
2650/J XXII. GP

Eingelangt am 11.02.2005

Dieser Text wurde elektronisch übermittelt. Abweichungen vom Original sind möglich.

ANFRAGE

der Abgeordneten Haidlmayr, Freundinnen und Freunde

an die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen

betreffend Verrechnung von tagesklinischen Aufnahmen im Krankenhaus

Frau M. hatte im AKH Wien einen ambulanten Termin für eine Infusion.

Der Termin dauerte ca. 20 Minuten (inkl. Infusion).

Nach Beendigung der Infusion wurde Frau M. ein Aufnahmebogen vorgelegt, auf dem eine tagesklinische Aufnahme inkl. Bettenbelegung auf einer Station dokumentiert werden sollte.

Frau M. weigerte sich, diese Daten anzugeben, da sie ja nicht stationär, sondern nur ambulant behandelt wurde.

Nach Rücksprache mit dem zuständigen Arzt wurde Frau M. mitgeteilt, dass die Infusion sehr teuer sei und diese nur im Zusammenhang mit einer tagesklinischen Aufnahme verabreicht werde. Eine Verabreichung dieser Infusion beim praktischen Arzt wäre nicht möglich.

Nach einem Anruf bei der zuständigen Krankenkasse wurde Frau M. mitgeteilt, dass diese Vorgangsweise unüblich sei und damit für den Kostenträger (Länderfonds) erhebliche Mehrkosten entstünden, da ja nicht nur das Medikament durch die Krankenkasse, sondern auch die tagesklinischen Aufnahmekosten durch die Länderfonds zu zahlen sind, obwohl diese nicht erbracht wurde.

Als Frau M. dies dem zuständigen Arzt mitteilte, meinte dieser, dies sei üblich, denn die Spitäler müssten auch schauen, wie sie zu ihrem Geld kommen. Frau M. wurde erklärt, dass dies auch bei Chemotherapien so gehandhabt werde, wo die PatientInnen ja auch nur ein paar Stunden im Krankenhaus zur Verabreichung der Infusion wären, aber trotzdem der gesamte Satz an tagesklinischer Behandlung an die Kostenträger weiterverrechnet werden.

Die unterfertigten Abgeordneten stellen daher folgende

ANFRAGE:

1. Ist es üblich, dass bei ambulanter Verabreichung von Infusionen zusätzlich zu den Medikamentenkosten auch Kosten einer tagesklinischen Aufnahme verrechnet werden, obwohl diese gar nicht erfolgte?
Wenn ja: Wodurch ist diese Vorgangsweise gerechtfertigt?
Wenn nein: Ist Ihnen bekannt, dass solche „Verrechnungssysteme“ angeblich Praxis sind?
2. Wie hoch sind die Kosten einer tagesklinische Aufnahme, die an die Kostenträger (Länderfonds) verrechnet werden?
3. Welche Maßnahmen werden Sie setzen, damit es nicht weiterhin zu Verrechnungen von Leistungen kommen kann, die gar nicht erbracht wurden?
4. Gibt es klare Richtlinien, die eine Vorgangsweise, wie sie oben beschrieben wurde, hintanhalt?