

3435/AB XXI.GP

Eingelangt am: 19.04.2002**BUNDESMINISTERIUM
FÜR SOZIALE SICHERHEIT UND GENERATIONEN**

Sehr geehrter Herr Präsident!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische Anfrage **Nr. 3453/J der Abgeordneten Dolinschek, Dr. Rasinger und Kollegen und Kolleginnen** wie folgt:

Vorweg erlaube ich mir auszuführen, dass das Ziel des Behandlungsbeitrages-Ambulanz vornehmlich darin bestand, die zufolge der in den letzten zehn Jahren eingetretenen jährlichen Steigerungsrate von durchschnittlich 3,6% bestehenden personellen Überbelastungen und finanziellen Auszehrungen der Spitäler einzudämmen.

Dieses Ziel ist - obwohl es derzeit noch zu früh ist, hinsichtlich der Frequenzen endgültige Aussagen zu treffen - praktisch erreicht: 2001 bestehen erstmals seit zehn Jahren keine Zuwächse und es konnte sogar ein leichter Rückgang festgestellt werden. Am deutlichsten ist dieser Rückgang bei den so genannten Selbsteinweisern, die einen Behandlungsbeitrag von 18,07€ zu bezahlen haben (eine Evaluierung erfolgt bereits). Gleichzeitig ist dort, wo es schon Vergleichszahlen gibt, die Anzahl der abgerechneten Fälle im niedergelassenen Bereich signifikant gestiegen (insbesondere bei den Fachärzten für innere Medizin in Wien).

Frage 1:

Zum Stand 28. Februar 2002 beträgt die Summe der vorgeschriebenen Behandlungsbeiträge - Ambulanz 20.965.034,88 €. Dabei ist zu berücksichtigen, dass manche Krankenversicherungsträger erst im 2. Quartal 2002 begonnen haben, die im 4. Quartal 2001 getätigten Ambulanzbesuche vorzuschreiben, so dass die gesamten nachfolgenden Zahlen unter diesem Gesichtspunkt zu betrachten sind. Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass von den Krankenanstalten bisher lediglich 60% der zu meldenden Fälle gemeldet wurden, ergäbe sich eine Vorschreibungssumme von insgesamt 45.515.088 €.

Um Ihnen einen Gesamtüberblick über die von den Vorgängerregierungen eingeführten Selbstbehalte zu geben, darf ich Ihnen diese wie folgt zur Kenntnis bringen:

Art/Name des „Selbstbehaltes“	Seit wann ? (Datum der Einführung)	Gesetzlich oder satzungsmäßig vorgesehen ?	Betroffene SV-Gesetze
Krankenscheingebühr	BGBl.Nr. 411/96; Inkrafttreten ab 1.1.1997	Gesetzlich	ASVG - § 135
Rezeptgebühr	Seit der Stammfassung 1955	Gesetzlich (fester Betrag)	ASVG - § 136 GSVG - § 92; B-KUVG - § 64; BSVG – § 86;
Heilbehelfe	Seit der Stammfassung 1955	Gesetzlich vorgesehen (§ 137 Abs. 2 ASVG – 10% der Kosten bzw. mind. 20 % des Messbetrages); Übernahme weiters nur bis zu einem in der Satzung festzulegenden Höchstbetrag diese Systematik seit der 37. ASVG Novelle ab 1.1.1982 ; davor: bis zu BGBl. Nr. 775/1974: für Brillen, orthopädische Schuheinlagen, Bruchbänder gesetzliche Mindestleistung; alles andere bis zu einem satzungsmäßigen Höchstbetrag	ASVG - § 137 GSVG - § 93; B-KUVG - § 65; BSVG – § 87;
Hilfsmittel	Seit der Stammfassung	Satzungsmäßige Leistung („können“)	ASVG - § 154 GSVG - § 93

(ausgenommen: solche im Rahmen der medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation! – diese sind vollständig von der KV zu übernehmen);	fassung 1955	gewährt werden) – bis zu einer gesetzlich (bzw. nunmehr auch durch die Mustersatzung) vorgegebenen Höchstgrenze	(hier gilt eine ähnliche Regelung wie im Bereich Heilbehelfe!); B-KUVG - § 65 (hier gilt eine ähnliche Regelung wie im Bereich Heilbehelfe!); BSVG – § 96
Reise- Fahrtkosten	Jedenfalls seit 1.1.1974 , BGBl. Nr. 31/1973; In der Stammfassung nicht vorgesehen; Im B-KUVG und im GSVG generell als Pflichtleistung vorgesehen;	Freiwillige Leistung - in der Satzung zu regeln; 1.8.1996, BGBl. Nr. 411/1996; Davor: satzungsmäßige Pflichtleistung! Jedenfalls seit 1.1.1974, BGBl. Nr. 31/1973;	ASVG - § 135 GSVG - § 103 BSVG - § 85 B-KUVG - § 82
Transportkosten	Seit 1.1.1974 , BGBl. Nr. 31/1973; In der Stammfassung nicht vorgesehen;	Satzungsmäßige Pflichtleistung;	ASVG - § 135 GSVG - § 103 BSVG - § 85 B-KUVG - § 82
Wahlarzthilfe	BGBl. Nr. 411/1996 Inkrafttreten: 1.8.1996 ;	Gesetzlich - Beschränkung der Kostenerstattung mit 80 % des Honorartarifes;	ASVG - § 131 BSVG - § 80 GSVG - § 85 B-KUVG - § 59
Anstaltspflege - Selbstbehalt für Angehörige	Seit der Stammfassung	Gesetzlich – 10% Ursprünglich (Stammfassung) bis zu 20%,	ASVG - § 447f Abs. 7 (seit 1.1.2001) (davor: § 447f

