

XXIV. GP.-NR

13919 /AB

03. Mai 2013

zu 14228 /J

BUNDESMINISTERIUM
FÜR GESUNDHEITAlois Stöger
Bundesminister

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

GZ: BMG-11001/0077-I/A/15/2013

Wien, am 2. Mai 2013

Sehr geehrte Frau Präsidentin!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische **Anfrage Nr. 14228/J der Abgeordneten Mag. Johann Maier und GenossInnen** nach den mir vorliegenden Informationen wie folgt:

Frage 1:

Ich verweise auf meine Ausführungen zu Frage 1 der an mich gerichteten parlamentarischen Anfrage Nr. 12924/J, wobei ich in Ergänzung des darin enthaltenen Hinweises auf die bereits durch mich erfolgten Beantwortungen parlamentarischer Anfragen zum Thema „e-card-Missbrauch“ auf meine Ausführungen zur parlamentarischen Anfrage Nr. 13633/J hinweisen darf.

Frage 2:

Dazu verweist der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger auf seine Ausführungen zu der bereits erwähnten Voranfrage Nr. 12924/J, welche vollinhaltlich in meine Beantwortung zu den Fragen 3 und 4 dieser Anfrage eingeflossen sind. Seine damaligen Ausführungen bezeichnet der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger als nach wie vor relevant. Weiters hält der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger fest, dass die genannten sozialversicherungsweiten Maßnahmen sowie die zusätzlichen Maßnahmen einzelner Träger entsprechend weitergeführt bzw. weiterentwickelt würden. Hinsichtlich der Abstimmung mit meinem Ressort erachtet er seine Ausführungen ebenfalls für nach wie vor gültig.

Ergänzend hat der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger im Wesentlichen noch Folgendes ausgeführt:

„Im genannten sozialversicherungsweiten Projekt „Transparenz und Reduktion von Korruption und sachfremden Einflüssen im Gesundheitswesen“ ist die Projektplanung zur Umsetzung der Maßnahmen abgeschlossen. Im Rahmen des Zielsteuerungssystems der Sozialversicherung (BSC) ist eines der Ziele „SV-System vor Missbrauch schützen“. Die Indikatoren und Messgrößen zur Evaluierung sind definiert.

Seitens der Krankenversicherungsträger werden hinsichtlich Vertragspartner gemäß §§ 338 ff ASVG vor dem Hintergrund des § 133 Abs. 2 ASVG, der Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen (RöV, avsv Nr. 5/2005 i.d.g.F.) sowie der Richtlinien über die Berücksichtigung ökonomischer Grundsätze bei der Krankenbehandlung (RöK, avsv Nr. 148/2005 i.d.g.F.) nach wie vor Vertragspartnerkontrollen durchgeführt, um zu prüfen, ob in Rechnung gestellte Leistungen vertragskonform erbracht wurden bzw. diese medizinisch indiziert waren.“

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger weist auch darauf hin, dass bei ihm auf Basis seiner Aufgaben nach dem SV-EG (Verbindungsstelle und Zugangsstelle im internationalen Sozialversicherungsrecht) mittlerweile seit einigen Wochen die elektronisch abfragbare Erfassung der einlangenden Papiermeldungen der ausländischen Sozialversicherungsträger (Entsendungen usw.) zwecks Abgleich mit innerstaatlichen Sachverhalten läuft.

Wie der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger weiter ausführt, werden ebenfalls vor diesem Hintergrund die Beobachtungen auffälliger Fälle im e-card-System weiter geführt (siehe dazu die Ausführungen in der Stellungnahme des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger zur parlamentarischen Anfrage Nr. 13633/J, Punkte 9 ff., ab S. 12). Die Abfragemöglichkeit, aufgrund derer die Patient/inn/en jeweils die Verwendungsdaten ihrer eigenen e-card elektronisch abfragen werden können, um aus Eigenem zu verifizieren, ob die jeweilige e-card (deren Daten) tatsächlich nur in der beabsichtigten Weise verwendet wurde, ist nach Mitteilung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger ebenfalls mit einem Fertigstellungs-(Freigabe-)termin in den nächsten Monaten in Arbeit.

Frage 3:

Ich verweise auf meine Ausführungen zu Frage 5 der an mich gerichteten parlamentarischen Anfrage Nr. 12924/J.

Frage 4:

Ich darf auf meine allgemeine Beantwortung, insbesondere S. 7, zu Frage 6 der an mich gerichteten parlamentarischen Anfrage Nr. 12924/J verweisen. Von der Österreichischen Ärztekammer wurden keine aktuellen Daten für 2012 übermittelt.

