
4716/AB XXIV. GP

Eingelangt am 03.05.2010

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

BM für Gesundheit

Anfragebeantwortung



Alois Stöger diplômé
Bundesminister

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

Wien, am 29. Mai 2010

GZ: BMG-11001/0068-I/5/2010

Sehr geehrte Frau Präsidentin!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische **Anfrage Nr. 4786/J der Abgeordneten Haubner, Markowitz, Kolleginnen und Kollegen** nach den mir vorliegenden Informationen wie folgt:

Einleitend wird festgehalten, dass es keine Selbstbehalte für Erwachsene und Kinder gibt, sondern Kostenbeiträge für stationäre Aufenthalte in Krankenanstalten. Kostenbeiträge für stationäre Spitalsbehandlungen sieht sowohl das Kranken- und Kuranstaltengesetz des Bundes (KAKuG) in § 27a als auch das ASVG in § 447f Abs. 7 vor. Festzuhalten ist, dass entweder der Kostenbeitrag nach KAKuG oder der Kostenbeitrag nach ASVG oder – bei Vorliegen eines Befreiungsgrundes – gar keiner zu leisten ist.

Frage 1:

Während der Kostenbeitrag gemäß § 27a KAKuG von Bundesland zu Bundesland variiert, ist der Kostenbeitrag nach § 447f ASVG unter Umständen von Krankenanstalt

zu Krankenanstalt unterschiedlich. Den nachfolgenden Tabellen können die entsprechenden Beiträge für das Jahr 2010 entnommen werden, wobei für den Kostenbeitrag nach § 447f ASVG jeweils der niedrigste und höchste Wert angegeben wird.

Beide Kostenbeiträge dürfen in einem Jahr maximal für 28 Tage eingehoben werden.

KOSTENBEITRAG nach KAKuG

Land	Kostenbeitrag	reduzierter Kostenbeitrag
Burgenland	8,68 €	
Kärnten	8,98 €	
Niederösterreich	10,74 €	
Oberösterreich	10,74 €	
Salzburg	10,78 €	8,58 €
Steiermark	8,68 €	
Tirol	10,74 €	
Vorarlberg	10,78 €	8,13 €
Wien	10,74 €	8,48 €

KOSTENBEITRAG nach ASVG

Land	Kostenbeitrag
Burgenland	12,40 – 15,20 €
Kärnten	8,20 – 16,70 €
Niederösterreich	15,00 – 16,40 €
Oberösterreich	4,10 – 16,80 €
Salzburg	4,90 – 17,30 €
Steiermark	10,70 – 16,40 €
Tirol	4,30 – 17,20 €
Vorarlberg	7,00 – 17,30 €
Wien	8,90 – 17,20 €

Frage 2:

Da die Vollziehung in die Zuständigkeit der Länder fällt und diese Beträge somit direkt von den Krankenanstalten eingehoben werden, sind den Sozialversicherungsträgern nach Auskunft des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger dazu keine vollständigen bzw. in der zur Verfügung stehenden Zeit vollständig erarbeitbare Zusammenstellungen möglich.

Fragen 3 bis 6:

Entsprechend dem Beschluss des Gesundheitsausschusses vom 8. Mai 2009 hat mein Ressort im 2. Halbjahr 2009 mit den Ländern Kontakt hinsichtlich der Möglichkeit der Reduzierung bzw. Streichung des Verpflegungskostenbeitrags für Kinder und Jugendliche bei Spitalsaufenthalten aufgenommen sowie habe ich persönlich Ende des letzten Jahres dieses Thema mit den LandesgesundheitsreferentInnen besprochen. Ergebnis war, dass für die Länder eine Änderung der geltenden Rechtslage betreffend die Kostenbeiträge während der laufenden FAG-Periode (2008 bis 2013) aufgrund der paktierten Finanzierungsregelung nicht in Frage kommt. Seitens der Länder wurde darauf hingewiesen, dass entsprechende Änderungen im Zuge der nächsten Finanzausgleichsverhandlungen diskutiert und bei entsprechendem politischem Konsens vereinbart werden können.

Klarstellen möchte ich, dass sich im Regierungsprogramm für die XXIV.

Gesetzgebungsperiode kein Passus betreffend der Reduzierung bzw. Streichung des Verpflegungskostenbeitrags für Kinder und Jugendliche bei Spitalsaufenthalten befindet.

Die geltende Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG läuft bis Ende des Jahres 2013. Daher ist die nächste Vereinbarung ab dem Jahr 2014 geplant.

Frage 7:

Diese Frage ist so allgemein, dass dazu nach Auskunft des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger keine konkreten Statistiken vorgelegt werden können. Eine Datenbank, in der quasi „alle Behandlungen aller PatientInnen“ enthalten wären und aus der diese Auswertungen gemacht werden könnten, ist schon aus Datenschutzgründen nicht vorhanden.

Frage 8:

Angaben, welche Kosten von den Eltern bei Inanspruchnahme von TherapeutInnen und Einrichtungen ohne Vertrag selbst getragen wurden, sind nach Auskunft des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger nicht möglich.

