

430/AB XXI.GP

Beantwortung

der Anfrage der Abgeordneten Dr. Elisabeth Pittermann und GenossInnen, an die Frau Bundesministerin für Arbeit, Gesundheit und Soziales, betreffend die Versicherung der Bevölkerung durch die unsozialen Anschläge auf die Geldbörsen kranker Menschen im FPÖVP Belastungspaket (Nr. 396/J)

Zur oben angeführten parlamentarischen Anfrage führe ich Folgendes aus:

Zunächst darf ich ganz allgemein darauf hinweisen, dass Gegenstand einer parlamentarischen Anfrage nur eine Angelegenheit der Vollziehung aus dem Zuständigkeitsbereich des befragten Bundesministers sein kann. Fragen nach noch nicht realisierten Absichten eines Bundesministers werden als vom Fragerrecht ausgenommen bezeichnet (vgl. Czerny - Fischer, Kommentar zur Geschäftsordnung des Nationalrates, Seiten 293 f.). Die Fragen der gegenständlichen parlamentarischen Anfragen sind ganz überwiegend auf die Erkundung von Absichten gerichtet, deren Umsetzung erst der weiteren parlamentarischen Behandlung bedarf.

In der Sache selbst ist festzuhalten, dass bekanntlich der meinem Ressort beigegebene Staatssekretär Univ. Prof. Dr. Reinhart Waneck unmittelbar nach Regierungsantritt Expertengespräche und Verhandlungen zur Sanierung der Krankenversicherungsträger aufgenommen hat.

Nach Vorliegen der Ergebnisse dieser Gespräche und intensiver Beratungen im Rahmen einer Regierungsklausur hat die Bundesregierung am 14. April 2000 ein „Gesundheitspaket für Österreich“ präsentiert, das folgende Eckpunkte beinhaltet:

Die Krankenversicherungsträger sind beauftragt, im Rahmen ihrer Selbstverwaltung eine Sanierung ihrer finanziellen Situation herbeizuführen, die folgenden Grundsätzen folgt:

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

statt dessen:

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

Zur Umsetzung dieser Ziele wurde eine Reihe von Einzelmaßnahmen beschlossen. Der in der gegenständlichen parlamentarischen Anfrage breit thematisierte Selbstbehalt für ärztliche Leistungen ist nach den oben angeführten Grundsätzen nicht vorgesehen; lediglich für die Inanspruchnahme von Spitalsambulanzen ist ein Selbstbehalt geplant.

Im Hinblick auf diese grundsätzlichen Vorbemerkungen führe ich zu den einzelnen Fragen Folgendes aus:

Zu den Fragen 1 bis 9 sowie 13 und 14:

Wie schon erwähnt soll im Bereich der ärztlichen Behandlung für die Inanspruchnahme von Spitalsambulanzen ein Behandlungsbeitrag eingeführt werden, der bei Überweisungen ATS 150,-- pro Besuch und bei direktem Aufsuchen der Ambulanz (ohne Überweisung) ATS 250,-- betragen soll. Ausgenommen vom Behandlungsbeitrag sind medizinische Notfälle. Insgesamt darf der Behandlungsbeitrag ATS 1.000,-- pro Jahr nicht überschreiten.

Zur Frage 10:

Für Präventionsmaßnahmen ist kein Selbstbehalt vorgesehen; auch für Kur und Rehabilitation soll kein über die bestehenden Zuzahlungsregelungen hinausgehender Selbstbehalt eingeführt werden.

Zu den Fragen 11 und 12:

Die Ausgestaltung der Leistungen für Kranken - und Rettungstransporte obliegt wie bisher den Satzungen der Krankenversicherungsträger.

Zu den Fragen 15, 6 und 19:

Bereits nach der geltenden Rechtslage gibt es in der gesetzlichen Krankenversicherung eine Vielzahl verschiedener Formen eines Selbstbehaltes, deren Vereinbarkeit mit dem Solidaritätsprinzip nicht in Zweifel steht. Eine detaillierte Aufgliederung der Höhe der bestehenden Selbstbehalte in der von den Anfragestellern gewünschten Form ist nicht möglich, weil die Einnahmen aus Selbstbehalten bei den bundesweit zuständigen Versicherungsträgern nicht nach Bundesländern aufgeschlüsselt werden können, die Ursachen von Selbstbehalten nicht erfasst werden und einige Selbstbehalte in Form von Zuzahlungen direkt bei den Vertragspartnern zu entrichten sind. Die Globalzahlen der Einnahmen der Krankenversicherungsträger aus Selbstbehalten sind in dem vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger herausgegebenen statistischen Handbuch der österreichischen Sozialversicherungsträger publiziert.

Zur Frage 17:

Für die Behandlung in Krankenanstalten ist als neuer Selbstbehalt lediglich der oben erwähnte Behandlungsbeitrag in Spitalsambulanzen vorgesehen. Der bereits bestehende Verpflegskostenbeitrag bei stationären Spitalsaufenthalten soll von ATS 70,-- auf ATS 100,-- angehoben werden, wobei hievon ATS 10,-- für die Finanzierung der seit langem geforderten verschuldensunabhängigen Patientenversicherung zweckgewidmet werden.

