

9936/AB XXIV. GP

Eingelangt am 06.02.2012

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

BM für Gesundheit

Anfragebeantwortung



Alois Stöger
Bundesminister

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

GZ: BMG-11001/0350-I/A/15/2011

Wien, am 3. Februar 2012

Sehr geehrte Frau Präsidentin!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische Anfrage Nr. 10095/J der Abgeordneten **Karl Öllinger, Kurt Grünwald, Helene Jarmer, Freundinnen und Freunde** nach den mir vorliegenden Informationen wie folgt:

Zur vorliegenden parlamentarischen Anfrage wurde eine Stellungnahme des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger eingeholt, die den nachfolgenden Ausführungen zugrunde liegt.

Zunächst möchte ich zu der in der Einleitung der Anfrage enthaltenen Ansicht, wonach der seitens der Bundesregierung an den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger ergangene Konsolidierungsauftrag bezüglich der Krankenversicherungsträger zur Folge hätte, dass dadurch in Zukunft keine

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

www.parlament.gv.at

„zeitgemäßen“ Heilbehelfe und Hilfsmittel zur Verfügung gestellt werden könnten, Folgendes anmerken:

Der Konsolidierungsauftrag hat zweifelsohne eine noch strengere Prüfung des gesamten Leistungsangebotes der sozialen Krankenversicherung bewirkt. Dabei haben aber nach Mitteilung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger auch Preisvergleiche mit dem Ausland gezeigt, dass für dieselben Produkte im Ausland oftmals wesentlich niedrigere Preise bereits im Großhandel verlangt werden. Die Sozialversicherung war daher zum Zwecke einer nachhaltigen Konsolidierung verhalten, in allen Vertragspartnerbereichen entsprechende Verhandlungen aufzunehmen und als überhöht erachtete Preise zu reduzieren.

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger betont in seiner Stellungnahme, dass es keinesfalls Ziel sei, innovative Produkte den Versicherten vorzuenthalten. Er müssten aber stets alternative Behandlungsformen in einer gesamtökonomischen Betrachtung berücksichtigt werden.

§ 133 Abs. 2 ASVG legt fest, dass die Krankenbehandlung ausreichend und zweckmäßig sein muss, jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten darf. Nach der einschlägigen Judikatur ist nur notwendig jene Maßnahme zu erbringen, die zur Erreichung des Zweckes unentbehrlich oder unvermeidbar ist. Es sollen mit dieser Einschränkung nicht unbedingt notwendige und kostenintensive Maßnahmen vermieden, die finanzielle Belastung (der Beitragszahler/innen und der Volkswirtschaft) in Grenzen gehalten und damit auch dem Gebot der Wirtschaftlichkeit der Krankenbehandlung zum Durchbruch verholfen werden.

Frage 1:

Unter der Annahme, dass mit dem in der Anfrage verwendeten Begriff „Kostenerstattung“ die Direktverrechnung mit Leistungsanbieter/inne/n auf vertraglicher Basis gemeint sein sollte, ist die Frage dahingehend zu beantworten, dass gemäß § 349 Abs. 3 ASVG seitens der Sozialversicherung keine Verpflichtung zum Abschluss von Gesamtverträgen besteht („Kann-Bestimmung“).

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger hat dazu Folgendes ausgeführt: „*Der gegenständliche Leistungsbereich umfasst viele tausende zum Teil sehr unterschiedliche Artikel, die im Rahmen einer versichertenfreundlichen Versorgung mitunter auch sehr verschiedene Anforderungen erfüllen müssen (z.B. teilweise individuell notwendige Anpassungen, Hauszustellungen, Reparaturen usw.). Alle Behelfe in einem einzigen Gesamtvertrag regeln zu wollen, wäre nicht möglich.*

Überdies handelt es sich in diesem Leistungsbereich um privatrechtliche Verträge, die bekanntlich eines Einvernehmens aller Vertragsparteien bedürfen. Dies ist sowohl auf Seite der Versicherungsträger im Rahmen der Kassenautonomie nicht immer möglich und andererseits auch nicht immer auf Seite der Leistungserbringer. Dadurch haben sich im Laufe der Zeit teilweise unterschiedliche Versorgungsformen entwickelt. So

können beispielsweise Produkte nach Ausschreibungen von Produzenten oder Großhandelsfirmen den Versicherten direkt zugestellt werden, andererseits auch durch den Einzelhandel beispielsweise durch Orthopädietechniker abgegeben werden, oder aber auch durch die Versicherungsträger direkt an ihre Versicherten.

