

3012/AB XXI.GP

Eingelangt am: 28.12.2001

BUNDESMINISTERIUM
FÜR SOZIALE SICHERHEIT UND GENERATIONEN

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische Anfrage der Abgeordneten Haidlmayr, Freundinnen und Freunde, Nr. 2950/J, wie folgt:

Frage 1:

Die Gebietskrankenkassen haben im Wege des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger mitgeteilt, dass ihnen Beschwerden im Zusammenhang mit dem der gegenständlichen parlamentarischen Anfrage zugrunde liegenden Sachverhalt nicht bekannt sind.

Die Frage nach der Einstufung von Noffällen in Salzburg ist derart allgemein gehalten, dass sie einer Beantwortung durch mich nicht zugänglich ist.

Frage 2:

Aufgrund von Fehlern innerhalb der Krankenanstalten und der Krankenversicherungsträger ist es dazu gekommen, dass eine Vielzahl von Versicherten irrtümlich eine Vorschreibung des Behandlungsbeitrages-Ambulanz erhalten haben. Bei einer Intervention durch den Versicherten oder aufgrund einer entsprechenden Storno(Korrektur)meldung des Krankenhauses wird vom Krankenversicherungsträger die Vorschreibung storniert. Falls der Betrag bereits vom Versicherten an den Krankenversicherungsträger gezahlt wurde, erfolgt eine Rücküberweisung des Betrages an den Versicherten im Zuge der nächsten Vorschreibung.

Bei der Behandlung von Interventionen durch die Versicherten werden diese nicht an die jeweiligen Krankenanstalten verwiesen. Die Klärung des Sachverhaltes wird vom Krankenversicherungsträger nach Rücksprache mit den Krankenanstalten erledigt.

Frage 3:

Erfolgt nach einem Unfall eine stationäre Aufnahme in einer landesfondsfinanzierten Krankenanstalt, werden alle im Zuge dieses Krankenhausaufenthaltes erforderlichen Leistungen abgegolten; der Patient zahlt während der stationären Behandlung keinen Behandlungsbeitrag-Ambulanz.

Wenn allerdings nach einem bereits beendeten stationären Aufenthalt eine ambulante Behandlung erforderlich wird, dann ist diese Behandlung beitragspflichtig, da § 135a Abs.1 ASVG bestimmt, dass für jede Inanspruchnahme einer ambulanten Behandlung in Krankenanstalten, die über Landesfonds finanziert werden sowie in bettenführenden Vertragskrankenanstalten und in bettenführenden eigenen Einrichtungen der Versicherungsträger (mit Ausnahme der Sonderkrankenanstalten für Rehabilitation), soweit es sich nicht um eine Rehabilitationsmaßnahme oder Jugendlichen- oder Vorsorge- (Gesunden-)Untersuchung handelt, pro Ambulanzbesuch ein Behandlungsbeitrag zu zahlen ist.

Frage 4:

Bei der erwähnten APA-Meldung handelte es sich insoferne um einen Auffassungsunterschied, als davon ausgegangen wurde, dass Knochenbrüche einen stationären Krankenhausaufenthalt erforderlich machen; unter dieser Voraussetzung war und ist die Aussage richtig, dass kein Behandlungsbeitrag-Ambulanz zu zahlen ist.

Handelt es sich jedoch um eine ambulante Behandlung, dann ist der Behandlungsbeitrag auch dann zu zahlen, wenn die Zustände subjektiv als "Notfall" betrachtet werden; die Bestimmung des § 135a ASVG lässt diesbezüglich keinen Spielraum offen.