

XXIV. GP.-NR

6072 /AB

09. Sep. 2010

Alois Stöger diplômé
Bundesminister

zu 6216 /J

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

GZ: BMG-11001/0270-II/A/9/2010

Wien, am 8. September 2010

Sehr geehrte Frau Präsidentin!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische **Anfrage Nr. 6216/J der Abgeordneten Dr. Strutz, Jury, Linder, Kolleginnen und Kollegen** nach den mir vorliegenden Informationen wie folgt:

Einleitend ist festzuhalten, dass zur vorliegenden Anfrage eine Stellungnahme des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger eingeholt wurde.

Fragen 1 bis 3:

Ab dem Jahr 2006 bis Ende des Jahres 2009 (Auflösung der Arge ELGA) sind für das Vorhaben „Elektronische Gesundheitsakte – ELGA“ Ausgaben von rund 5 Millionen Euro entstanden, die aus den Mitteln der Bundesgesundheitsagentur getragen wurden.

<u>Jahr</u>	<u>Betrag</u>
2006	2.785.044,-
2007	298.920,-
2008	1.446.919,-
2009	467.849,-
gesamt	4.998.732,-

Frage 4:

Die ELGA GmbH befindet sich derzeit in ihrem ersten operativen Betriebsjahr. Im Rahmen der Gründungsgeneralversammlung wurde sie für das Jahr 2010 zunächst provisorisch mit 1,8 Millionen Euro dotiert. Nach Vorlage bzw. Beschluss des endgültigen Wirtschaftsplanes für das Jahr 2010 hat die Generalversammlung Ende

Juni einen Nachschuss von 0,9 Millionen Euro beschlossen. Für das Jahr 2010 ergibt sich demnach eine Gesamtdotierung der ELGA GmbH von 2,7 Millionen Euro.

Frage 5:

Für die Realisierung einzelner ELGA-Komponenten sind derzeit folgende Budgets von der Bundesgesundheitskommission genehmigt:

Zentraler Patientenindex	4.980.000,-
Gesundheitsdiensteanbieter-Index	750.000,-
Informationssicherheitsmanagementsystem	143.000,-
Pilotprojekt e-Medikation	3.150.000,-

Frage 6:

Die Kosten für die ELGA-Machbarkeitsstudie bzw. den Folgeauftrag „Masterplan“ betragen € 385.044 bzw. € 118.920 und sind Teil der in Frage 1 ausgewiesenen Gesamtkosten

Frage 7:

Es liegen meinem Ressort nur anonymisierte Datenmeldungen von stationären Krankenhausaufenthalten vor. Daraus können keine Informationen über die tatsächliche Anzahl der Patientinnen und Patienten abgeleitet werden. Eine Patientin/ein Patient kann in einem Kalenderjahr mehrere Krankenhausaufenthalte haben.

Frage 8:

Im Jahr 2008 wurden entsprechend dem von meinem Ressort herausgegebenen Leistungskatalog bei stationären Aufenthalten insgesamt 735.558 CT-Untersuchungen (davon 722.369 Computertomographien pro Körperregion, inkl. CT-Angiographien und 13.189 Computertomographien in Narkose) dokumentiert. Daraus lassen sich aber keine Rückschlüsse über die tatsächliche Anzahl der Patientinnen und Patienten ziehen, zumal eine Patientin/ein Patient in einem Kalenderjahr mehrere Krankenhausaufenthalte haben kann. Zu konventionellem Röntgen und Durchleuchtungen sowie zu Leistungen aus dem ambulanten Bereich liegen meinem Ressort keine Daten vor.

Frage 9:

Stationärer Krankenhaus-Bereich

Anzahl stationäre Krankenhaus-Aufenthalte im Jahr 2008: 2.797.121.

Ambulanter Krankenhaus-Bereich (nur verfügbar für landesgesundheitsfonds-finanzierte Krankenanstalten)

Frequenzen ambulanter Patient/inn/en (= Besuche in Spitalsambulanzen) 2008: 16.863.036 (Datenquelle: Krankenhaus-Statistik).

Bezüglich der Patientenbehandlungen bei niedergelassenen Ärzt/inn/en wurden von den Krankenversicherungsträgern die folgenden Daten übermittelt:

Die Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK) hat 2009 mit niedergelassenen Vertragsärzt/inn/en 13.712.820 Arztkontakte verrechnet. Die Anzahl der wahlärztlichen Behandlungen ist nicht bekannt.

