

**BUNDESMINISTERIUM
FÜR GESUNDHEIT****Alois Stöger dipl. o. ö.
Bundesminister**

XXIV. GP.-NR

3599 /AB

11. Jan. 2010

zu 3604 /J

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

Wien, am 7. Jänner 2010

GZ: BMG-11001/0338-I/5/2009

Sehr geehrte Frau Präsidentin!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische **Anfrage Nr. 3604/J der Abgeordneten Grünwald, Freundinnen und Freunde** nach den mir vorliegenden Informationen wie folgt:

Fragen 1 bis 4:

Eine Beantwortung dieser Fragen mit dem dargestellten Detaillierungsgrad ist laut Auskunft des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger nicht möglich, da die Daten nicht in diese Richtung auswertbar organisiert, entsprechende Auswertungen nicht vorgesehen und daher bundesweit (abgesehen von den wenigen Wochen der Frist für die Bearbeitung parlamentarischer Anfragen) nicht möglich sind. Darüber hinaus hat der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger grundsätzlich darauf hingewiesen, dass es in der Sozialversicherung keine Datenspeicherung gibt, aus welcher „alles über alle“ innerhalb kurzer Zeit ausgewertet werden könnte. Diese gegliederte Datenverwaltung, die Auswertungen allgemeiner Art nicht immer möglich werden lässt, ist auch Teil der Datensicherheit: es ist ihrerwegen nämlich schon rein technisch nicht möglich, dass ein „Hacker“ oder sonst Unberechtigter auf die gesamten Datenbestände durch einen einzigen Angriff zugreifen könnte.

Seitens des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherung kann aber festgehalten werden, dass sowohl die Anzahl der Verordnungen als auch deren Bewilligung keinen einheitlichen steigenden oder sinkenden Trend zeigen. In der Bewilligungspraxis von physikalischen Therapien sind nach den dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger vorliegenden Mitteilungen der

Krankenversicherungsträger keine Änderungen eingetreten. Allfällige Ablehnungen erfolgten nach medizinischen Indikationen bzw. den geltenden Richtlinien und Bestimmungen. Es sind diverse Gründe dafür ausschlaggebend, die sich aber ebenfalls nicht geändert haben. Beispielsweise sind fehlende bzw. nicht ausreichende Diagnose am Verordnungsschein, unpassende Therapien zur Diagnose, fehlende vertragliche Grundlage für die Therapie und vieles mehr, zu nennen. In medizinischen Grenzfällen wird um die Vorlage von Befunden ersucht.

Zu beachten ist jedenfalls das Leistungsrecht: Gesetz, Satzung, Krankenordnung und Richtlinien - z. B. die Richtlinien des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger über die Berücksichtigung ökonomischer Grundsätze bei der Krankenbehandlung (ROK, www.avsv.at, Nr. 148/2005) - geben den leistungsrechtlichen Rahmen vor. Therapien werden dann nicht bewilligt, wenn durch sie die Ziele der Krankenbehandlung - die Gesundheit, Arbeitsfähigkeit oder Fähigkeit für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, wiederherzustellen, zu festigen oder zu bessern - nicht mehr erreicht werden können. Ist ein Leiden nicht mehr beeinflussbar, liegt keine Krankheit, sondern ein Gebrechen vor. In diesen Fällen fallen Physiotherapien nicht mehr unter die Maßnahmen der Krankenbehandlung.

Frage 5:

Die zitierte Aussage ist weder für den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger noch für mich nachvollziehbar.

Frage 6:

Sowohl der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger als auch ich halten Kontingentierungen grundsätzlich für sehr problematisch, weil dadurch nach Ausschöpfung eines Kontingentes die erforderliche Versorgung der Versicherten nicht entsprechend sichergestellt sein und Rechtsansprüche von Versicherten beeinträchtigt werden könnten. Deshalb werden solche Maßnahmen von mir auch nicht vorgesehen. Es muss allerdings schon erlaubt sein, medizinische Maßnahmen auf ihre Sinnhaftigkeit, insbesondere auf den tatsächlich zu erwartenden Nutzen sowie eine nachhaltige Wirkung für den Patienten/die Patientin zu überprüfen.

Frage 7:

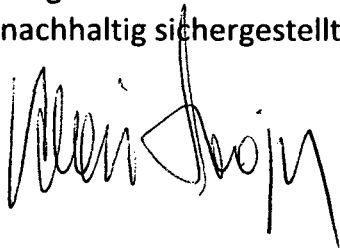
Da die Sozialversicherung nicht alle diese Therapien gemeldet bekommt (ein nicht unwesentlicher Teil erfolgt in Spitälern bzw. ist beispielsweise von anderen Einrichtungen – etwa den auf Landesebene eingerichteten Krankenfürsorgeanstalten – zu finanzieren) kann dazu keine umfassende und seriöse Aussage getroffen werden.

Frage 8:

Dazu liegen sowohl dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger als auch mir keine Vergleichsdaten vor.

Frage 9:

Im Rahmen der zuletzt getroffenen Maßnahmen zur nachhaltigen finanziellen Absicherung der Gebietskrankenkassen sind diesen Bundesmittel zugeflossen bzw. werden ihnen noch zufließen. Ich werde mich selbstverständlich weiter bemühen, dass zwar von Krankenversicherungsträgern erbrachte Leistungen, die aber nicht in den unmittelbaren Aufgabenbereich der gesetzlichen Krankenversicherung fallen, möglichst umfassend abgegolten werden und die Finanzierung der Krankenkassen nachhaltig sichergestellt wird.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Mani Schöjn'.