Es war bisher nicht Ziel, eine (zu wirtschaftlich vertretbaren Preisen nur durch Zwang erreichbare) Einheitsversorgung zu schaffen. Diese müsste überdies auch jene Bereiche umfassen, in denen die Länder zur Versorgung mit Heilbehelfen und Hilfsmitteln zuständig sind.

Jedenfalls sieht das Vertragspartnerrecht der sozialen Krankenversicherung keine zwingende Vertragsabschlussregelung vor.

Dennoch wurden seitens des Hauptverbandes für die Bereiche Orthopädieschuhmacher, Hörgeräteakustiker und Augenoptiker Gesamtverträge abgeschlossen. Darüber hinaus gibt es noch Einzelverträge und Rahmenverträge (z.B. für künstliche Augen) sowie den so genannten „Ost-Vertrag“ mit der Bundesinnung der Orthopädietechniker.

Der Ost-Vertrag wurde zwischen der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (und zahlreichen anderen Sozialversicherungsträgern) und der Wirtschaftskammer Österreich, Bundesinnung der Augenoptiker, Orthopädietechniker, Bandagisten und Hörgeräteakustiker für deren Landesinnungen abgeschlossen und regelt die Versorgung der Versicherten und deren anspruchsberechtigten Angehörigen mit Heilbehelfen und Hilfsmitteln durch die der Bundesinnung angehörenden Bandagisten- und Orthopädietechnikerbetriebe. Diesem Vertrag haben sich einige Träger angeschlossen.

Die übrigen Sozialversicherungsträger haben mit den jeweiligen Landesinnungen Landesvereinbarungen in Anlehnung an den Ost-Vertrag abgeschlossen. So gibt es beispielsweise im Zuständigkeitsbereich der Tiroler Gebietskrankenkasse eine entsprechende Vereinbarung auf Landesebene. Eine Regelung in Form eines Gesamtvertrages wurde aus dem Grund nicht abgeschlossen, da über landesweite Regelungen wesentlich besser auf die regional unterschiedlichen Bedingungen eingegangen werden kann. Bei der Vorarlberger Gebietskrankenkasse erfolgt die Abgabe dieser Produkte zum Teil durch eine kasseneigene Abgabestelle. Die Versorgung auf Grundlage eines Gesamtvertrages würde den einzelnen Kassen den Spielraum für effiziente und kostengünstige Wege verbauen.“

Nach Meinung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger ist die Versorgung der Versicherten mit Medizinprodukten somit durchaus umfassend und sinnvoll gesichert. Zur Klärung und Verbesserung im Einzelfall hat sich der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger aber ausdrücklich bereit erklärt.

Frage 2:

Die Frage insinuiert eine „Liste der Heilbehelfe und Hilfsmittel“, die seitens der sozialen Krankenversicherungsträger zu bezahlen sind. Eine solche Liste gibt es nicht. Auch bei Stoma und Inkontinenz besteht Vertragsautonomie der Kassen. Diese können aus allen am Markt zugelassenen Produkten nach Maßgabe der medizinischen Notwendigkeit und ökonomischen Rahmenbedingungen ein Versorgungskonzept definieren und allenfalls vertraglich regeln, das ihren Anforderungen genügt.

Frage 3:

Wie bereits erwähnt, gibt es im Bereich von Heilbehelfen und Hilfsmitteln keine „Liste von erstattungsfähigen Heilbehelfen und Hilfsmitteln“.

Das hat Gründe: Einerseits ist das Verfahren des Erstattungskodex gesetzlich detailliert geregelt (§§ 351c ff ASVG, vgl. auch die Transparenzrichtlinie der EU) und es gibt für Arzneimittel klare amtliche Qualitätsprüfungs- und Zulassungsvorgaben, wie dies für Heilbehelfe usw. nicht bzw. nicht immer der Fall ist. Andererseits gibt es mehrere 100.000 Heilbehelfe oder Hilfsmittel, sodass eine „Liste“, selbst wenn sie technisch möglich wäre, ein in der Praxis nicht handhabbares Konvolut (eine umfangreiche Datenbank) bedeuten würde, die nur mit hohem Aufwand aktuell gehalten werden könnte. Dies noch abgesehen davon, dass nahezu täglich neue Produkte auf den Markt kommen bzw. Produkte vom Markt genommen werden, was den jeweiligen Unternehmen eine umfangreiche Meldepflicht und der Sozialversicherung eine ebenso umfangreiche (allenfalls sogar europaweite) Nachforschungs- und Aktualisierungspflicht auferlegen würde.

