

759/AB XXI.GP

Beantwortung  
der Anfrage der Abgeordneten  
Dr. Elisabeth Pittermann und Genossinnen betreffend massive  
Verschlechterungen für kranke Menschen durch das FPÖVP - Belastungspaket  
im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung.  
(Nr. 779/J)

Zur gegenständlichen Anfrage führe ich Folgendes aus:

Zu den Fragen 1, 2 und 4:

Die den Fragen vorangestellten Ausführungen, wonach bei Aufsuchen einer Ambulanz mittels ärztlicher Überweisung ATS 150,- pro Besuch, bei direkter Inanspruchnahme der Ambulanz ohne Überweisung ATS 250,- pro Besuch zu entrichten ist und ein maximaler Behandlungsbeitrag pro PatientIn und Jahr von ATS 1000,- nicht überschritten wird, sind korrekt.

Von der Entrichtung der Ambulanzgebühr werden jene Patientengruppen befreit sein, die derzeit von der Rezeptgebühr befreit sind. Gemäß § 31 Abs. 2 Z 3 iVm. Abs. 5 Z 16 ASVG hat der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger Richtlinien für die Befreiung von der Rezeptgebühr bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit der/des Versicherten aufzustellen. In diesen Richtlinien ist jedenfalls eine Befreiungsmöglichkeit im Einzelfall in Berücksichtigung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse der/des Versicherten sowie der Art und Dauer der Erkrankung vorzusehen.

Zu Frage 3:

Im Jahr 1998 gab es 5,067.024 ambulante Fälle in österreichischen Fondskrankenanstalten. Die Daten für 1999 sind noch nicht vollständig gemeldet worden. Für die Nicht-Fondskrankenanstalten liegen keine Daten vor.

Zu den Fragen 5 und 6:

Es ist klarzustellen, dass kein/e Patient/in aus Jux und Tollerei die Leistungen des Krankenhauses in Anspruch nimmt. Es entspricht allerdings den Tatsachen, dass Österreich zu den Staaten mit den meisten Akutbetten und mit der höchsten Krankenhaushäufigkeit in OECD - Europa zählt.

Zu den Fragen 7 bis 9:

Die Kostenverursachung im Bereich der Spitalsambulanzen ergibt sich zwingend daraus, dass in den letzten Jahren eine Zunahme der Fallzahlen von 4,3 Millionen im Jahr 1992 auf weit mehr als 5 Millionen im Jahr 1998 stattgefunden hat. Diese Zunahme der Fälle führt automatisch zu einer Kostensteigerung nicht nur im Sach-, sondern auch im Personalaufwand, der ja bekanntlich den größten Kostenanteil im Spitalswesen ausmacht, sodass - wenn nur ein Teil dieses Zuwachses in Zukunft reduziert werden kann - sich zwingend eine Kostendämpfung in diesem Bereich ergibt.

Nicht die Zuweisungen durch niedergelassene ÄrztInnen, sondern die zunehmende Zahl von „Selbstzuweisungen“ durch die PatientInnen sind der Anlass, die Funktion des niedergelassenen Bereiches bei der Primärversorgung zu stärken. Selbstverständlich sind zur Erreichung dieses Zieles auch Maßnahmen im niedergelassenen Bereich zu treffen.

Weiters wird darauf hingewiesen, dass die Frage der Inanspruchnahme einer Spitalsambulanz im Krankenanstaltengesetz (§ 26) hinlänglich geregelt ist. Es liegt daher in der Verantwortung des jeweiligen Spitals, festzustellen, ob eine Betreuung im Bereich der Ambulanz gerechtfertigt ist oder nicht.

Zu den Fragen 10 bis 12:

Aufgrund des Krankenanstaltengesetzes (§§ 22 und 24) sind Personen bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen (Anstaltsbedürftigkeit, Unabweisbarkeit, ect.) in die Anstaltspflege aufzunehmen bzw. aus der Anstaltspflege zu entlassen. Die Feststellung, ob eine Person aufgrund ihres körperlichen und/oder geistigen Zustandes aufzunehmen bzw. zu entlassen ist, obliegt selbstverständlich jenen, die über die erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten verfügen, nämlich den ÄrztInnen.

