


XXIV. GP.-NR
2039 /AB
10. Juli 2009

 **BUNDESMINISTERIUM
FÜR GESUNDHEIT**
Alois Stöger diplômé
Bundesminister

zu 2051 /J

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

Wien, am 8. Juli 2009

GZ: BMG-11001/0149-I/5/2009

Sehr geehrte Frau Präsidentin!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische **Anfrage Nr. 2051/J der Abgeordneten Dr. Karlsböck und weiterer Abgeordneter** nach den mir vorliegenden Informationen wie folgt:

Zunächst ist allgemein der in der Präambel der gegenständlichen Anfrage aufgestellten Behauptung, bei den Selbstbehalten gebe es für sozial Schwächere keine Befreiung und auch eine soziale Staffelung bezüglich der Höhe der Selbstbehalte sei nicht vorgesehen, Folgendes entgegen zu halten:

Im Falle der sozialen Schutzbedürftigkeit von Versicherten gibt es eine Reihe von Nachsichts- und Befreiungsmöglichkeiten. Von der Entrichtung der Rezeptgebühr etwa sind bestimmte Personengruppen (z.B. BezieherInnen einer Ausgleichszulage) schon kraft Gesetzes ausgenommen. Darüber hinaus besteht auch die Möglichkeit der Befreiung von der Verpflichtung zur Entrichtung der Rezeptgebühr auf Antrag, wenn bestimmte Einkommensgrenzen nicht überschritten werden. Schließlich ist seit dem 1.1.2008 Rezeptgebühr innerhalb eines Jahres nur mehr bis zur Obergrenze von 2% des Jahresnettoeinkommens zu entrichten.

Die Befreiung von der Bezahlung der Rezeptgebühr (mit Ausnahme jener wegen Erreichung der 2%-Einkommensgrenze) bewirkt auch einen Entfall von Selbstbehalten bei Heilbehelfen und Hilfsmitteln sowie bei Transportkosten.

Die Zuzahlungen bei Kur- und Erholungsaufenthalten sind nach den Einkommensverhältnissen gestaffelt und entfallen ebenfalls bei Befreiung von der Rezeptgebühr. Diese Befreiungsmöglichkeiten gelten auch bei Rehabilitationsaufenthalten.

Zu guter Letzt können auch Zuwendungen aus den Mitteln der bei den Versicherungsträgern eingerichteten Unterstützungsfonds nach den vom Vorstand des jeweiligen Versicherungsträgers erlassenen Richtlinien gewährt werden. Es handelt sich hierbei um freiwillige Leistungen des Trägers, welche in Fällen besonderer sozialer Schutzbedürftigkeit, insbesondere in Berücksichtigung der Einkommens-, Vermögens- und Familienverhältnisse der betroffenen Personen erbracht werden. Damit hat der Gesetzgeber der Selbstverwaltung ein Instrument in die Hand gegeben, um - abseits strenger gesetzlicher Determinierung - im Einzelfall (etwa im Fall der Zahnbehandlung, der Kieferregulierung oder des Zahnersatzes, zur Abdeckung des Selbstbehaltes bei Anstaltspflege, bei der Finanzierung von Hilfsmitteln oder zur Übernahme des Kostenanteils bei Krankentransporten) helfend eingreifen zu können.

Die eingangs zitierte Behauptung der anfragenden Abgeordneten ist daher unzutreffend.

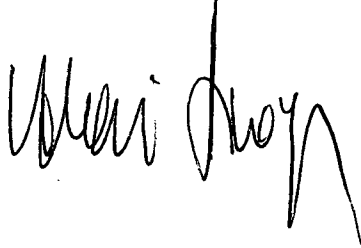
Fragen 1 bis 7:

Die Stellungnahmen der Wiener Gebietskrankenkasse und des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger sind den Beilagen 1 und 2 zu entnehmen.

Im Sinne der Frage 5 der gegenständlichen Anfrage ist meinem Ressort die Studie „Selbstbehalte“ der Kärntner Gebietskrankenkasse von Direktor Mag. Dr. Alfred Wurzer/Mag. Roswitha Robinig/Josef Rodler, 2004, bekannt. Als Ergebnis dieser Studie kann festgehalten werden, dass die Einführung eines weiteren Selbstbehaltes im Bereich der ärztlichen Hilfe (Arztbesuch) keine nennenswerte Ausgabenminderung bringen würde, aber für einzelne PatientInnen im Erkrankungsfall eine erhöhte Belastung darstellen würde.