	1955	satzungsmäßig auf 10 % einschränkbar	Abs. 6 bzw. bis 1.1.1997 - § 148 Z 2); § 447f gilt für sämtliche SV-Gesetze (mit Ausnahme des GSVG!);
Behandlungsbeitrag nach dem § 27a KAG	Ab 1.1.1988	Gesetzlich Letzte Änderung BGBl.I Nr. 5/2001 (Früher: Bundeslandweise geringfügig unterschiedlich)	
Zuzahlungen zu Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit („Kuraufenthalte“)	Jedenfalls seit 1.1.1977	Derzeit zwischen öS 80.- und öS 203.-/Tag je nach Einkommen (Richtlinien des Hauptverbandes!) Davor waren allfällige Zuzahlungen in der Satzung festzulegen;	ASVG - § 155 GSVG - § 100 BSVG - § 100 B-KUVG - § 70a
Zahlung bei Rehabilitationsaufenthalten	BGBl. Nr. 201/1996; Inkrafttreten: 1.7.1996	Derzeit in der Höhe von öS 80.-/Tag;	ASVG - § 154a GSVG - § 99a BSVG - § 96a B-KUVG - § 65a
Behandlungsbeitrag ärztliche Hilfe – im Bereich B-KUVG (kein Selbstbehalt bei Anstaltspflege für Versicherte und Angehörige)	Seit Stammfassung 1955;	Gesetzlich; Höhe: 20 % für bestimmte durch die Satzung festzusetzende Fälle	B-KUVG § 63;
„Kostenbeteiligung“ für sämtliche Sachleistun-	Seit Stammfassung	Gesetzlich 20 % - für bestimmte Leistungen können durch	GSVG - § 86

<p>che Sachleistungen – im Bereich GSVG</p> <p>(kein Selbstbehalt bei Anstaltspflege für Angehörige)</p> <p>Bei Geldleistungsberechtigten de facto höhere Selbstbehalte (Kostenerstattung im Durchschnitt ca. 60 %);</p>	<p>1955</p>	<p>tungen können durch die Satzung höhere Selbstbehalte festgelegt werden;</p>	
<p>„Behandlungsbeitrag“ für sämtliche Sachleistungen – im Bereich BSVG</p> <p>(Sonderregelungen bestehen im Bereich der Anstaltspflege: 10% Selbstbehalt <u>auch für den Versicherten</u>)</p>	<p>Seit Stammfassung</p> <p>1955</p>	<p>Im Bereich der ärztlichen Hilfe: gesetzlich vorgesehener fester Betrag von derzeit öS 92 Durch die Satzung kann ein höherer Betrag festgesetzt werden;</p> <p>Davor bis 30.6.1998: gesetzlich 20 %</p>	<p>BSVG - § 80</p>
<p>Zuzahlungen im Bereich der Zahnprothetik (Zahnersatz) und der Kieferorthopädie (Kieferregulierung)</p>	<p>im Wesentlichen seit der Stammfassung 1955</p>	<p>Im Bereich der konservierenden Zahnbehandlung folgen die Regelungen den allgemein im Bereich der ärztlichen Hilfe geltenden (siehe oben);</p> <p>Im Bereich der Zahnprothetik bzw. der Kieferorthopädie sind</p>	<p>ASVG - § 153 GSVG – § 94 BSVG - § 95 B-KVUG - § 69</p>

		<p>(jedenfalls im Bereich des ASVG) Zuzahlungen zu den vertraglich festgelegten Tarifen in der Höhe von 25 % bis 50 % vorgesehen („Bandbreitenregelung“)</p> <p>Hinsichtlich der Zuzahlungen im Bereich des GSVG und des BSVG darf auf die Beilagen 1 und 2 verwiesen werden.</p>	
--	--	---	--

Frage 2:

Diese Summe verteilt sich auf die einzelnen Krankenversicherungsträger wie folgt:

Wiener Gebietskrankenkasse	4.592.554,83 €
Niederösterreichische Gebietskrankenkasse	3.488.380,17 €
Burgenländische Gebietskrankenkasse	416.885,00 €
Oberösterreichische Gebietskrankenkasse	4.318.172,90 €
Steiermärkische Gebietskrankenkasse	2.483.737,84 €
Kärntner Gebietskrankenkasse	1.055.472,93 €
Salzburger Gebietskrankenkasse	1.361.828,25 €
Tiroler Gebietskrankenkasse	2.134.342,28 €
Vorarlberger Gebietskrankenkasse	708.523,48 €
Betriebskrankenkasse Austria Tabak	14.675,77 €
Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe	98.833,59 €
Betriebskrankenkasse Semperit	39.111,36 €
Betriebskrankenkasse Neusiedler	7.412,27 €
Betriebskrankenkasse VOEST-ALPINE Donawitz	51.279,32 €
Betriebskrankenkasse Zeltweg	13.338,93 €
Betriebskrankenkasse Kindberg	8.455,14 €
Betriebskrankenkasse Kapfenberg	31.901,75 €
Betriebskrankenkasse Pengg	6.082,45 €
Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues	165.948,37 €