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger hat wie folgt Stellung genommen:

„Krankenanstalten werden weitgehend über Pauschalbeträge finanziert, sodass bei den Krankenversicherungsträgern in den letzten Jahren kein Überblick zu diesem Thema besteht. Diesbezüglich könnten die Landesfonds nähere Unterlagen besitzen. Ob und wie solche Fälle von Interessenvertretungen behandelt werden, wird der Sozialversicherung konkret nicht bekannt, einschlägige Entscheidungen müssen ihr nicht übermittelt werden.

Die WGKK hat 382 Fälle, denen Falschabrechnungen bzw. Abrechnungsbetrug von Vertragsärzten zu Grunde liegen, mit einem Schadensbetrag von € 508.193,93 festgestellt.

Vertragsrechtliche Maßnahmen: Es wurden vier Verträge mit Vertragsärzten gekündigt. Bei zwei Schiedsverfahren wurde die Kündigung in erster Instanz bestätigt. Ein weiteres Kündigungsverfahren wurde bereits in zweiter Instanz verhandelt. Eine Entscheidung über die Zulässigkeit dieser Kündigung ist in den nächsten Wochen zu erwarten. Ein Kündigungsverfahren wurde wegen Tod des Vertragsarztes eingestellt.

Strafrechtliche Maßnahmen: Zwei Verfahren gegen Großschadensverursacher, die insgesamt einen Gesamtschaden in Höhe von rd. 1 Mio. Euro (dieser Betrag ist in der oben angeführten Schadenssumme nicht enthalten, weil zum jetzigen Zeitpunkt offen ist, ob und in welcher Höhe ein Zuspruch erfolgt) bezichtigt werden, sind derzeit gerichtsanhängig. Ein Verfahren wurde seitens der Staatsanwaltschaft eingestellt.

Bei der NÖGKK ist es in neun Fällen im Zuge von Kontrollen von Vertragsärzten zu Honorarrückforderungen in Höhe von insgesamt ca. € 254.000,- gekommen. Diese Rückforderungen beruhen hauptsächlich auf einer unökonomischen Krankenbehandlung, Fehlerrechnungen sowie der Fehlinterpretation von Abrechnungsbestimmungen. Bei Kontrollen von Zahnbehandlerabrechnungen ist es in acht Fällen zu Rückforderungen in Höhe von rund € 82.600,- aus den genannten Gründen gekommen. Angemerkt wird, dass lediglich Fälle mit einem Rückforderungsbetrag von über € 5.000,- berücksichtigt wurden. In einem Fall wurden neben einer unökonomischen Behandlungsweise auch Täuschungshandlungen festgestellt. Der Einzelvertrag wurde in weiterer Folge von der Vertragsärztin gekündigt und der geltend gemachte Schaden in der Höhe von ca. € 63.000,- beglichen.

Von der BGKK wurde in elf Fällen die Abrechnung von Vertragsärzten und in fünf Fällen die Abrechnung von Vertragszahnärzten beeinsprucht. Es handelt sich dabei um Abrechnungsdifferenzen, denen zum Großteil technische Ursachen sowie Auslegungsunterschiede der Honorarordnung zugrunde liegen. Es erfolgte keine strafrechtliche Anzeige und auch keine Erledigung vor Gericht. Ein Fall wurde vor der Landesberufungskommission, die übrigen Fälle wurden in amikalen Aussprachen, zum Teil im Beisein der Interessensvertretung, bereinigt, wobei insgesamt ein Betrag von € 37.274,74 in Abzug gebracht wurde.

Bei der OÖGKK sind folgende Fälle verzeichnet. Es gab keine strafrechtlichen Verfolgungen. Das in der Vorjahresstellungnahme angesprochene Verfahren bei den Schiedskommissionen ist noch nicht abgeschlossen.

Gesamtschaden € 290.551,88:

- Rückforderung bei 28 ÄrztInnen (PA, FA, ZA): € 218.273,41
- Rückforderung bei einem Orthopädienschuhmacher: € 45.000,-
- Rückforderung bei einem Bandagisten: € 10.474,03
- Rückforderung bei zwei Hebammen: € 14.788,-
- Rückforderung bei einem Physiotherapeuten: € 2.016,44

Bei der STGKK wurden im Zuge der Vertragspartnerkontrollen im fraglichen Zeitraum keine Betrugsfälle festgestellt.

Die KGKK führte in 23 Fällen Rückforderungsgespräche mit Vertragspartnern durch. Bei den Fehlverrechnungen handelt es sich zumeist nicht um strafrechtlich verfolgbare Tatbestände, sondern auch um Fehlinterpretationen oder Auslegungsdifferenzen der Textierung von Honorarpositionen. Der Gesamtschaden für das Jahr 2012 beläuft sich auf rund € 70.000,--.

