

10970/AB XXIV. GP

Eingelangt am 22.05.2012

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

BM für Gesundheit

Anfragebeantwortung



Alois Stöger
Bundesminister

Frau
Präsidentin des Nationalrates
Mag.^a Barbara Prammer
Parlament
1017 Wien

GZ: BMG-11001/0081-I/A/15/2012

Wien, am 15. Mai 2012

Sehr geehrte Frau Präsidentin!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische
Anfrage Nr. 11208/J der Abgeordneten Markowitz, Dr. Spadiut, Kolleginnen und Kollegen nach den mir vorliegenden Informationen wie folgt:

Einleitend ist festzuhalten, dass für die Beantwortung der vorliegenden Anfrage eine Stellungnahme des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger eingeholt wurde, die den nachfolgenden Ausführungen zugrunde liegt.

Frage 1:

Leistungen der sozialen Krankenversicherung werden nach Vorlage der e-card und bei Vorliegen der rechtlichen Voraussetzungen im Rahmen des Sachleistungsprinzips ohne jegliche direkte Zahlung durch die Patientin/den Patienten erbracht. Die Vertragsärztin/der Vertragsarzt verrechnet die Leistung mit dem jeweils zuständigen Krankenversicherungsträger. Dies ist selbstverständlich nur dann möglich, wenn über die Leistung ein Vertrag (Gesamtvertrag oder sonstiger Vertrag nach den §§ 338 ff ASVG) besteht. Das Verlangen von privaten Zuzahlungen zu derartigen Leistungen ist vertragswidrig und daher unzulässig. Vertraglich geregelte Leistungen dürfen von Vertragspartner/inne/n nur dann privat verrechnet werden, wenn die Patientin/der Patient dies ausdrücklich wünscht. Dies schließt eine Verrechnung mit der Sozialversicherung und auch eine Kostenerstattung durch den Krankenversicherungsträger (§ 131 ASVG) aus.

Lediglich Krankenversicherungsleistungen außerhalb des Sachleistungsprinzips, für die es keine Direktverrechnungsmöglichkeit, wohl aber einen Kostenzuschuss gibt, können von der Vertragsärztin/vom Vertragsarzt mittels Privathonorar der Patientin/dem Patienten verrechnet werden.

Das „Verwenden“ der e-card bewirkt zunächst nur, dass die Identität der Patient/inn/en dokumentiert wird. Dies ist gesetzlich zulässig und in § 31a Abs. 4 Z 3 ASVG ausdrücklich geregelt (Auslesen von Namen, Geburtsdatum und Geschlecht). Ob im dargestellten Fall des Herrn P. darüber hinaus auch eine (nur online mögliche) Abfrage über Versicherungsansprüche erfolgte, kann aus der Darstellung in der Anfrage nicht erschlossen werden. Ob tatsächlich später Leistungen mit einem Krankenversicherungsträger abgerechnet werden, ist davon unabhängig. Das bloße „Stecken“ der e-card bewirkt für sich allein noch keine Leistungsabrechnung.

Zum Fall des Herrn P. sei darüber hinaus angemerkt, dass Gelbfieberimpfungen, wie alle Reiseimpfungen und sonstigen prophylaktischen Impfungen, grundsätzlich nicht Leistungsgegenstand der gesetzlichen Krankenversicherung sind. Eine Verrechnung dieser Leistung mit dem Krankenversicherungsträger ist daher nicht zulässig.

Wie der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger ausführt, ist aus der Praxis bekannt, dass Leistungsanbieter/innen die e-card (bzw. die dort angegebenen Daten, zulässigerweise) zur Verwaltung ihrer Patient/inn/endaten nutzen. Außerdem wäre vorstellbar, dass gleichzeitig mit der Inanspruchnahme einer Krankenversicherungsleistung auch eine Privatleistung bezogen wird. In diesem Fall wäre die Verwendung der e-card notwendig und zulässig.

Regelungen zur e-card und Abrechnungsdetails finden sich in den e-card-Ärztegesamtverträgen und in den jeweiligen Ärztegesamtverträgen (inkl. Zusatzvereinbarungen bzw. sonstige Vereinbarungen) der Krankenversicherungsträger. Diese sind öffentlich und kostenlos zugänglich unter www.avsv.at - Übersicht - Gesamtverträge (§ 338 Abs. 1 ASVG).

Auskünfte werden von den zuständigen Krankenversicherungsträgern erteilt. Allgemeine Informationen über den Leistungsumfang der Krankenversicherung sind auch auf der Homepage des jeweiligen Krankenversicherungsträgers angeführt.

Frage 2:

Nach Mitteilung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger stellen Ultraschalluntersuchungen, wie im gegenständlichen Fall der Frau A., bei Vorliegen einer ausreichenden medizinischen Indikation eine Leistung der sozialen Krankenversicherung dar, die im Regelfall im Rahmen der Krankenbehandlung durch Gynäkolog/inn/en erbracht und mit dem Krankenversicherungsträger verrechnet werden kann.

Bei einzelnen Krankenversicherungsträgern ist eine Verrechnung jedoch nur dann möglich, wenn die Untersuchung von einer Radiologin/einem Radiologen durchgeführt wird.

Auf die medizinische Notwendigkeit bestimmter Untersuchungen im vorliegenden Einzelfall (und die daraus resultierende Möglichkeit einer Direktverrechnung mit einem Krankenversicherungsträger) kann schon mangels Angabe von Details nicht eingegangen werden. Ebenso wenig kann eine Aussage darüber getroffen werden, warum im vorliegenden Fall eine Überweisung an ein spezialisiertes Institut bzw. eine Röntgenfachärztin/einen Röntgenfacharzt nicht stattgefunden hat.