Bei Inanspruchnahme von WahlärztInnen oder Wahl-Gruppenpraxen erbringen die Krankenversicherungsträger über Antrag Kostenerstattungen bzw. Kostenzuschüsse nach den gesetzlichen und satzungsmäßigen Bestimmungen. Festhalten darf ich, dass die Preis- bzw. Honorargestaltung der WahlpartnerInnen von den Versicherungsträgern nicht beeinflussbar ist.

Für therapeutische Leistungen, die in den Zuständigkeitsbereich der Gebietskrankenkassen fallen, entstehen für die Versicherten bei Inanspruchnahme von VertragspartnerInnen der Kassen durch mitversicherte Kinder und Jugendliche keine Kosten.

Auch bei therapeutischer Leistungserbringung von VertragspartnerInnen an mitversicherte Kinder und Jugendliche durch die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft, die Sozialversicherungsanstalt der Bauern bzw. durch die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter entstehen den Eltern als Sachleistungsberechtigte keine Kosten, da gemäß den Bestimmungen des GSVG, des BSVG bzw. der Satzung der Versicherungsanstalt für öffentlich Bedienstete für mitversicherte Kinder und Jugendliche bei Inanspruchnahme einer ärztlichen Leistung bei VertragspartnerInnen kein Kostenanteil bzw. kein Behandlungsbeitrag anfällt.

Bei Leistungserbringung und Verrechnung durch VertragspartnerInnen der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau haben die Eltern einen Behandlungsbeitrag in der Höhe von 14 % des jeweiligen Vertragstarifes, bei Inanspruchnahme psychotherapeutischer und psychologisch-diagnostischer Behandlung bei freiberuflich tätigen VertragspsychotherapeutInnen und klinischen VertragspsychologInnen und in Vertragseinrichtungen 20 % des jeweiligen Vertragstarifes zu bezahlen. Dies jedoch nur dann, wenn keine Befreiung der Kinder und Jugendlichen von Behandlungsbeiträgen vorliegt. Die Höhe der Kostenerstattung im Bereich der Leistungen, die der ärztlichen Hilfe gleichgestellt sind, richtet sich nach Anhang 1 der Satzung der VAEB.

Frage 9 :

Das System der gesetzlichen Krankenversicherung gewährleistet im Allgemeinen den Zugang zu den erforderlichen Behandlungsleistungen im Rahmen der Sachleistungsvorsorge unter Bedachtnahme auf den notwendigerweise ökonomischen Einsatz der knappen Mittel (die Krankenbehandlung muss ausreichend, und zweckmäßig sein und darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten). Liegen die Voraussetzungen einer Krankenbehandlung im sozialversicherungsrechtlichen Sinn in Bezug auf eine bestimmte Therapie für mitversicherte Kinder und Jugendliche im Einzelfall vor, so kann dieselbe bereits derzeit auf Kosten der Krankenversicherung – unter Leistung eines allfälligen Behandlungsbeitrages, siehe Frage 8 - in Anspruch genommen werden. Wo mangels Zustandekommens von Verträgen kein Sachleistungsangebot zur Verfügung steht, wird nur ein Kostenzuschuss auf Satzungsbasis gewährt. Werden trotz Bestehens von Verträgen ärztliche Leistungen von WahlärztInnen in Anspruch genommen, erbringen die Krankenversicherungsträger über Antrag Kostenerstattungen bzw. Kostenzuschüsse nach den gesetzlichen und satzungsmäßigen Bestimmungen.

Liegen die Voraussetzungen einer Krankenbehandlung im sozialversicherungsrechtlichen Sinn in Bezug auf eine bestimmte Therapie jedoch im Einzelfall nicht vor, etwa weil die therapeutische Wirksamkeit nach EbM-Kriterien

nicht angenommen wird (diverse Spezialtherapien wie z.B. Magnetfeldtherapie) oder Therapien von nicht zur Krankenbehandlung berechtigten Personen erbracht werden (z.B. Heilpraktiker, Delfintherapie), werden keine Kosten durch die Krankenversicherung übernommen.

Frage 10:

Aus krankensicherungsrechtlicher Sicht ist eine ausreichende therapeutische Unterstützung von Kindern und Jugendlichen als Sachleistung – dies im Wesentlichen kostenfrei - gewährleistet. Die genannten Berechnungen sind der Sozialversicherung aufgrund der ihr zur Verfügung stehenden Daten nicht möglich. Die Krankenversicherungsträger bieten ein breites Spektrum an therapeutischen Leistungen als Sachleistung an. Im Rahmen der rechtlichen und finanziellen Möglichkeiten steht ein umfangreiches Therapieangebot als Sachleistung zur Verfügung. Die Feststellung, dass Kindern aufgrund angeblicher Kostenbeteiligungen oder sonstiger Kostenbelastungen eine ausreichende therapeutische Unterstützung vorenthalten wurde, ist aus den verfügbaren Daten nicht herauszulesen.