Frage 4a) - g):

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger entscheidet nicht über die Kostenübernahme für einen Heilbehelf oder ein Hilfsmittel. Bei Heilbehelfen oder Hilfsmitteln kann der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (im Gegensatz zum Heilmittelbereich, vgl. § 31 Abs. 3 Z 12 ASVG) keine verbindliche Rechtsnorm setzen.

Der im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger eingerichtete „Fachbeirat für Heilbehelfe und Hilfsmittel“ wurde zur Beratung der Sozialversicherungsträger und des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger eingerichtet. Er hat Heilbehelfe/Hilfsmittel leistungsrechtlich, qualitativ (funktionelle Eignung und Dauerhaftigkeit) und ökonomisch zu begutachten und Empfehlungen abzugeben. Er ist ausdrücklich nicht berechtigt, Entscheidungen über die Aufnahme von Heilbehelfen/Hilfsmittel in Verträge zu treffen oder Vertretungshandlungen nach außen zu setzen. Im Vorfeld dieses Fachbeirates wurde bei der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau ein „Competence Center“ (CC HBHI) für diesen Leistungsbereich eingerichtet. Dort können Unternehmen Heilbehelfe/Hilfsmittel, welche dem aktuellen Arbeitsprogramm des CC HBHI zuzuordnen sind, direkt bei der genannten

Versicherungsanstalt bzw. beim jeweils zuständigen Partnerträger des CC HBHI präsentieren.

Ob und zu welchen Tarifbedingungen die Produkte schließlich in die von den einzelnen Versicherungsträgern abzuschließenden Verträge aufgenommen werden, bleibt den Verhandlungen der Vertragspartner ausdrücklich vorbehalten.

Frage 5:

Es muss grundsätzlich davon ausgegangen werden, dass Firmen ihre neuesten Produkte den Sozialversicherungsträgern als mögliche Financiers jedenfalls präsentieren. Gerade dafür wurde das CC HBHI eingerichtet.

Dennoch wird nach Mitteilung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger seitens der Krankenversicherungsträger eine Art „Marktforschung“ betrieben. Wird ein Produkt vom ärztlichen Dienst als sinnvoll, medizinisch notwendig oder innovativ erkannt, wird dieses auch auf Kosten der Sozialversicherung zur Verfügung gestellt.

Es gibt aber auch keine Verpflichtung von Firmen, ihre neuesten Produkte anzubieten.

Frage 6:

Da es diese Liste nicht gibt, kann auch niemand darüber entscheiden.

Im Ost-Vertrag ist vorgesehen, dass die Aufnahme von Heilbehelfen und Hilfsmitteln aufgrund von Empfehlungen des Fachbeirates erfolgt. Auf Basis dieser Empfehlungen wird mit den Vertragspartnern im Verhandlungsweg eine gemeinsame Entscheidung getroffen.

Frage 7a) und b):

Dazu hat der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger Folgendes berichtet:

„Die nominierten Vertreter von Handel und Industrie, der Fachbeirat, die Sozialversicherungsträger und deren leitende Ärztinnen und Ärzte sowie die Vertragspartner beurteilen die Qualität der Produkte, bevor sie in allfällige Verträge der Träger aufgenommen werden. Die Qualitätsbeurteilung erfolgt anhand des Medizinproduktegesetzes bzw. soweit vorhanden, anhand von Gutachten. In den Beurteilungsprozess sind Experten mit entsprechender Berufsausbildung eingebunden.“

In Zweifelsfällen werden zur Prüfung der Qualität der Produkte die Firmen zunächst eingeladen, entsprechende Studien vorzulegen. Diese sind jedoch - im Gegensatz zum Heilmittelbereich - oftmals nicht oder nur sehr eingeschränkt verfügbar. Daher müssen die Sozialversicherungsträger bei der diesbezüglichen Prüfung auf Experten in den eigenen Reihen oder nötigenfalls auch auf externe Experten zurückgreifen.“

In diesem Zusammenhang ist anzumerken, dass es für Heilbehelfe und Hilfsmittel keine Zulassungsstudien mit dem Nachweis des Nutzens gibt, sondern für die Marktzulassung im Regelfall nur Untersuchungen zur Produktsicherheit vorgelegt werden müssen. Dadurch ist eine evidenzbasierte Evaluierung des Produktnutzens wie bei Heilmitteln nicht gleichermaßen möglich.“

Sollte es sich bei den in Rede stehenden Produkten um Medizinprodukte im Sinne des Medizinproduktegesetzes - MPG, BGBl. Nr. 657/1996, idgF., handeln, ist ergänzend festzuhalten, dass Medizinprodukte nur dann in Verkehr gebracht oder in Betrieb genommen werden dürfen, wenn die Bestimmungen des Medizinproduktegesetzes bzw. der zutreffenden EU-Richtlinien erfüllt sind.