In Niederösterreich wurden von der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse (NÖGKK) und den betroffenen § 2-Kassen (inklusive Sozialversicherungsanstalt der Bauern) im Jahr 2009 bei Vertragsärzt/inn/en 5.567.938 Behandlungsfälle verzeichnet. Davon entfielen 3.203.589 auf Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin und 1.917.277 auf allgemeine Fachärztinnen/-ärzte. Die übrigen 447.072 Fälle entfielen auf sonstige Fachärztinnen/-ärzte, welche in Niederösterreich nur den Bereich Röntgen betreffen.

In Oberösterreich gab es im Jahr 2009 bei den § 2-Kassen (Oberösterreichische Gebietskrankenkasse [OÖGKK], Betriebskrankenkasse der Austria Tabakwerke AG, Sozialversicherungsanstalt der Bauern [SVB]) in Summe 8.080.034 Arztkontakte bei niedergelassenen Vertragsärzt/inn/en.

Auf Kosten der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse (STGKK) wurden im Jahr 2009 im niedergelassenen Bereich ca. 10.166.000 Patientenbehandlungen durchgeführt. Bei der Kärntner Gebietskrankenkasse (KGKK) gab es bei den niedergelassenen Ärzt/inn/en im Jahr 2009 1.610.028 Patientenkontakte.

Angemerkt wird, dass für Röntgenologen und Laborfachärztinnen/-ärzte keine Ordinationshonorierung erfolgt und diese nur auf Überweisung in Anspruch genommen werden können. Als Patientenkontakt wird die Konsultation des überweisenden Arztes gezählt.

Bei der Tiroler Gebietskrankenkasse (TGKK) wurden im Jahr 2009 die Vertragsärztinnen/-ärzte (ohne Laborfachärztinnen/-ärzte und Radiolog/inn/en) durch Versicherte in 5.465.599 Fällen kontaktiert. Über die Wahlarztkontakte liegen keine Daten vor.

Die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB) hat im Jahr 2009 niedergelassenen Vertragsärzt/inn/en 3.122.541 Ordinationen bzw. Krankenbesuche vertragsgemäß honoriert.

Darüber hinaus liegen keine Daten vor bzw. wäre nach Mitteilung des Hauptverbandes deren Auswertung in der zur Verfügung stehenden Zeit nur mit einem unvertretbar hohem Aufwand möglich.

Frage 10:

Entsprechend der für das Jahr 2005 erhobenen LKF-Kalkulationen gemeinsam mit ausgewählten Referenzkrankenanstalten betragen die durchschnittlichen Kosten für eine stationäre CT-Untersuchung € 139 und für eine stationäre MR-Untersuchung € 222.

Der Hauptverband übermittelte dazu folgende Daten:

Bei der WGKK betragen im Jahr 2009 die durchschnittlichen Kosten der verrechneten Leistungen für CT € 121,41, für MR € 174,66 und für konventionelles Röntgen € 31,52.

Bei der NÖGKK betragen im Jahr 2009 die durchschnittlichen Kosten je Fall, für CT (niedergelassener Bereich) € 103,47 und für MR € 152,19 für Radiologie € 85,50.

Bei der Burgenländischen Gebietskrankenkasse (BGKK) betragen im Jahr 2009 die durchschnittlichen Kosten je Untersuchung für CT € 121,02, für MR € 181,42 und für konventionelles Röntgen € 75,05. Die BGKK hat mit der Wirtschaftskammer Burgenland im Rahmen der Gespräche über die Finanzkonsolidierung bis zum Jahr 2013 neben einer Aufwandsbegrenzung auch eine Tarifiereduktion vereinbart.

Bei der OÖGKK betragen die durchschnittlichen Tarife pro Untersuchung im Jahr 2009 für CT € 97,62 und für MR € 146,86.

Betreffend konventionelles Röntgen finden sich in der Honorarordnung der OÖGKK die Leistungen Aufnahme, Durchleuchtung, Sonographie und Tomographie und gibt es dafür eine hohe Anzahl von Positionen, die verrechnet werden können. Zusätzlich gibt es eine Differenzierung nach Ärzt/inn/en (Gruppe der Allgemeinmediziner/innen und Fachärztinnen/-ärzte sowie Gruppe der Fachärztinnen/-ärzte für Radiologie). Ohne nähere Spezifikation für „konventionelles Röntgen“ ist die Angabe eines Durchschnittstarifs nicht möglich.

Bei der STGKK belaufen sich die durchschnittlichen Kosten (ohne die Kosten für Sonographien, Isotopendiagnostik, Röntgentherapien und Leistungen im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung) pro Untersuchung mit Kontrastmittel auf € 56,62 und ohne Kontrastmittel auf € 53,60.