Weiters wäre die Publikation von Jens Holst, „Kostenbeteiligung für Patienten – Reformansatz ohne Evidenz! Theoretische Betrachtungen und empirische Befunde aus Industrieländern. Überarbeitete und aktualisierte Fassung des WZB Discussion Papers SP I 2007 – 304, Juli 2008, zu nennen. In dieser kommt der Autor zu dem Schluss, dass sich Kostenbeteiligungen im Gesundheitsbereich langfristig negativ auswirken und die bedarfsgerechte Versorgung gefährden. PatientInnen würden eher auf notwendige Maßnahmen verzichten und ließen sich davon abhalten, rechtzeitig medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Weiters wird auf die Beantwortung der gleichlautenden Anfrage, betreffend Selbstbehalte in der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse, Nr. 2053/J, verwiesen, welcher ein Überblick bzw. eine Zusammenfassung über diesbezügliche Studien beiliegt.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Walter Hoyn', written in a cursive style.

ad 1) Welche Selbstbehalte gibt es in der WGKK?**Heilbehelfe/Hilfsmittel****• Selbstbehalt gemäß § 137 Abs.2 ASVG**

Die Kosten der Heilbehelfe werden vom Versicherungsträger nur dann übernommen, wenn sie höher als 20% der Höchstbeitragsgrundlage (€ 26,20, 2008, € 26,80, 2009). 10% der Kosten, gerundet auf Cent, mindestens jedoch 20% der Höchstbeitragsgrundlage (€ 26,20, 2008, € 26,80, 2009), sind vom Versicherten zu tragen.

Weiters wird im § 137 Abs.5 ASVG geregelt, dass das Ausmaß der vom Versicherungsträger zu übernehmenden Kosten einen durch die Satzung festzusetzenden Betrag nicht übersteigen darf. Gemäß § 28 Abs.1 der Satzung übernimmt die Kasse die Kosten für notwendige Heilbehelfe höchstens bis zum Dreifachen der Höchstbeitragsgrundlage, zuzüglich der anteiligen Umsatzsteuer (€ 393,--, 2008, € 402,--, 2009).

• Selbstbehalt gemäß § 137 Abs. 2a ASVG

Die Kosten für Brillen und Kontaktlinsen werden vom Versicherungsträger nur dann übernommen, wenn sie höher sind als 60% der Höchstbeitragsgrundlage (€ 78,60, 2008, € 80,40, 2009); bei Leistungen für Angehörige nach § 123 Abs.2 Z 2 bis 6 und Abs.4 ist Abs.2 ASVG anzuwenden ((€ 26,20, 2008, € 26,80, 2009). 10% der Kosten, gerundet auf Cent, mindestens jedoch 60% der Höchstbeitragsgrundlage (20% der Höchstbeitragsgrundlage bei Leistungen für Angehörige nach § 123 Abs.2 Z 2 bis 6 und Abs.4 ASVG) sind vom Versicherten zu tragen.

Gemäß § 28 Abs.2 der Satzung werden für Kontaktlinsen die Kosten höchstens im Betrag von

1. € 82,37 bei Kontaktlinsen sphärisch weich,
2. € 96,90 bei Kontaktlinsen sphärisch hart
3. € 147,47 bei Kontaktlinsen torisch (weich und hart)

pro Stück, jeweils zuzüglich der anteiligen Umsatzsteuer, übernommen.

Änderung der Satzung per 26.03.2009

Gemäß § 28 Abs.2 der Satzung werden für Kontaktlinsen die Kosten höchstens bis zum 1-fachen der Höchstbeitragsgrundlage pro Stück (€ 134,--, 2009), jeweils zuzüglich der anteiligen Umsatzsteuer, übernommen.