Es wurde niemandem etwas unterstellt. PatientInnen werden nicht gesetzwidrig ins Krankenhaus aufgenommen. Die hohe Krankenhaushäufigkeit in Österreich ist systemimmanent und historisch begründet. Trotzdem erscheint es zulässig, Maßnahmen zu setzen, die dazu führen, dass sich Österreich dem internationalen Standard hinsichtlich der Krankenhaushäufigkeit annähert. Bezüglich der Verweildauer im Krankenhaus wurden bereits in den letzten Jahren enorme Fortschritte erzielt: Die durchschnittliche Belagsdauer lag im Akutbereich (Fondskrankenanstalten) im Jahr 1998 bei 6,6 Tagen (gezählt sind hierbei die Krankenhausaufenthalte zwischen 1 und 28 Tagen). Damit lag Österreich etwa im Durchschnitt von OECD - Europa.

Zu Frage 13:

Da die Bedingungen zur Entrichtung von Ambulanzgebühren österreichweit gleich sind, ergibt sich auch keine Ungleichbehandlung.

Zu den Fragen 14 bis 18:

Es zählt zu den Aufgaben der Gesundheitsplanung, eine regional ausgewogene gleichwertige Versorgung sicherzustellen. Die Mittel und Wege dazu sind u.a. Gegenstand der derzeit laufenden Verhandlungen zwischen dem Bund und den Bundesländern.

Hinsichtlich der ärztlichen Versorgung im niedergelassenen Bereich erfolgt eine laufende Anpassung der zwischen den Ärztekammern und der Sozialversicherung vereinbarten vertragsärztlichen Stellenpläne an den jeweiligen Bedarf, bezogen auf regionale und fachspezifische Erfordernisse. Hierbei wird u.a. auf die vorhandenen Versorgungsstrukturen und das Einzugsgebiet sowie die daraus zu erwartende Auslastung von Vertragsärzten Bedacht genommen. Eine Rücknahme der Kapazitäten der Spitalsambulanzen wird zwangsläufig auch Auswirkungen auf die Patientenfrequenz bei niedergelassenen Ärzten haben und bedarf daher einer entsprechenden akkordierten Vorgangsweise zwischen den beteiligten Institutionen. Eine erhöhte Patientenfrequenz würde den in den Fragen 17 und 18 formulierten Bedenken hinsichtlich Auslastung und Qualität entgegenwirken.

Aus Sicht der Sozialversicherung muss sich die Verringerung der von den Krankenanstalten erbrachten Leistungen letztlich auch in der Verteilung der Finanzierungslast zwischen Ländern und Sozialversicherung entsprechend niederschlagen, zumal die Sozialversicherung schon jetzt beträchtliche Mittel zur Krankenanstaltenfinanzierung erbringt und der Finanzierungsbeitrag der Sozialversicherung bekanntlich auch die ambulanten Leistungen der Spitäler umfasst.

Zu Frage 19:

Eine Benachteiligung der ländlichen im Vergleich zur städtischen Bevölkerung wegen langer Anfahrtswege zur medizinischen Versorgung ist schon jetzt gegeben und letztlich strukturell bedingt, zumal auch die nächstgelegene Krankenanstalt im ländlichen Raum oft weit entfernt ist.

Zu den Fragen 20 und 21:

Es wurden keine konkreten Krankheitsbilder sondern Durchschnittskosten je Fall zugrundegelegt. Mein Ziel in der Gesundheitsversorgung ist es, dass PatientInnen je weils dort behandelt werden, wo die Behandlung am effektivsten und - bei gleichwertigen Alternativen - am kostengünstigsten erbracht werden kann. Es wird seitens des/der behandelnden Arztes/Ärztin zu entscheiden sein, welche Vorgangsweise im konkreten Fall zu wählen ist.

Der von mir angestrebte Weg ist die notwendige Verzahnung des niedergelassenen Bereiches und des Spitalssektors, um bei gleichzeitiger Nutzung möglicher Einspa-

zungspotenziale die Effizienz des österreichischen Gesundheitssystems zu erhöhen. In welcher Form bzw. mit welchen Schritten dieses Ziel u.a. erreicht werden wird, ist Gegenstand der derzeit laufenden Verhandlungen zwischen dem Bund und den Bundesländern.

