte ich es aber auch für sozial gerechtfertigt, dass im Fall der Inanspruchnahme einer Spitalsambulanz zu solchen Zeiten ein Behandlungsbeitrag-Ambulanz zu entrichten ist, sofern nicht ohnedies ein Ausnahmetatbestand sozialer Natur vorliegt.

Frage 15:

Nach der eindeutigen gesetzlichen Regelung des § 135a Abs. 2 Z 2 ASVG darf der Behandlungsbeitrag-Ambulanz nicht eingehoben werden, wenn in medizinischen Notfällen, wegen Lebensgefahr oder aus anderen Gründen unmittelbar eine stationäre Aufnahme erfolgt.

Frage 16:

Ja. Allerdings ist die Wiederbestellung durch das Krankenhaus einer Überweisung gleichzuhalten, sodass der niedrigere Betrag von ATS 150,-- pro Ambulanzbesuch zu entrichten ist.