Frage 3:

Im Jahr 2001 wurden 1.638.830 Datensätze vorgeschrieben. Es ist darauf hinzuweisen, dass die Meldung der für die Vorschreibung erforderlichen Detaildaten durch die

Spitäler trotz gleicher Rechtssituation zum Teil unvollständig, verspätet bzw. überhaupt nicht erfolgte.

Frage 4:

Im Folgenden eine Darstellung der vorgeschriebenen Datensätze, die die einzelnen Krankenversicherungsträger versendet haben:

Wiener Gebietskrankenkasse	355.517
Niederösterreichische Gebietskrankenkasse	264.604
Burgenländische Gebietskrankenkasse	32.194
Oberösterreichische Gebietskrankenkasse	319.581
Steiermärkische Gebietskrankenkasse	204.595
Kärntner Gebietskrankenkasse	83.961
Salzburger Gebietskrankenkasse	106.445
Tiroler Gebietskrankenkasse	181.545
Vorarlberger Gebietskrankenkasse	54.310
Betriebskrankenkasse Austria Tabak	1.168
Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe	7.897
Betriebskrankenkasse Semperit	3.218
Betriebskrankenkasse Neusiedler	644
Betriebskrankenkasse VOEST-ALPINE Donawitz	4.491
Betriebskrankenkasse Zeltweg	1.082
Betriebskrankenkasse Kindberg	700
Betriebskrankenkasse Kapfenberg	2.886
Betriebskrankenkasse Pengg	509
Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues	13.483

Frage 5, 6, 9 bis 11:

Die endgültigen Verwaltungskosten können erst nach Vorliegen der Rechnungsabschlüsse der ASVG-Versicherungsträger (gemäß den Rechnungsvorschriften bis zum 31. Mai 2002) bekannt gegeben werden. Sie werden mit 10% der Gesamtsumme geschätzt. Hätte der Hauptverband unter dem damaligen Präsident Sallmutter rechtzeitig für eine ordnungsgemäße Vorbereitung des Behandlungsbeitrages-Ambulanz Sorge getragen, wären jedenfalls keine zusätzlichen, über die Regelung des § 135a Abs. 4 ASVG hinausgehenden Verwaltungskosten entstanden. Dies betrifft sowohl Anlauf- und Umstellungskosten sowie laufende Kosten.

Die gesetzliche Regelung begrenzt die Verwaltungskosten mit 6,5%. Diejenigen Kassen, die bereits seit Jahren Behandlungsbeiträge vorschreiben und dies auch für weit mehr Leistungen tun, als nur für einen einzigen Behandlungsbeitrag, kommen mit einem Verwaltungsaufwand aus, der ungefähr demjenigen, der nunmehr gesetzlich vorgesehen ist, entspricht. Aus diesem Grund hätte es auch den Gebietskrankenkassen möglich sein müssen, die Administration des Behandlungsbeitrages mit Verwaltungskosten von 6,5% zu bewerkstelligen.

Nach Mitteilung des Hauptverbandes vom 18. März 2002 kann mittlerweile hinsichtlich der Bescheidenträge im Zusammenhang mit dem Behandlungsbeitrag-Ambulanz von einer Anzahl von insgesamt 23.508 (allein in Oberösterreich 15.814) ausgegangen werden. Die eingetretene Verteuerung der Verwaltungskosten ist zu einem nicht unerheblichen Teil durch die anhängigen Verwaltungsverfahren bedingt, die sich wie folgt auf die einzelnen Gebietskrankenkassen aufteilen:

WGKK	2.200		9%
NÖGKK	700		
BGKK	50		
OÖGKK *)	15.814	gewerkschaftliche Aktion	67%
STGKK	500		
KGKK	250		
SGKK	3.400	gewerkschaftliche Aktion	15%
TGKK	400		
VGKK	94		
	23.508		91%

*) Stand 14.3.2002

Die Analyse ergibt, dass über 2/3 der Einsprüche aus einem einzigen Bundesland kommen, 91 % aus 3 Bundesländern (Oberösterreich, Salzburg und Wien) und nur 9 % aus allen anderen Bundesländern zusammen.

Frage 7 und 8:

Um die Administration kostensparend zu gestalten, wurden durch die Sozialversicherung - gemeinsam mit den Ländern und Fonds - für die Meldungen durch die Krankenanstalten Datensätze akkordiert. Die gemeldeten Daten werden für alle Versicherungsträger in einer beim Hauptverband eingerichteten Datenbank gespeichert und für die Vorschreibung aufbereitet. Für die Vorschreibungen werden von den Versicherungsträgern zum Großteil auf SAP basierende Lösungen verwendet.