Bei der KGKK beträgt der durchschnittliche Aufwand je Untersuchung für CT € 112,96 und für MR € 163,75.

Bei der Salzburger Gebietskrankenkasse (SGKK) betragen die Grundtarife in selbstständigen Ambulatorien pro Untersuchung für CT € 110,- und für MR € 165,-.

Bei der TGKK betragen im Jahr 2009 die durchschnittlichen Kosten pro Untersuchung für radiologische Untersuchungen € 48,59, für CT € 116,92 (inkl. Kontrastmittel) und für MR € 184,38.

Bei der VAEB betragen die durchschnittlichen Kosten pro Untersuchung für CT € 112,69 und für MR € 173,97.

Frage 11:

Dem Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen wurden im Jahr 2008 27 Todesfälle in mutmaßlichem Zusammenhang mit der Verabreichung von Arzneimitteln gemeldet, im Jahr 2009 waren es 22.

Frage 12:

Dazu liegen meinem Ressort keine Daten vor.

Frage 13:

Die elektronische Patientenakte ermöglicht, dass zu Beginn einer stationären Behandlung in einem höheren Umfang die zur Einleitung einer stationären Therapie erforderlichen Unterlagen zur Entscheidung über Art und Umfang einer notwendigen stationären Therapie vorliegen können. Studien haben gezeigt, dass eine bessere

Kenntnis der Patientenhistorie, der Vorerkrankungen und der bisherigen stationären Aufenthalte zu einer Verkürzung der Dauer der stationären Aufenthalte um ein bis zwei Tage führen kann¹.

Die jederzeitige Verfügbarkeit klinischer Informationen hat auch Einfluss auf die Wiederaufnahmerate älterer Patienten (> 65 Jahre)². Studien zeigen, dass in den ersten sechs Wochen nach einem Klinikaufenthalt die Wiederaufnahmerate durch die Möglichkeit des Zugriffs auf eine elektronische Patientenakte relativ um 30 % und absolut um 5 % reduziert werden kann.

Frage 14:

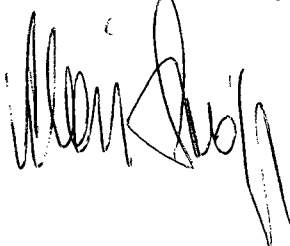
Im Einklang mit Expertinnen und Experten im nationalen und internationalen Umfeld bin ich überzeugt, dass anhand einer breiteren und besseren Informationsgrundlage über den Gesundheitsstatus die gesundheitsbezogene Versorgung eines Menschen gezielter und potenziell auch rascher erfolgen kann. Diese weitere qualitative Verbesserung der bereits derzeit ausgezeichneten Versorgung darf jedoch nicht mit der Erwartung einer schnelleren Genesung von Patientinnen und Patienten verknüpft werden, da diese von einer Reihe weiterer Einflussfaktoren abhängt, die mit technischen Mitteln nicht oder nicht messbar beeinflussbar sind.

Frage 15:

Seriöse Studien dazu liegen nicht vor.

Frage 16:

In der Notfallversorgung geht es in erster Linie darum, unverzüglich lebenserhaltende oder stabilisierende Maßnahmen zu setzen. Die Sichtung von Patienteninformationen in solchen Situationen wird daher nicht nur von Expertinnen und Experten ambivalent gesehen. Außer Zweifel ist jedoch, dass (Notfall-)Informationen nach der Erstversorgung bzw. zur Vorbereitung der Aufnahme der Betroffenen in eine Versorgungseinrichtung (etwa während des Transports) wertvolle Anhaltspunkte für weitere Maßnahmen geben können.



¹ Int J Med Inform. 2002 Nov 12;65(3):213-23 Impact of a physician's order entry (POE) system on physicians' ordering patterns and patient length of stay. Hwang JI, Park HA, Bakken S.
JAMA. 1993 Jan 20;269(3):379-83 Physician inpatient order writing on microcomputer workstations. Effects on resource utilization. Tierney WM, Miller ME, Overhage JM, McDonald CJ.

² CMAJ. 2006 Jan 31;174(3):313-8. Epub 2006 Jan 6 Impact of an electronic link between the emergency department and family physicians: a randomized controlled trial. Lang E, Afilalo M, Vandal AC, Boivin JF, Xue X, Colacone A, Leger R, Shrier I, Rosenthal S.
Ann Intern Med. 1994 Jun 15;120(12):999-1006. Comprehensive discharge planning for the hospitalized elderly. A randomized clinical trial. Naylor M, Broton D, Jones R, Lavizzo-Mourey R, Mezey M, Pauly M.