Die Einhaltung dieser Bestimmungen - und somit auch der dadurch vorgegebene Qualitätsstandard - wird im Rahmen der Marktüberwachung vom Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG) geprüft.

Frage 8:

Grundsätzlich müssen die Sozialversicherungsträger zunächst - und besonders bei neu auf den Markt kommenden Produkten - den Firmen vertrauen und eine von den Firmen behauptete Lieferfähigkeit (auch mangels einschlägiger Einschau- und Prüfrechte) annehmen. Aufgrund der breiten Palette an Produkten und Lieferanten (Angebotsseite) ist die zeitgerechte Versorgung der Versicherten sichergestellt. Ein Zwang zur Lieferbereitschaft ist nicht möglich (und auch bei Arzneimitteln nicht vorhanden).

Mit der häufig im Einzelhandel abgebenden Vertragspartnergruppe der Orthopädietechniker/innen wurde nach Mitteilung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger bereits vor Jahren in Aussicht genommen, dass Lieferengpässe von bestimmten Produkten umgehend den Sozialversicherungsträgern gemeldet werden sollen. Dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger sind keine diese Informationsschiene betreffenden Probleme bekannt geworden.

Frage 9:

Ziel des CC HBHI ist es, zu mehr Transparenz im Angebot der Heilbehelfe und Hilfsmittel beizutragen.

Träger des CC HBHI ist die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau, wobei alle Krankenversicherungsträger Know-how und eine langjährige Erfahrung im Leistungsbereich „Heilbehelfe und Hilfsmittel“ einbringen.

Die auf Basis der Grundsatzziele abgeleiteten Kernleistungen des CC HBHI lauten wie folgt:

- Erarbeitung und Abstimmung einheitlicher Leistungskataloge der Sozialversicherungsträger aus den Angeboten der Hersteller/innen bzw.

Vertreiber/innen von Medizinprodukten bzw. der Vertragspartner/innen;

- Ausarbeitung/Überarbeitung und Verhandlung bestehender Gesamtverträge;
- Unterstützung der Sozialversicherungsträger bei Vertragspartner/innen- und Versorgungskontrollen, um sicherzustellen, dass die Patient/inn/en jene Leistung in der Ausführung und Qualität, in der sie vertraglich vereinbart wurden, auch tatsächlich bekommen, unabhängig vom Wohnort und unabhängig von der Kassenzugehörigkeit.

Der Kund/inn/ennutzen für die Sozialversicherungsträger und den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger durch eine trägerübergreifende Prüfung der Heilbehelfe und Hilfsmittel ergibt sich nach Meinung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger dadurch, dass sich das CC HBHI eingehend mit medizinischen und technischen Neuentwicklungen beschäftigen kann, eine Herausforderung, die durch die einzelnen Sozialversicherungsträger aufgrund niedriger Versorgungs-Fallzahlen nicht immer gemeistert werden kann. „Gebündelte“ Fachkompetenz, Vorabklärung und Synergieeffekte führen zu Verwaltungskosteneinsparungen.

Frage 10:

Unter der Voraussetzung, dass mit „Beratung und Begleitung“ jene der Versicherten gemeint ist, ist festzuhalten, dass diese durch die Vertragspartner/innen in Zusammenarbeit mit den verordnenden Ärzt/inn/en erfolgt.

Der verordnende Arzt/die verordnende Ärztin ist für die richtige Verordnung verantwortlich. Die Vertragspartner/innen sind für die kompetente Beratung und Auswahl des richtigen Behelfes vertraglich seitens der Versicherungsträger verpflichtet worden.

Durch die Bestimmungen über die Qualitätssicherung und Gewährleistung in den einzelnen Verträgen ist sichergestellt, dass die Beratung und Begleitung bei der Auswahl des Hilfsmittels durch entsprechend geschultes Personal erfolgt.

Frage 11:

Die Frage, wie viele Hilfsmittel über die Länder abgegeben werden, betrifft nicht den Vollzugsbereich meines Ministeriums.

Frage 12:

Die Verankerung eines Rechtsanspruchs auf medizinische Maßnahmen der Rehabilitation obliegt ausschließlich dem Gesetzgeber. Die diesbezüglich an mich gerichtete Frage betrifft somit keine Angelegenheit der Vollziehung und ist daher von mir nicht zu beantworten.