Zur Frage 18:

In den geplanten Maßnahmen sehe ich keine Beeinträchtigung des Solidaritätsprinzips. Auch von risikenbezogenen Selbstbehaltformen kann keine Rede sein.

Zu den Fragen 20 bis 30 und 33:

In Anbetracht der nunmehr vorgestellten beabsichtigten Maßnahmen gehen diese Fragen ins Leere. Der vorgesehene Selbstbehalt für Spitalsambulanzleistungen entspricht den Empfehlungen aller namhaften Experten, wonach ärztliche Leistungen prioritär im niedergelassenen Bereich erbracht werden sollen.

Zu Frage 31:

Der Bund und die Länder haben in der Vereinbarung gemäß Art. 15a B - VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 festgelegt, den Österreichischen Krankenanstalten - und Großgeräte - plan (ÖKAP/GGP) zu einer Leistungsangebotsplanung weiterzuentwickeln und damit ein verbessertes Steuerungsinstrument im Gesundheitswesen zu schaffen. Die Grundlagenarbeiten für die Leistungsangebotsplanung für den stationären Akut - bereich wurden vom Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) im Auftrag der Strukturkommission bereits im Jänner 1997 in Angriff genommen. Die Arbeiten sind mittlerweile soweit abgeschlossen, dass Ergebnisse in einem ersten Schritt im Rahmen der ÖKAP/GGP - Revision per 1. Jänner 2001 in den ÖKAP/GGP integriert werden können.

Als Zieldefinition für eine Leistungsangebotsplanung können folgende Punkte gelten:

- Die verstärkte Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Angebote kann zu einer Entlastung des stationären Sektors und damit zu einer ökonomisch effizienteren Gestaltung des Gesundheitswesens bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung der Qualität beitragen und sollte daher gefördert werden.
- Maßnahmen zu einer qualitativ und ökonomisch sinnvollen Regulierung des Zugangs zu ambulanten medizinischen Leistungen sollten in erster Linie in Form von Anreizsystemen erfolgen.

Unabhängig von der Frage der Einführung von Selbstbehälten ist auch für den ambulanten Sektor die Erstellung eines Leistungsangebotsplanes intendiert - derzeit ist ein derartiges Vorhaben wegen des Fehlens geeigneter Datengrundlagen noch nicht möglich. Erstes Bestreben muss demnach sein, eine adäquate und einheitliche

Leistungsdokumentation für den spitalsambulanten Sektor und den niedergelassenen Bereich zu schaffen.

Zur Frage 32:

Das ÖBIG hat die Grundlagen für eine Leistungsangebotsplanung für den stationären Sektor der Gesundheitsversorgung erarbeitet. Die diesbezüglichen Ergebnisse sollen in die diesjährige Revision des ÖKAP/GGP einfließen. Die Leistungsangebotsplanung wird laufend weiterentwickelt und nach Vorliegen geeigneter Datengrundlagen auch auf den intra- und extramuralen ambulanten Bereich ausgedehnt werden. Als prioritär ist derzeit die Einführung eines sinnvollen Diagnosen- und Leistungsdokumentationssystems im ambulanten Sektor zu sehen. Mit vorbereitenden Arbeiten für dieses Vorhaben wurde bereits begonnen.

Zu den Fragen 34 bis 36:

Es erscheint sinnvoll, zweckgebundene Mittel von Abgaben einzusetzen, wie dies bereits mit dem Fonds Gesundes Österreich zur Verfügung gestellten Mitteln in der Höhe von 100 Mio. Schilling jährlich geschieht.

Inwieweit diesbezügliche weitere Mittel einforderbar sind, ist derzeit noch nicht zu beurteilen. Sie sollten aber nur für gezielte Projekte im Bereich der Vorsorge und Vorbeugung eingesetzt werden.

Derzeit ist eine sofortige Erhöhung der Zigarettenpreise nicht möglich, prinzipiell halte ich aber die Einführung eines zweckgebundenen „Gesundheitsschillings“ für diskussionswürdig.

Zu den Fragen 37 bis 42:

Es ist weder eine Aufhebung der Höchstbeitragsgrundlage noch eine Anhebung des Beitragssatzes in der Krankenversicherung geplant, zumal die Bundesregierung bereits in der Koalitionsvereinbarung unmissverständlich erklärt hat, die Lohnnebenkosten senken zu wollen.

Zur Frage 43:

Eine Anhebung des Beitragssatzes der Angestellten auf das nach derzeitigem Stand um 1,1 % - Punkte höhere Niveau des Beitragssatzes für Arbeiter (mit EFZG - Anspruch) ergäbe einen Mehrertrag von ATS 5,5 Mrd..

Zu den Fragen 44 und 45:

Nein.

Zur Frage 46:

Die beitragsfreie Anspruchsberechtigung von Angehörigen ist ein wichtiges Instrument der Familienförderung und des solidarischen Ausgleiches. Ein Ausschluss einzelner Gruppen von Angehörigen von der Mitversicherung - wie etwa nicht berufstätigen, kinderlosen Ehegatten von gutverdienenden Versicherten - würde aber wegen der erforderlichen Prüfung der Voraussetzungen im Einzelfall in der Vollziehung vermutlich einen unverhältnismäßig hohen Verwaltungsaufwand verursachen.