- **Selbstbehalt gemäß § 137 Abs.3 ASVG**

§ 137 Abs.2 ASVG gilt nicht für ständig benötigte Heilbehelfe, die nur einmal oder nur kurzfristig verwendet werden können und daher in der Regel mindestens einmal im Monat erneuert werden müssen. 10 vH der Kosten für solche Heilbehelfe sind vom Versicherten zu tragen.

- **Selbstbehalt gemäß § 154 Abs.1 ASVG**

Die Zuschüsse für die Anschaffung der notwendigen Hilfsmittel und deren Instandsetzung wird durch die Satzung geregelt.

Gemäß § 40 Abs.1 der Satzung beträgt der Zuschuss für die Anschaffung eines notwendigen Hilfsmittel 90% der Anschaffungskosten, höchstens jedoch allgemein das Dreifache der Höchstbeitragsgrundlage (€ 393,--, 2008, € 402,--, 2009), bzw. das Zwanzigfache der Höchstbeitragsgrundlage für elektrische Krankenfahrstühle jeweils zuzüglich der anteiligen Umsatzsteuer, sofern die Kosten höher sind als 20% der Höchstbeitragsgrundlage. 20% der Höchstbeitragsgrundlage sind jedenfalls vom Versicherten zu bezahlen.

- **Selbstbehalt gemäß § 154 Abs.2 ASVG**

Bei der Festsetzung der Höhe der Zuschüsse nach Abs.1 für ständig benötigte Hilfsmittel, die nur einmal oder nur kurzfristig verwendet werden können und daher in der Regel mindestens einmal im Monat erneuert werden müssen, ist auf § 137 Abs.3 ASVG entsprechend Bedacht zu nehmen.

Gemäß § 40 Abs.2 der Satzung beträgt der Zuschuss für ständig benötigte Hilfsmittel, die nur einmal oder nur kurzfristig verwendet werden können und daher in der Regel mindestens einmal im Monat erneuert werden müssen, 90% der Anschaffungskosten, höchstens jedoch monatlich das Dreifache der Höchstbeitragsgrundlage (€ 393,--, 2008, € 402,--, 2009), jeweils zuzüglich der anteiligen Umsatzsteuer.

Rezeptgebühr § 136 Abs.3 ASVG

Für jedes auf einem Rezept verordnete und auf Rechnung des Versicherungsträgers bezogene Heilmittel ist, soweit im Folgenden nichts anderes bestimmt wird, eine Rezeptgebühr in der Höhe von € 4,90 (2009) (€ 4,80, 2008) zu zahlen.

Dem Hauptverband obliegt gemäß § 31 Abs. 5 Z. 16 ASVG die Erstellung von Richtlinien über die Befreiung von der Rezeptgebühr. Diese sind für alle Träger der gesetzlichen Krankenversicherung verbindlich.

In diesen Richtlinien werden folgende Gründe für die Befreiung angeführt:

- Befreiung nach Personengruppen
- Befreiung wegen besonderer sozialer Schutzbedürftigkeit (Befreiung ohne Antrag/Befreiung über Antrag)
- Befreiung in besonderen Fällen
- Befreiung bei Anstaltsunterbringung
- Befreiung von Asylwerbern und unterstützungswürdigen Fremden

Neben den Richtlinien über die Befreiung der Rezeptgebühr sind Versicherte (Angehörige) die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben bzw. für die ohne Rücksicht auf das Lebensalter Anspruch auf erhöhte Familienbeihilfe besteht von der Entrichtung eines Kostenanteiles befreit.

Ab 1.1.2008 kommt zur bisherigen Möglichkeit von der Befreiung der Entrichtung der Rezeptgebühr eine Rezeptgebührenobergrenze zur Anwendung.

Im Jahr 2008 wurden von der Wiener Gebietskrankenkasse insgesamt 11.095.244 Rezepte abgerechnet, davon war die Zahl der Rezepte ohne Rezeptgebühren 2.754.333

Zahnbehandlung, Zahnersatz

Gem. § 153 ASVG sind die Leistungen bei Zahnbehandlung und Zahnersatz in der Satzung des Versicherungsträgers zu regeln. Es wird in diesem Zusammenhang auf die §§ 30 bis 33 sowie die Anhänge 3 bis 5 der Satzung der WGKK verwiesen

Kostenbeteiligung zu Transportkosten

Gemäß § 44 Abs.6 der Satzung hat der/die Versicherte (Angehörige) an den Transportkosten nach Abs.3 pro Fahrt einen Kostenanteil in der Höhe der Rezeptgebühr (€4,80, 2008, € 4,90, 2009) zu tragen. Der daraus resultierende Betrag ist je Kalenderjahr der Höhe nach mit der 36fachen Rezeptgebühr je Versichertem/Versicherter (Angehörigen) begrenzt.

