

Frau
Präsidentin des Nationalrates
Doris Bures
Parlament
1017 Wien

GZ: BMGF-11001/0171-I/A/5/2017

Wien, am 2. Juni 2017

Sehr geehrte Frau Präsidentin!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische **Anfrage Nr. 12724/J der Abgeordneten Tanja Windbühler-Souschill, Eva Mückstein, Freundinnen und Freunde** nach den mir vorliegenden Informationen wie folgt:

Einleitend wird festgehalten, dass zu der vorliegenden parlamentarischen Anfrage eine Stellungnahme des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger eingeholt wurde, die im Folgenden auszugsweise wiedergegeben wird.

Frage 1:

- *In welchen Ländern der Europäischen Union gibt es eine solche Therapie zur Tumorbehandlung? Von welchen dieser Länder wurden die Kosten der Therapie für die Berechnung der Durchschnittswerte herangezogen? Wenn es andere Bezugsquellen zur Berechnung gegeben hat, welche waren dafür ausschlaggebend und wie wurde der Kostenzuschuss berechnet?*

Nach den meinem Ressort vorliegenden Informationen gibt es derartige Therapien derzeit in Deutschland, Italien, Frankreich, der Tschechischen Republik, Polen, Schweden und im Vereinigten Königreich.

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger führt dazu in seiner Stellungnahme Folgendes aus:

„Die Preise, die ausländische Sozialversicherungsträger in diesen Staaten für Therapien entrichten, konnten trotz vielfältiger Bemühungen – es wurde unter

anderem eine Studie bei der Gesundheit Österreich GmbH, Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (GÖG-ÖBIG), in Auftrag gegeben – nicht erhoben werden. Es handelt sich bei diesen Preisen um interne Daten der jeweiligen Anbieter bzw. Verträge, die nicht öffentlich gemacht werden.

Eine Umfrage bei den österreichischen Sozialversicherungsträgern über entsprechende Behandlungen im Ausland, für die im Jahr 2015 im Anwendungsbereich der EU-Verordnungen VO (EG) Nr. 883/2004 und VO (EG) Nr. 987/2009 die Kosten im Rahmen der Sachleistungsversorgung übernommen wurden, führte zu folgendem Ergebnis:

Kosten für entsprechende Behandlungen in EU/EWR-Staaten wurden in 88 Fällen übernommen (davon 85 Behandlungen in deutschen Einrichtungen). In 12 Fällen wurde eine Kohlenstoffionenbehandlung indiziert, in 76 Fällen eine Protonenbehandlung. Bis zum Erhebungszeitraum waren 72 Fälle abgerechnet. Für die Ermittlung des Durchschnittspreises wurden, um Vergleichbarkeit herzustellen (siehe Frage 3), nur Behandlungsfälle mit Kosten von mehr als € 10.000 herangezogen (insgesamt 52 Fälle, davon 6 Kohlenstoffionenbehandlungen und 46 Protonenbehandlungen). Fälle, in z. B. denen nur (Vor-)Untersuchungen durchgeführt wurden (Kosten von wenigen € 100,-), wurden nicht berücksichtigt.

Daraus ergab sich jeweils für eine Behandlungsserie (inkl. aller erforderlichen medizinischen Nebenleistungen) für Kohlenstoffionenbehandlungen durchschnittlich ein Betrag von € 18.285,59, für Protonenbehandlungen durchschnittlich ein Betrag von € 23.311,99.

In sinngemäßer Anwendung von § 131 Abs. 1 ASVG (Kostenersatz von 80 % jener Kosten, die dem Versicherungsträger bei Inanspruchnahme eines Vertragspartners entstanden wären) ergibt dies einen Kostenzuschuss von € 14.628,47 für eine Kohlenstoffionenbehandlungsserie und € 18.649,59 für eine Protonenbehandlungsserie.“

Frage 2:

- *Wie hoch sind die EU-Durchschnittskosten für die angegebenen Therapien in den Jahren 2016 und 2017?*

Wie der Hauptverband mitteilt, kann diese Frage nicht beantwortet werden, da derzeit noch keine aussagekräftigen Zahlen verfügbar sind und es zudem dazu keine offiziellen Statistiken gibt.

Frage 3:

- *Der Rechnungshof beschrieb im Bericht Reihe Niederösterreich 2011/2, dass sich internen Berechnungen zufolge die Behandlungskosten auf maximal 20.000 EUR belaufen werden. MedAustron ging in der Projektplanung von einem*

durchschnittlichen Kostenersatz von 20.000 EUR je Patient aus. Der RH wies darauf hin, dass im internationalen Vergleich der Kostenersatz von knapp über 50% der im Ausland behandelten Patienten unter 5.000 EUR betrug; nur bei drei Patientinnen erreichte der Ersatz annähernd die von MedAustron geplanten Behandlungskosten von 20.000 EUR. Laut den Stellungnahmen des Landes Niederösterreich und der EBG handle es sich bei den genannten Beträgen offenbar um Kostenersätze von Behandlungen von Augentumoren. Diese Behandlungen seien bei MedAustron nicht vorgesehen. Erhebungen in der Schweiz, in Deutschland, in Frankreich und in Italien hätten ergeben, wie hoch die geplanten Kostenersätze für Hadronentherapie bei jenen Indikationen seien, die auch bei MedAustron behandelt werden sollen. Demnach wäre die bestehende Kostenschätzung mit etwa 20.000 EUR vorsichtig. Wie berechnen sich nunmehr tatsächlich die von MedAustron in Anschlag gebrachten Kosten pro Behandlung, wie setzen sie sich zusammen, und welche Änderungen bei den Kosten hat es hier seit dem Jahr 2007 gegeben?