In den Spitälern wurden jedoch die EDV- Programme nicht rechtzeitig fertig gestellt, was dazu geführt hat, dass ein Grossteil der gemeldeten Datensätze fehlerhaft war und von den Versicherungsträgern erst nach mühevoller Kleinarbeit geklärt und berücksichtigt werden konnte. Für das Datenchaos, welches durch die nicht rechtzeitig erfolgte Fertigstellung der EDV- Programme verursacht worden war, trägt letztendlich der Hauptverband - noch unter der alten Führung - die Verantwortung.

Frage 12:

Folgende Daten werden den Krankenversicherungsträgern im Wege des Hauptverbandes von den Krankenanstalten über die Inanspruchnahme von Ambulanzen zur Verfügung gestellt:

Nummer der Krankenanstalt, Vertragspartnernummer
Aufnahmezahl/Patientenzahl
Fallnummer
Kostenträger, Versicherungsträgercode
zuständiger Versicherungsträger, Versicherungsträgercode
Aufnahmedatum
Entlassungsdatum
Kommentarsatz

Daten des Versicherten (Patienten):

Versicherungsnummer, Zuname, Vorname, Akademischer Grad, Geschlecht,
Geburtsdatum, Mitgliedsnummer oder Fallnummer (TGKK),
Versichertengruppe, Kategorie.

- Daten des Angehörigen (Patienten):

Versicherungsnummer, Zuname, Vorname, Akademischer Grad,
Geschlecht, Geburtsdatum

- Sonstige Daten:

Fehlercode, Kostenstellennummer, Betreuungsschein
Krankenanstaltennummer des Bundesministeriums, Datensatzversion

Frage 13:

Die Qualität der Datensätze entspricht nach Auskunft des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger noch immer nicht den Erwartungen. Die durch den Hauptverband erarbeitete und mit meinem Bundesministerium akkordierte Interpretationscheckliste wurde zwar allen Krankenanstalten zur Verfügung gestellt, bildet aber anscheinend noch immer nicht die Grundlage für die Entscheidung, welche Daten und in welcher Form diese an die Sozialversicherungsträger zu melden sind. Durch die Sozialversicherungsträger und den Hauptverband wird der Kontakt zu den Krankenanstalten laufend gepflegt, um die Sicherheit für die korrekte Durchführung der Datenmeldungen zu erhöhen. Die derzeitige Führung des Hauptverbandes ist -soweit der kurze Zeitraum es zulässt - bemüht, die aufgetretenen Fehler so rasch als möglich zu korrigieren.

Frage 14:

Durch die hohe Anzahl der erforderlichen Nachbearbeitungen ergibt sich naturgemäß auch eine Erhöhung der Verwaltungskosten.

Frage 15:

Der Hauptverband und die Sozialversicherungsträger bemühen sich mit folgenden Maßnahmen um einen reibungslosen Ablauf der Administration des Behandlungsbeitrages-Ambulanz:

- Datensatzvereinbarung zwischen Sozialversicherungsträgern, Ländern und Fonds;
- Check-Liste des Hauptverbandes;
- laufende Kontakte und Hilfestellungen mit und für die Krankenanstalten.

Frage 16:

Im 2. Quartal 2001 wurden insgesamt 1,657.501 Ambulanzbesuche gemeldet. Insgesamt 343.441 Personen erhielten für insgesamt 638.275 Ambulanzbesuche eine Vorschreibung. 442.896 Fälle wurden abgerechnet, davon wurden 317.373 Fälle bereits bezahlt, was einen Prozentsatz von 71,7 % ergibt. Für die weiteren Quartale liegen diesbezüglich noch keine Daten vor.

Frage 17:

Zum 28. Februar 2002 beträgt die von den vorgeschriebenen Ambulanzgebühren aushaftende Summe 6.543.167,03 €.

Frage 18:

Die vorgeschriebenen Beiträge wurden bei den Krankenversicherungsträgern zu folgenden Prozentsätzen entrichtet:

Wiener Gebietskrankenkasse	67,81
Niederösterreichische Gebietskrankenkasse	76,02
Burgenländische Gebietskrankenkasse	81,41
Oberösterreichische Gebietskrankenkasse	57,67
Steiermärkische Gebietskrankenkasse	68,96
Kärntner Gebietskrankenkasse	76,90
Salzburger Gebietskrankenkasse	63,84
Tiroler Gebietskrankenkasse	77,20
Vorarlberger Gebietskrankenkasse	69,93
Betriebskrankenkasse Austria Tabak	85,64
Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe	52,70
Betriebskrankenkasse Semperit	71,80
Betriebskrankenkasse Neusiedler	63,97
Betriebskrankenkasse VOEST-ALPINE Donawitz	79,77
Betriebskrankenkasse Zeltweg	77,58
Betriebskrankenkasse Kindberg	71,29
Betriebskrankenkasse Kapfenberg	91,72
Betriebskrankenkasse Pengg	24,19
Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues	80,11
durchschnittlich	68,79

Frage 19:

Die noch nicht eingezahlten Vorschreibungen resultieren größtenteils aus

- fehlerhaften Meldungen der Krankenanstalten, deren Vorschreibungen beansprucht wurden und daher noch einmal zu überprüfen sind,
- und aus Bescheidanträgen.

