
3604/J XXIV. GP

Eingelangt am 11.11.2009

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

ANFRAGE

des Abgeordneten Grünewald, Freundinnen und Freunde

an den Bundesminister für Gesundheit

betreffend vermehrte Nichtbewilligung von verordneten Physiotherapien durch die Krankenversicherungsträger

Am 14. Oktober war in „Der Standard“ auf Seite 1 im Rahmen der Berichterstattung zur Rede von Vizekanzler Josef Pröll zu lesen: „Die Sozialversicherung will die angepeilten 1,7 Milliarden Euro „Kostendämpfungen“ nicht nur bei den Medikamenten und Arzthonoraren erzielen, acht Millionen sollen „Kontingentierungen“ im Bereich Physiotherapie einbringen. Bereits Ende Juni 2009 berichteten Physio Austria und der Österreichische Hausärzteverband in einer gemeinsamen Pressekonferenz, dass sich die Fälle, in denen v.a. Kindern und geriatrischen PatientInnen notwendige und ärztlich verordnete Physiotherapien von den Krankenkassen verweigert werden, häufen. Als Begründung für die Ablehnung wird oft angeführt, dass keine wesentliche Besserung oder Heilung durch die Therapie zu erwarten sei. Dies widerspricht jedoch den geltenden gesetzlichen Grundlagen im ASVG. PatientInnen haben auch ein Recht auf medizinische/therapeutische Betreuung, wenn diese auf Erhaltung bzw. Vermeidung von Verschlechterung des Gesundheitszustandes abzielt. Bestätigt wurde dieses Anrecht auch durch den Obersten Gerichtshof. Physio Austria schätzt, dass allein im Bereich der Physiotherapie in den vergangenen zwölf Monaten tausende Therapien auf diese Weise verhindert wurden. Eine abgeschwächte Form der restriktiven Vorgangsweise ist die der Therapiekürzung. Verordnete Therapien werden in halbem Ausmaß bewilligt und Folgetherapien abgelehnt. Auf der Strecke bleiben meist jene, die aufgrund physischer, psychischer und/oder sozialer Lebensumstände nicht in der Lage sind, einen Kampf mit der Bürokratie der Krankenkassen aufzunehmen. Das sind vor allem Kinder und geriatrische PatientInnen. Gerade bei geriatrischen PatientInnen ist die Therapieablehnung kurzsichtig. Eine kontinuierliche therapeutische Betreuung und Anleitung der Angehörigen ermöglicht es, körperliche Grundfunktionen der PatientInnen so weit zu erhalten, dass ein Verbleib zu Hause möglich ist.

Werden die Therapien verwehrt, verschlechtert sich der Gesundheitszustand meist schnell so markant, dass die Lebensqualität durch den Verlust der Selbständigkeit drastisch sinkt und mit der Folge eine häusliche Pflege nicht mehr möglich ist.

Die unterfertigten Abgeordneten stellen daher folgende

ANFRAGE:

- 1) Wie viele physiotherapeutischen Behandlungen wurden in den Jahren 2005, 2006, 2007, und 2008 ärztlich verordnet und bei den Krankenversicherungsträgern eingereicht?
Bitte nach Jahren und Krankenversicherungsträgern getrennt beantworten.
- 2) Wie viele dieser ärztlich verordneten physiotherapeutischen Behandlungen wurden in den Jahren 2005, 2006, 2007 und 2008 durch die Krankenversicherungsträger abgelehnt?
- 3) Bitte nach Jahren und Krankenversicherungsträger getrennt beantworten.
- 4) Mit welchen Begründungen wurden die Behandlungen abgelehnt?
- 5) Worauf begründet sich die Aussage in „Der Standard“ vom Mittwoch, 14. Oktober, wonach die Sozialversicherung acht Millionen Euro durch Kontingentierungen im Bereich Physiotherapie einbringen möchte?
- 6) Wie stehen Sie zu Kontingentierungen im Bereich Physiotherapie angesichts der enormen Kosten, die durch Spätfolgen entstehen?
- 7) Wie hoch sind in Österreich die Pro-Kopf-Ausgaben im Bereich Physiotherapie (Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie)?
- 8) Wie hoch sind diese im Vergleich zu Deutschland und der Schweiz?
- 9) Werden Sie sich dafür einsetzen, dass die Krankenkassen so bald als möglich für versicherungsfremden Leistungen wie etwa Mutterschutzgeld, Rezeptgebührenbefreiung oder beitragsfreie Mitversicherung einen adäquaten Ausgleich aus dem Bundesbudget erhalten werden?