Zu Frage 22:

Die Beteiligung der gesetzlichen Sozialversicherung an der Spitalsfinanzierung erfolgt seit der Neuregelung der Krankenanstaltenfinanzierung und der diesbezüglichen Art. 15a - Vereinbarung ab dem Jahr 1997 durch einen Pauschalbetrag. Die reale Kostenentwicklung im Bereich der Krankenanstalten hat daher keine Auswirkungen auf die Kostenbelastung der Krankenversicherungsträger.

Die APA - Meldung, wonach der Herr Staatssekretär die überwiegende Schuld an den Finanzierungsproblemen der sozialen Krankenversicherung den Ambulanzen und Krankenanstalten zugeschoben hätte, beruht auf einer Falschmeldung und wurde von ihm umgehend richtig gestellt.

Zu den Fragen 23 und 24:

Veränderungen im Bereich der Spitalsambulanzen liegen in der Verantwortung der Länder und der jeweiligen Krankenanstaltenträger. Dabei stellt sich nicht primär die Frage, Ambulanzen zu schließen, sondern es muss erreicht werden, dass vermehrt Kooperationen zwischen den Ambulanzen und dem niedergelassenen Bereich stattfinden. Eine Schließungsempfehlung resultiert daraus nicht.

Zu Frage 25:

Grundsätzlich ist jedenfalls eine Erhöhung der Mindestordinationszeiten der Vertragsärzte anzustreben. Angesichts der geplanten bzw. gewünschten Verlagerung der Leistungserbringung von Krankenanstalten in den niedergelassenen Bereich muss daher von der Ärzteschaft erwartet werden, dass sie einer Ausweitung der gesamtvertraglich vereinbarten Mindestordinationszeiten zustimmt; dies sollte auch im Sinne eines Service für die PatientInnen selbstverständlich sein. Die Finanzierung aller angesprochenen Bereitschaftsdienste durch die gesetzliche Krankenversicherung ist jedoch sicher nicht denkbar, da die Verpflichtung zur Organisation und Finanzierung eines ärztlichen Bereitschaftsdienstes nach den relevanten verfassungsrechtlichen Grundlagen in die Kompetenz der Länder und Gemeinden fällt. Schließlich ist noch festzuhalten, dass die Spitalsambulanzen für Notfälle weiter zur Verfügung stehen müssen.

Zu Frage 26:

Die Aufgabe der Notfallbetreuung durch die Krankenanstalten ist im Krankenanstaltengesetz hinlänglich geregelt. Es sind in diesem Bereich auch keine diesbezüglichen Klagen bekannt und es besteht kein Bedarf, in diesem Bereich etwas vorzusehen.

Zu den Fragen 27 bis 29:

Da eine Gegenverrechnung der Ambulanzgebühren mit den Leistungen der sozialen Krankenversicherung geplant ist, bedarf es einer entsprechenden Regelung im Rahmen einer zukünftigen Art.15a B - VG - Vereinbarung über die Krankenanstalten - finanzierung mit den Ländern, die derzeit in Verhandlung ist.

Zu Frage 30:

Wie bereits weiter oben ausgeführt, ist die Höhe der Ambulanzgebühren pro Jahr und PatientIn mit ATS 1.000,-- limitiert.

Zu Frage 31:

Künftig müssen die Krankenhäuser pro Belagstag ATS 10,-- für einen verschul - densunabhängigen Patientenentschädigungsfonds bereitstellen. Dieser ist unab - hängig von einer Anpassung des Verpflegskostenbeitrages. Die Krankenanstalten haben lediglich die Möglichkeit, im Rahmen des Verpflegskostenbeitrages ATS 10,-- von diesem Betrag umzuleiten.

Da im niedergelassenen Bereich über Haftpflichtversicherung und Schiedsstellen in jedem Bundesland eine diesbezügliche Versicherungsregelung für PatientInnen be - reits jetzt besteht, ist mit dieser Maßnahme eine Angleichung für den Spitalsbereich erfolgt und es sind daher diese Mittel auch von dort bereitzustellen.