Frage 20:

Um aushaftende Vorschreibungen hereinzubringen, werden folgende Maßnahmen ergriffen:

- Mahnung im Zuge der nächsten Vorschreibung,
- Jahresrückstandsbescheid und daraus folgernd Exekutionsmaßnahmen.

Frage 21:

Ich gehe davon aus, dass die Einbringlichkeit der Vorschreibungen durch eine Verbesserung der Qualität der Datensätze und eine Information der Versicherten durch die Träger steigen wird.

Frage 22:

Zu dieser Frage hat mir der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger Folgendes mitgeteilt: Eine Aussage über die Kosten der Verwaltung des Behandlungsbeitrages kann erst nach Vorliegen der Jahresabschlüsse 2001 gemacht werden. Die Erfahrungswerte der Sondersicherungsträger lassen Werte von 5,8% bis 6,2 % Verwaltungsaufwand von den Einnahmen erwarten. Gleichzeitig hat mir in einem persönlichen Schreiben der damalige Präsident des Hauptverbandes, Herr Sallmutter, mitgeteilt, dass seitens des Hauptverbandes sämtliche Vorkehrungen getroffen wurden, so dass mit August 2001 ein reibungsloser Ablauf der Administration des einzuhebenden Ambulanzbeitrages garantiert ist.

Frage 23:

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger hat mir zu dieser Frage Folgendes mitgeteilt: "Die in der Anfrage zitierte Rubrik "Health System Watch" wurde nicht, wie angegeben, in der Zeitschrift "Soziale Sicherheit" Nr. 1/2001, sondern in der Ausgabe Nr. 4/2001 publiziert. Diese Rubrik ist eine Beilage der angeführten Zeitschrift und wird durch Autoren des Institutes für höhere Studien (IHS) erstellt. Im Impressum der "Sozialen Sicherheit" wird darauf hingewiesen, dass für namentlich gezeichnete Artikel der Autor die Verantwortung trägt und diese nicht mit der Meinung des Hauptverbandes übereinstimmen müssen."

Die im Zeitraum 1995 bis 1999 neu eingeführten Selbstbehalte in der Krankenversicherung sind die Krankenscheingebühr, der 20 %ige Abzug bei der Wahlarztkostenerstattung und die Zuzahlungen bei Kur- und Rehabilitationsaufenthalten. Daraus resultieren nachstehende Einnahmen:

Einnahmen aus der Krankenscheinaebühr:

1997	45,6	Mio. Euro
1998	47,6	Mio. Euro
1999	47,7	Mio. Euro
2000	47,2	Mio. Euro
2001 *)	46,9	Mio. Euro

*) vorläufige Erfolgsrechnungen

20%iger Abzug bei der Wahlarztkostenerstattung:

Für das Jahr 2000 ergibt sich aus der Erfolgsrechnung, dass 52,5 Millionen € an Wahlarztkostenerstattung ausgegeben wurde. Daraus errechnet sich ein Gesamtbetrag der 20%igen Abzüge von ca. 13 Millionen €. Neuere Daten liegen nicht vor, es ist jedoch für das Jahr 2001 ein ähnlicher Betrag zu erwarten.

Zuzahlungen zu Kur- und Rehabilitationsaufenthalten:

Die Gesamtsumme der Zuzahlungen wurde vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger für das Jahr 2000 grob geschätzt:

In der Krankenversicherung haben ca. 41.700 Personen Kuren und ca. 11.500 Personen Rehabilitationen in Anspruch genommen, daraus ergibt sich ein grob geschätzter Betrag von ca. 10 Millionen € an Zuzahlungen.

In der Pensionsversicherung haben ca. 117.000 Personen Kur- oder Rehabilitationsaufenthalte in Anspruch genommen, daraus ergeben sich Zuzahlungen von ca. 18,9 Millionen €.

Die Zuzahlungen dürften im Jahre 2000 somit insgesamt ca. 29 Millionen € betragen haben.

Frage 24:

In der angeführten Zeit wurden in der Krankenversicherung folgende Selbstbehalte durch Gesetzesänderungen eingeführt:

- im Jahre 1981 (37.Novelle zum ASVG, BGBl.Nr. 588/1981) der 10%ige Selbstbehalt für Heilbehelfe (§ 137 ASVG).
- Ab 1. Juli 1988 wurde auf Grund des Artikels 1 Z.8 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung und die Dotierung des Umwelt- und Wasserwirtschaftsfonds, BGBl. Nr. 619/1988, (umgesetzt durch die Krankenanstaltengesetz-Novelle, BGBl. Nr. 282/1988) der Spitalskostenbeitrag gemäß § 27a Krankenanstaltengesetz eingeführt. Die Erhöhung dieses Kostenbeitrages erfolgt seither im Einklang mit der Inflationsrate.

Die Rezeptgebühr stieg von S 5,- im Jahre 1970 kontinuierlich auf S 34,- im Jahre 1995, bis 1999 erfolgte zudem ein Anstieg auf S 45 (€ 3,27).