Bei der TGKK liegen derzeit zwei Verdachtsfälle vor. Diese befinden sich noch im Prüfstadium. Die Höhe des Gesamtschadens ist noch nicht bekannt. Ob es zu einer strafrechtlichen Verfolgung kommen wird, ist noch offen.

Bei der VGKK gab es einige Fälle von e-card-Missbrauch durch Versicherte. Dies waren keine Fälle von Korruption und es handelte sich dabei um Schäden in sehr geringem Umfang.

Bei der VAEB existiert über Fälle von Abrechnungsbetrug und Falschabrechnungen kein repräsentatives Datenmaterial, da die Abgrenzung zu Abrechnungsirrtümern nicht eindeutig definierbar ist.

Bei der BVA werden im Bereich Krankenversicherung wiederkehrend Falschabrechnungen durch Vertragspartner festgestellt. Als Ursache kann nach Kontaktaufnahme mit der abrechnenden Stelle beinahe in jedem Fall ein Irrtum ausgemacht werden. Jedenfalls konnte in keinem Fall eindeutig von einem bestehenden Vorsatz ausgegangen werden, weshalb auch keine Sachverhaltsdarstellung an die Staatsanwaltschaft erfolgte. Ausdrücklich festgehalten wird, dass der BVA durch diese Falschabrechnungen kein Schaden entstanden ist, da ungerechtfertigte Abrechnungen immer von weiteren vertraglichen Zahlungen in Abzug gebracht werden konnten.

Bei der SVA ist ein Fall von Abrechnungsbetrug aufgetreten, der 2013 beigelegt und zur Rückzahlung von € 37.000,- geführt hat.

Von der SVB wurden folgende Beträge rückgefordert bzw. einbehalten. Es handelt sich dabei um Fehlerrechnungen und nicht um Abrechnungsbetrug. Lediglich bei den Transporten sind auch Betrugsfälle aufgetreten. Fehlerrechnungen, die bereits im Rahmen der Abrechnung auffallen sind in den angeführten Summen nicht enthalten. Es wurden nur Fälle erfasst, die nach einem bestimmten Verfahren (Rückforderung, Mahnung, eventuell Klagsandrohungen etc.) letztlich zur Schadensgutmachung geführt oder im Rahmen der Wahlarztabrechnung nach näherer ärztlicher Prüfung zur Kürzung geführt haben. Es wurden keine Sachverhaltsdarstellungen an die Staatsanwaltschaft übermittelt.“

Heilmittel/e-card-Missbrauch	€ 1.270,86
Ärztliche Hilfe	€ 114.941,60
Heilbehelfe/Hilfsmittel	€ 280,00
Transporte	€ 16.063,65

Hinsichtlich der Abrechnung stationärer Aufenthalte in fondsfinanzierten Krankenanstalten ist festzuhalten, dass diese durch die Landesgesundheitsfonds bzw. den Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds (PRIKRAF) geprüft wird.

Unter anderem werden die Daten nach Übermittlung an den jeweils zuständigen Fonds einer vom Bundesministerium für Gesundheit zur Verfügung gestellten elektronischen Plausibilitätsprüfung unterzogen. Unplausible Datensätze, etwa mit nicht zulässigen Diagnosen und Leistungskombinationen oder anderen Auffälligkeiten werden in Rücksprache mit den Leistungserbringer/inne/n einer intensiveren Prüfung unterzogen und nötigenfalls korrigiert. Mit diesem System sollen Fehlcodierungen, die z.B. zu einer nicht korrekten Verrechnung führen könnten, unterbunden werden.

Frage 5:

Die Gabe oder Annahme von nach § 55a Abs. 1 und 4 Arzneimittelgesetz (AMG) verbotenen Zuwendungen stellt eine Verwaltungsübertretung dar (§ 84 Z 20 AMG), die mit Geldstrafe bis zu € 25.000,-- zu bestrafen ist. Desgleichen ist die Gabe oder Annahme nach § 55b AMG verbotener Naturalrabatte eine Verwaltungsübertretung (§ 84 Z 20a AMG), die mit Geldstrafe bis zu € 25.000,-- zu bestrafen ist. Meinem Ressort sind keine Anzeigen nach diesen Bestimmungen bekannt geworden.

Darüber hinaus verweise ich auf die Beantwortung zu Frage 7 der an mich gerichteten parlamentarischen Anfrage Nr. 12924/J. Konkrete weitere Fälle können nicht genannt werden.

Frage 6:

Ich darf auf meine Ausführungen zu Frage 8 der parlamentarischen Anfrage Nr. 12924/J verweisen.