Zuzahlung zu Rehabilitationsaufenthalten

Werden Versicherte(Pensionisten, Angehörige) gemäß § 154a Abs.7 ASVG für Rechnung des Krankenversicherungsträgers in einer der in Abs.2 Z1 angeführten Einrichtungen untergebracht, so haben diese eine Zuzahlung in der Höhe von € 7,-- (2009) (€ 6,83, 2008) pro Verpflegungstag zu leisten. Die Zuzahlung ist sogleich bei Antritt des Aufenthaltes im voraus an den Krankenversicherungsträger zu entrichten und darf für jeden Versicherten (Angehörigen) für höchstens 28 Kalendertage in jedem Kalenderjahr eingehoben werden.

Kostenbeitrag für den stationären Aufenthalt eines Angehörigen

Gem. §447f Abs.7 ASVG beträgt der Kostenbeitrag für Anstaltspflege eines Angehörigen in Krankenanstalten der Stadt Wien € 16,30 (2008) bzw.€16,90 (2009),
in privaten fondsfinanzierten Krankenanstalten € 16,13 (2008) bzw. € 16,60 (2009) und in den psychiatrischen Abteilungen des SMZ Baumgartner Höhe -Otto Wagner Spital € 8,50 (2008) bzw. € 8,80 (2009) für jeden Verpflegungstag. Der Kostenbeitrag ist mit 28 Kalendertagen begrenzt.

ad 2.) Wie hoch waren die Einnahmen durch die Selbstbehalte im Jahr 2008 (aufgegliedert nach der Art der Selbstbehalte)?

Heilbehelfe/ Hilfsmittel

Art des Kostenanteils	Höhe der Einnahmen
Selbstbehalt gemäß § 137 Abs.2 ASVG	3.543.406,20
Selbstbehalt gemäß § 137 Abs. 2a ASVG	3.123.052,67
Selbstbehalt gemäß § 137 Abs.3 ASVG	558.387,32
Selbstbehalt gemäß § 154 Abs.2 ASVG	
Selbstbehalt gemäß § 136 Abs.3 ASVG ¹	226.868,80

Transporte

Die Vorschreibung der Kostenbeteiligung im Jahr 2008 betreffend Transporte im Jahr 2007 ergab Einnahmen von € 747.136,59.

Bei Kostenersätzen wurden zusätzlich ca. € 7.488,-- an Kostenbeteiligungen berücksichtigt.

Medizinische Maßnahme der Rehabilitation

In Bereich Medizinische Maßnahme der Rehabilitation beträgt die Zuzahlung gemäß § 154a Abs.7 ASVG für das Jahr 2008 € 115.175,39.

Kostenbeitrag für den stationären Aufenthalt eines Angehörigen

Im Jahr 2008 wurde für 206.654 Tage eine Kostenbeteiligung entrichtet. Der genaue Betrag kann aufgrund der unterschiedlichen Höhe (zusätzlich auch in den Krankenanstalten der anderen Bundesländer) nicht angegeben werden. Die fiktiven Einnahmen betragen jedoch € 3.368.460,20.

Zahnbehandlung, Zahnersatz

¹ Für sonstige Mittel gem. § 136 Abs. 1 lit. b ASVG

- Patientenselbstbehalte Zahnbehandlung, Zahnersatz
(Vertragszahnbehandler, Wahlzahnbehandler, eigene Einrichtungen) €
20.916.000,00
- Patientenselbstbehalte kieferchirurgische Heilbehelfe ca. € 14.000,00

Rezeptgebühr § 136 Abs.3 ASVG

- Rezeptgebühreneinnahmen 2008 € 71.500.000,00
- Einbehalt bei Kostenerstattung privater Heilmittelrechnungen € 22.700,00

ad 3.) In welcher Höhe wurden die vorgeschriebenen Selbstbehalte nicht bezahlt?