Fragen 25 und 31

Es lassen sich in der Vergangenheit sowie in der Gegenwart mehrere Maßnahmen darstellen, die entweder zu einem negativen oder positiven Lenkungseffekten geführt haben.

Zu einem negativen Lenkungseffekt hat zum Beispiel die Angleichung der Satzungen der Sozialversicherung der Bauern an jene der Gebietskrankenkassen dahingehend geführt, als wegfallende Selbstbehaltsregelungen im niedergelassenen - bzw. im Rezepturbereich - zu deutlichen Anstiegen der Inanspruchnahme der entsprechenden Leistungen vor allem im Medikamentenbereich geführt haben.

Ein weiterer negativer Lenkungseffekt bedeutete die Einführung der Krankenscheingebühr, die über viele Monate hinweg zu einer Reduktion der Inanspruchnahme der niedergelassenen Ärzte geführt hat, obwohl genau das Gegenteil im damaligen Regierungsprogramm gewünscht war.

Im Falle des Ambulanzbeitrages konnte jedoch ein **positiver** Lenkungseffekt erzielt werden, wie dies auch im nunmehrigen Regierungsprogramm festgehalten ist (im Übrigen wurde ein Ambulanzbeitrag - in **doppelter** Höhe - von führenden Repräsentanten der Wiener Stadtregierung bereits Mitte der 90er Jahre gefordert).

Obwohl der Beobachtungszeitraum relativ kurz ist, konnte durch den Ambulanzbeitrag bereits ein Lenkungseffekt festgestellt werden. So zeigen die Vergleichsziffern im Bereiche der niedergelassenen Ärzte aus dem 2. Quartal 2001 im Vergleich zu 2000, sowie dem 3. Quartal 2001 im Vergleich zu 2000, dass im Bereich der Fachärzte für Innere Medizin (z.B. welche in großer Anzahl Diabetesranke betreuen) eine überdurchschnittliche Frequenzsteigerung zwischen 5,3 % und 6,3 %, sowie im Bereich der Lungenfachärzte zwischen 5,3 % und 10,1 % stattgefunden hat. Dies beweist eine deutliche Umschichtung vom spitalsambulatorischen zum niedergelassenen Bereich, wie dies auch eine Aussendung der Wiener Gebietskrankenkasse vom 29.1. d.J. bestätigt.

Auch die Leimböck-Studie der Innsbrucker Universitätsklinik konnte eindeutig belegen, dass bei den Ambulanzfrequenzen der Spitäler ein Rückgang um etwa 2,88 % stattgefunden hat. Aus diesen Frequenzdaten ergibt sich aber auch, dass die Höhe der Einnahmen, so wie sie der Hauptverband ursprünglich berechnet hatte, nicht erzielt werden konnte, da ja bei Greifen des Effektes mit Mindereinnahmen zu rechnen war. Dies ist ja im Sinne des Gesetzgebers.

Fragen 26 bis 30, 32 bis 35, 44 und 45:

Beim Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen ist ein Arbeitskreis eingerichtet, der sich im Allgemeinen mit dem Thema Selbstbehalte befasst.

Weiters wurde seitens der Strukturkommission die Arbeitsgruppe "Behandlungsbeitrag-Ambulanz" zur Evaluierung der erhobenen Daten gemäß § 135a Abs. 1 ASVG eingerichtet.

Folgende Themenschwerpunkte sollen in dieser Arbeitsgruppe erörtert werden:

- Verwaltungskosten im Zusammenhang mit der Administration des Behandlungsbeitrages Ambulanz
- Probleme im Zusammenhang mit der Umsetzung des Behandlungsbeitrages Ambulanz
- Einnahmen auf Grund des Behandlungsbeitrages Ambulanz
- Lenkungseffekt des Behandlungsbeitrages Ambulanz (Entwicklung der Fälle/Frequenzen; Wechselwirkung mit dem extramuralen Bereich) und damit verbundene Kostenverschiebungen
- Effektivität der für die Patienten erbrachten Behandlungsmaßnahmen
- Fragen im Zusammenhang mit der Auslegung des Begriffes "Notfall"

Gründe für die Zuweisung in Spitalsambulanzen

Derzeit liegen allerdings noch keine Ergebnisse dieser Arbeitsgruppen vor. Zur gesicherten Beurteilung des Behandlungsbeitrages-Ambulanz wurde auf Regierungsbeschluss der Zeitraum von einem Jahr festgesetzt, beginnend mit 1.7.2001 (erstes volles Quartal) bis 30.6.2002; eine Evaluierung kann daher nicht vor Oktober 2002 erfolgen.

Frage 36:

Der niedergelassenen Ärzteschaft kommt sowohl aus Gründen einer patientenfreundlichen Versorgung als auch aus ökonomischer Sicht besondere Bedeutung zu. Das Erkenntnis des Verfassungsgerichtshofes vom 1. März 1996 betr. Zulässigkeit von Gruppenpraxen (G 1279/95, G 1280/95) wurde umgesetzt, um für die Patienten Verbesserungen im niedergelassenen Bereich zu ermöglichen.