Die Kostentragung für gynäkologische Ultraschalluntersuchungen ist in den Ärztegesamtverträgen bzw. den jeweiligen Honorarordnungen, den Vorsorgeuntersuchung-Gesamtverträgen sowie dem Mutter-Kind-Pass-Gesamtvertrag geregelt. Diese Verträge sind in den Amtlichen Verlautbarungen des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger (siehe Frage 1) veröffentlicht.

Weitere Informationen erteilen sowohl die behandelnde Vertragsärztin/der behandelnde Vertragsarzt als auch der zuständige Krankenversicherungsträger.

Frage 3:

Die Leistungsinformation ist auf der Rechtsgrundlage des § 81 Abs. 1 ASVG bundesweit einheitlich gestaltet. Bei der Gestaltung der Leistungsinformation in ihrer Papierfassung wurde nach Mitteilung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger bewusst auf eine detailliertere Darstellung verzichtet; wie der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger dazu weiter ausführt, haben mehrere repräsentative Befragungen mit einer Kundenzufriedenheit von 78% die Ausgestaltung der Leistungsinformation bestätigt.

Es ist in Übereinstimmung mit dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger derzeit nicht beabsichtigt, diese Information umfangreicher bzw. detaillierter als bisher zu gestalten.

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger weist in diesem Zusammenhang in seiner Stellungnahme darauf hin, dass Detailinformationen bis auf Ebene einzelner Leistungen bzw. Heilmittel jederzeit verfügbar sind und den Versicherten auf Anfrage übermittelt werden. Weiters steht die detaillierte Leistungsinformation im Internet zur Verfügung, wo sie mittels Bürgerkarten oder Handysignatur abgefragt werden kann. Die Versicherten werden nach Mitteilung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger heuer von der Sozialversicherung über dieses Service informiert.

Bei Versicherungsträgern mit Selbstbehalten erfolgt im Regelfall eine Detaillierung bereits bei dieser Abrechnung.

Frage 4:

Es besteht keine diesbezügliche Meldepflicht. Die Krankenversicherungsträger sind auch nicht zur Einsicht in derartige Geschäftsdaten der Vertragsärztinnen/-ärzte berechtigt.

In Übrigen verweise ich auf meine Ausführungen in der Beantwortung der parlamentarischen Anfrage Nr. 3895/J vom 4. Februar 2010 (Nr. 3898/AB).

Frage 5:

„Beratungsleistungen“ werden den Krankenversicherungsträgern im Allgemeinen nicht bekannt, da diese grundsätzlich nicht in den Leistungsbereich der sozialen Krankenversicherung fallen. Nach Mitteilung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger werden Überprüfungen, ob die verrechneten Leistungen mit den tatsächlich durchgeföhrten Leistungen übereinstimmen, von den Krankenversicherungsträgern stichprobenartig, aber auch in konkreten Verdachtsfällen durchgeführt. Zur Überprüfung, ob Leistungen tatsächlich erbracht wurden, werden in begründeten Verdachtsfällen auch Patient/inn/enbefragungen durchgeführt. Zum Teil bietet auch die Leistungsinformation die Möglichkeit, verrechnete, jedoch nicht erbrachte Leistungen zu identifizieren. Ich verweise in diesem Zusammenhang auch auf die Ausführungen in der Beantwortung der parlamentarischen Anfrage Nr. 10046/J vom 24. Jänner 2012 (Nr. 9837/AB). Kontrollen erfolgen dabei unter anderem durch den Abgleich verrechneter Leistungen mit der ärztlichen Dokumentation.

Ergänzend darf ich im Folgenden einen Auszug der Stellungnahme des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger wiedergeben:
„Da zwischen Behandlung und Befragung meist einige Monate verstrichen sind (die Quartalsabrechnung muss abgewartet werden), können sich Patienten an bezogene Leistungen oftmals nicht mehr im Detail erinnern. Außerdem sind nicht alle medizinischen Leistungen bei einem Laien abzufragen, z.B. kann ein Patient nach einer Blutabnahme keine Angaben darüber machen, ob und wie viele Laborparameter erhoben wurden. Erfahrungsgemäß können nur markante Interventionen, bei denen sich das Vorgehen des Arztes auch gut beschreiben lässt, sicher abgefragt werden.“

Weiters erkennen beispielsweise Versicherte der SVA und der BVA eine unberechtigte Verrechnung von Leistungen anhand der Vorschreibung des Kostenanteils bzw. des Behandlungsbeitrages.

Zusätzlich werden im Zuge der Vertragspartnerkontrolle Fälle der e-card-Konsultationen überprüft. Bei Auffälligkeiten in den Abrechnungsunterlagen werden entsprechende Prüfungen in die Wege geleitet.

Im Sinne der Behandlungsoökonomie werden statistische Auffälligkeiten bei der Verrechnung von Leistungspositionen von Vertragspartnern (z.B. durch Durchschnittsbetrachtungen, Kosten pro Fall, Zeitdiagramme etc.) ausgewertet. Bei nicht plausiblen bzw. stark überdurchschnittlichen Verrechnungspraktiken wird das im Ärztegesamtvertrag vorgesehene Verfahren (z.B. amikale Aussprache, Schlichtungsausschuss) vorgenommen.“