Über die Berechnung, Zusammensetzung und Änderung der Kosten liegen meinem Ressort keine Informationen vor.

Frage 4:

- *In der Follow-Up-Überprüfung kritisierte der Rechnungshof (Reihe Niederösterreich 2014/2) einmal mehr, dass es zu keiner Fixierung des Kostenzuschusses gekommen ist: "Der Empfehlung des RH, zur Erhöhung der Planungssicherheit die Höhe des Behandlungskostenzuschusses gemäß § 131b Abs. 2 ASVG umgehend zu ermitteln und festzusetzen, wurde nicht entsprochen. Die EBG verwies auf - letztlich erfolglose - Bemühungen, gegenüber dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, eine solche Festsetzung voranzutreiben. Der Hauptverband erneuerte seine bereits 2009 dargestellte Rechtsansicht, dass Leistungen der Krebsbehandlung bei MedAustron mit der Zahlung der Pauschalbeträge gemäß § 148 Z 3 ASVG bereits abgegolten seien. Zudem seien entsprechende Verträge erst dann einzugehen, wenn eine entsprechende formelle Grundlage in Form einer gültigen krankenanstaltenrechtlichen Betriebsbewilligung nachgewiesen würde. (TZ 8)" Wie wurde dieser Kritik und Empfehlung Rechnung getragen?*

Der Hauptverband teilt dazu mit, dass ein Kostenzuschuss im Rahmen der 1. Änderung der Mustersatzung 2016 festgesetzt wurde (siehe www.ris.bka.gv.at/SV-Recht, avsv Nr. 194/2016).

Frage 5:

- *Es ist üblich, dass bei Therapieeinrichtungen mit großen Patientenzahlen aufgrund der dadurch sinkenden anteiligen Fixkosten pro PatientIn seitens des*

Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger ein Rabatt ausgehandelt wird. Wurde auch mit MedAustron ein solcher Rabatt vereinbart, welche Ersparnis entsteht dadurch, und falls nein, wieso nicht?

Der Hauptverband führt dazu in seiner Stellungnahme Folgendes aus:

„Die Frage kann nicht beantwortet werden, da die Vertragsverhandlungen noch nicht abgeschlossen werden konnten. Der Hauptverband hatte auch diesen Aspekt im Auge, mit MedAustron war aber keine Einigung erzielbar.“

Frage 6:

- *Wann wird das "Großgerät" MedAustron in den Geräteplan bzw. in den "Regionalen Strukturplan Gesundheit" aufgenommen und kann dies die Lösung für die Kostenübernahme sein?*

MedAustron wird voraussichtlich im Rahmen der derzeit stattfindenden Revision des Österreichischen Strukturplans Gesundheit (ÖSG) in den bundesweiten Großgeräteplan aufgenommen werden. Gemäß § 338 Abs. 2a ASVG haben sich die Versicherungsträger beim Abschluss von Verträgen an den Großgeräteplan zu halten, Verträge die ihm widersprechen, sind ungültig. D.h. dass durch die Aufnahme eines Großgeräts in den Großgeräteplan eine Kostenübernahme durch die Sozialversicherung zulässig ist. Damit wird jedoch keine Festlegung hinsichtlich Art und Höhe der Kostenübernahme getroffen.

Frage 7:

- *Welche andere gesetzliche Lösung könnte für einen positiven Ausgang für die Patientinnen und Patienten hilfreich sein? Gibt es hier Einschätzungen?*

Als Grundsatz im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung ist anzusehen, dass die Versicherungsträger die Erbringung von medizinischen Leistungen im Wege des Vertragsrechtes sicher stellen, sodass diese Leistungen als Sachleistungen zur Verfügung gestellt werden können und den Versicherten (von allfälligen geringfügigen Selbstbehalten abgesehen) keine Kosten erwachsen. Auch im Falle des Leistungsanbieters „MedAustron“ ist eine Vertragslösung anzustreben. Durch § 131b Abs. 2 ASVG sollte lediglich für den Fall, dass ein Vertrag mit „MedAustron“ oder einem vergleichbaren Leistungsanbieter nicht besteht, als Sondernorm zu dem die sonstigen Fälle des Kostenzuschusses regelnden § 131b Abs. 1 ASVG eine Regelung geschaffen werden, die die Gewährung eines Kostenzuschusses ermöglicht. Wie der Hauptverband in anderem Zusammenhang festgestellt hat, wäre er durchaus bereit, einen Vertrag mit den Betreibern von „MedAustron“ abzuschließen und hat dies auch bereits mehrfach angeboten. Andere „gesetzliche Lösungen“ werden daher derzeit nicht in Betracht gezogen.

Frage 8:

- *Ist es richtig, dass das Land Niederösterreich nie eine Zusage über die Übernahme der realen Gesamtkosten für die Patient/inn/en-Behandlungen seitens des Hauptverbandes hatte?*

Nach Auskunft des Hauptverbandes hat dieser eine derartige Zusage nicht gegeben.

Dr.ⁱⁿ Pamela Rendi-Wagner, MSc