Frage 37:

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger hat mit der Österreichischen Ärztekammer am 16. Jänner 2002 ein Verhandlungsergebnis über eine Punktation einer Rahmenvereinbarung zu den Gruppenpraxen erzielt. Die Rahmenvereinbarung soll eine Empfehlung an Ärztekammern und Kassen bilden, die Eckpunkte in die jeweiligen Gruppenpraxengesamtverträge zu übernehmen. Es wurde in Aussicht genommen, diese Punktation in einen sprachlich verbesserten Vereinbarungstext zu bringen. Abgesprochen war jedenfalls, dass die Punktation gilt, soweit man sich nicht über einen Vereinbarungstext einigt. Das Büro der Österreichischen Ärztekammer hat am 20. Februar 2002 einen Vereinbarungsentwurf der Bundeskurie vorgelegt, der in einigen - auch wesentlichen - Punkten von der Punktation abweicht. Das Thema ist daher neuerlich mit der Österreichischen Ärztekammer zu besprechen.

Abgesehen von den Verhandlungen zwischen Hauptverband und Österreichischer Ärztekammer verhandeln Krankenversicherungsträger mit Landesärztekammern über die gegenständliche Frage. Über Moderation des Staatssekretärs für Gesundheit wurden Finalisierungsgespräche zwischen dem Hauptverband und der Kurie der niedergelassenen Ärzte (Österreichische Ärztekammer) erfolgreich geführt, sodass eine Vertragsvereinbarung zwischen Hauptverband und Österreichischer Ärztekammer unmittelbar bevorsteht.

Frage 38 und 39

Die Gruppenpraxen, die seit mehreren Legislaturperioden im jeweiligen Regierungsprogramm als Priorität angeführt sind, konnten mit der 58. ASVG-Novelle nunmehr endgültig legislativ umgesetzt werden derzeit stehen die diesbezüglichen Vertragsverhandlungen zwischen dem Vertragspartnern Hauptverband und Österreichische Ärztekammer, die ja zuletzt unter der Moderation des Staatssekretariates für Gesundheit im BMSG stattgefunden haben, vermutlich vor einem baldigen Abschluss.

Die herausragende Absicht dieser Gruppenpraxen ist es, das Angebot im niedergelassenen Bereich zu verbessern, vor allem dahingehend, dass im Zusammenschluss mehrerer Ärzte, sowohl verschiedener als auch gleicher Fachrichtung, es zu einer Ausweitung der Ordinationszeiten kommt, mit der Verpflichtung, auch wochentags Nachtdienst und Wochenendfeiertagsdienste flächendeckend in Österreich zu übernehmen und so die Spitalsambulanzen weiter zu entlasten. Dies wird vor allem auch deshalb notwendig sein, als mit der endgültigen Umsetzung der EU-Richtlinien betreffend Arbeitszeiten für Ärzte in Spitälern weiteres Personal benötigt werden wird. Die Entlastung der Spitalsambulanzen wird diesen Bedarf zumindest teilweise abfedern können. Darüber hinaus ist es erklärtes Ziel, durch Verbesserung des Angebotes im niedergelassenen Bereich die Direktversorgung der Bevölkerung vor Ort im Sinne eines weltweit anerkannten "Gate Keeping"-Systems, das richtigerweise die spitalische Betreuung als teuerstes Glied der Versorgungskette an das Ende reiht, nachzukommen. Auch hinsichtlich der Vorhalteleistung wird sich mit einer entsprechenden flächendeckenden Versorgung im niedergelassenen Bereich in den Ambulanzen die Möglichkeit der Kostenreduktion ergeben. Somit können die Ambulanzen jenen wichtigen Aufgaben besser nachkommen, die im niedergelassenen Bereich nicht abgedeckt werden können. Hinzu kommt, dass bei geringerer Frequenz auch mehr Zeit für die individuellen Betreuung des Patienten zur Verfügung steht, was im Sinne einer gesamtösterreichischen Gesundheitsförderung zu begrüßen ist. Spätestens mit Auslaufen der § 15a Vereinbarung über die Krankenanstaltenfinanzierung im Jahre 2004, wird für die folgende Periode bereits ein entsprechender Kosteneffekt darstellbar sein. Dies trägt auch zur Finanzierung künftiger Aufgaben bei.

Frage 40:

Folgende Informationen für die Versicherten werden als sinnvoll erachtet:
Der Behandlungsbeitrag beträgt pro Ambulanzbesuch mit ärztlicher Überweisung € 10,90, ohne ärztliche Überweisung € 18,17. Pro Versicherten/r (Angehörigen/r) und Kalenderjahr dürfen für ambulante Spitalsbehandlungen maximal € 72,67 eingehoben werden.

Der Behandlungsbeitrag darf nicht eingehoben werden:

- für mitversicherte Kinder sowie Bezieher einer Waisenpension ohne anderes Einkommen
- wenn in medizinischen Notfällen, wegen Lebensgefahr oder aus anderen Gründen unmittelbar eine stationäre Aufnahme erfolgt
- bei Behandlung für Dialyse oder bei Strahlen - oder Chemotherapie in Ambulanzen

- in Fällen, in denen ein Auftrag eines Sozialversicherungsträgers oder eines Gerichtes im Zusammenhang mit einem Verfahren über Leistungssachen zur Einweisung in eine Ambulanz zwecks Befundung und Begutachtung vorliegt
- für Personen, die von der Rezeptgebühr befreit sind
- für Personen, die Leistungen infolge einer Schwangerschaft im Rahmen des Mutter-Kind-Passes oder Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft in Anspruch nehmen
- für Personen, die Teile des Körpers oder Blut(plasma) spenden
- wenn der/die Versicherte (Angehörige) im Zusammenhang mit ein und demselben Behandlungsfall an Ambulanzen anderer Fachrichtungen weiterüberwiesen wird.