Heilbehelfe/ Hilfsmittel,

Medizinische Maßnahme der Rehabilitation,

Kostenbeitrag für den stationären Aufenthalt eines Angehörigen

Da die Vertragspartner für die Einhebung der Selbstbehalte zuständig sind und es zu keinen gesonderten Vorschreibungen an die Versicherten kommt, kann eine Auskunft über die Höhe der nichtbezahlten vorgeschriebenen Selbstbehalte nicht gegeben werden.

Transporte

Es wurde ein Betrag von € 95.343,11 bisher nicht bezahlt.

Zahnbehandlung, Zahnersatz

Wenn Patientenanteile für Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlungen vom Versicherten nicht bezahlt werden, kann der Vertragszahnbehandler nach dreimaliger erfolgloser Mahnung diesen Betrag beim leistungszuständigen Krankenversicherungsträger in Rechnung stellen. Im Jahr 2008 wurden auf diesem Weg insgesamt Patientenanteile für Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlungen in der Höhe von ca. € 36.000,00 an die Vertragszahnärzte bezahlt und die Einbringlichmachung beim Versicherten in die Wege geleitet.

Rezeptgebühr § 136 Abs. 3 ASVG

Die Verrechnung von Heilmitteln und teilweise auch Heilbehelfen bzw. Hilfsmittel erfolgt über öffentliche Apotheken. Die Apotheken sind verpflichtet Rezeptgebühren bzw. Kostenanteile von den Versicherten einzuheben und mit der Wiener Gebietskrankenkasse zu verrechnen. Daher ist in diesen Fällen eine Nichtbezahlung durch den Versicherten nicht möglich.

ad 4.) Welche administrativen Folgekosten stehen den Einnahmen gegenüber?

Da die Vertragspartner für die Einhebung der Selbstbehalte zuständig sind und es zu keinen gesonderten Vorschreibungen an die Versicherten kommt, kann eine Auskunft über die Höhe der nichtbezahlten vorgeschriebenen Selbstbehalte nicht gegeben werden.



HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER

A-1031 WIEN KUNDMANNGASSE 21 POSTFACH 600 DVR 0024279
VORWAHL Inland: 01, Ausland: +43-1 TEL. 711 32 / Kf. 1201 TELEFAX 711 32 3778

Zl. 12-REP-43.00/09 Sd/Stf

Wien, 10. Juni 2009

An das
Bundesministerium für Gesundheit
Radetzkystrasse 2
1030 Wien

Betr.: Parlamentarische Anfrage Nr. 2061/J betref-
fend Selbstbehalte in der SGKK

Bezug: Ihr mail vom 15. Mai 2009,
GZ: 90 001/80-I/B/10/2009

Bundesministerium für Gesundheit	
Est-Nr.	
Eingel.: 18. Juni 2009	
Registrierdatum	
<input type="checkbox"/> Kurzarchiv <input type="checkbox"/> Langzeitarchiv	
Skartierung ab	
GZ.	Blg.

Sehr geehrte Damen und Herren!

Beh.

Zu den Fragen 5 bis 7, zu welchen Sie uns um Stellungnahme ersucht ha-
ben, müssen wir auf Grund unserer Nachforschungen Folgendes mitteilen:

Es gibt zwar eine Reihe von Unterlagen über die Auswirkung von Selbstbehal-
ten, allerdings sind uns Studien, die speziell das Thema der Anfrage betreffen (kurz-
fristige Einsparungen im Vergleich zu langfristigen Folgekosten), nicht bekannt.

Hingewiesen werden darf allgemein auf die Ihnen ohnedies vorliegenden ein-
schlägigen Arbeiten des Österreichischen Bundesinstitutes für Gesundheitswesen und
auf die Beiträge in der Studie der Kärntner Gebietskrankenkasse aus dem Jahr 2004,
in welchen auch einschlägige weiterführende Literatur früherer Jahre genannt ist.

Mit freundlichen Grüßen

Für den Hauptverband:

Dr. Josef KANDLHOFER