Dies gilt nicht, wenn der Ambulanzbesuch durch schuldhafte Beteiligung an einem Rauffhandel bedingt ist oder sich als unmittelbare Folge von Trunkenheit oder Missbrauch von Suchtgiften erweist.

Vor allem mit der Ausnahme der von der Rezeptgebühr befreiten Personen wird in besonderem Maße auf eine besondere soziale Schutzbedürftigkeit Rücksicht genommen. Von der Rezeptgebühr sind jene Personen zu befreien, deren monatliche Einkünfte einen bestimmten Betrag nicht übersteigen. Diese Grenzen betragen für allein stehende Personen € 630,92 sowie für Ehepaare und Lebensgefährten € 900,13. Diese Beträge erhöhen sich für jedes unversorgte Kind um € 67,15. Bei überdurchschnittlichen Ausgaben infolge chronischer Leiden erhöhen sich die genannten Grenzbeträge auf € 725,56 bzw. € 1.035,15.

Darüber hinaus ist eine Befreiung von der Entrichtung der Rezeptgebühr zu bewilligen, wenn sich nach Prüfung der Umstände im Einzelfall herausstellt, dass eine besondere soziale Schutzbedürftigkeit gegeben ist. Dies ist insbesondere dann anzunehmen, wenn eine länger dauernde medikamentöse Behandlung notwendig ist, die im Hinblick auf die wirtschaftlichen Verhältnisse des Versicherten eine nicht zumutbare Belastung mit Rezeptgebühren zur Folge hätte.

Nach den Richtlinien für die Nachsicht vom Behandlungsbeitrag-Ambulanz sind weiters folgende Personen sowie deren mitversicherte Ehegattinnen bzw. Lebensgefährten befreit:

- Lehrlinge im 1. und 2. Lehrjahr
- Schüler (Schülerinnen) in einer Ausbildung zum gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege, Krankenpflegefachdienst oder medizinisch-technischen Akademie oder an einer Hebammenakademie.

In diesem Zusammenhang wäre in aufliegenden Informationsblättern seitens der Träger auch darauf hinzuweisen, dass Nachbehandlungen wie eine ärztliche Zuweisung behandelt werden und hierfür 10,90 € zu bezahlen sind. Darüber hinaus wäre in diesen Informationsblättern auch darauf hinzuweisen, dass diese Leistungen (z.B. Verbandswechsel oder Nähteentfernung nach Operation) kostenlos in großer Anzahl beim niedergelassenen Arzt mit Krankenschein durchgeführt werden können.

Frage 41:

Die Auswirkungen auf die Verwaltungskosten werden zweifelsohne ungünstig sein, das Ausmaß des Schadens ist jedoch noch nicht abschätzbar. Im Falle von Pfändungen werden sich die Kosten für die Patienten leider erhöhen!

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass wenn schon eine Informationskampagne des Österreichischen Gewerkschaftsbundes, wie sie in Oberösterreich stattgefunden hat, die ausschließlich zur Verunsicherung der Patienten führte, durchgeführt wird, dann hätte korrekterweise darauf hingewiesen werden müssen, dass Versicherungsnehmer, welche aufgrund ihrer persönlichen Einkommensverhältnisse durch die Ambulanzgebührenvorschreibung in unbilliger Weise betroffen wären, z.B. nur knapp über der angegebenen Ausgleichszulagenhöhe liegen, die Möglichkeit haben, per Antrag eine Refundierung aus dem Unterstützungsfonds zu erwirken. Dieser vom Gesetz vorgegebene Weg ist auch der administrativ weitaus kostengünstigere und sozial nachvollziehbarere.

Frage 42:

Die Beeinträchtigung der Verwaltungstätigkeit durch Boykott ist grundsätzlich kein Argument gegen die Zweckmäßigkeit einer Maßnahme. Es muss angemerkt werden, dass bei gleicher gesetzlicher Grundlage und gleicher Information durch den Hauptverband manche Gebietskrankenkassen in der Lage sind, eine sehr geringe Fehlerquote bei ihren Vorschreibungen aufzuweisen, wie z.B. die Tiroler Gebietskrankenkasse (300.000 Datensätze - 84 Korrekturen).

Frage 43:

Gewiss nicht! Zumal die Kosten und Schwierigkeiten der Einführung durch mangelnde Kooperation bis zu Boykott erhöht werden.

Frage 46:

Die gesetzliche Regelung des Behandlungsbeitrages-Ambulanz mit ihren Ausnahmetatbeständen und der Plafondierung des Jahresbetrages ist sowohl sozialpolitisch vertretbar als auch gesundheitspolitisch sinnvoll.