

Herrn
Zweiten Präsidenten des Nationalrates
Karlheinz Kopf
Parlament
1017 Wien

GZ: BMG-11001/0120-I/A/15/2014

Wien, am 12. August 2014

Sehr geehrter Herr Präsident!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische **Anfrage Nr. 1722/J der Abgeordneten Dr. Belakowitsch-Jenewein und weiterer Abgeordneter** nach den mir vorliegenden Informationen wie folgt:

Frage 1:

Die gesetzlichen Vorschriften des österreichischen Sozialversicherungssystems gewähren den Versicherten jede notwendige ärztliche Behandlung, Versorgung mit Medikamenten und Heilbehelfen sowie Pflege in Krankenanstalten. Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung können und dürfen zwar nicht das Maß des Notwendigen überschreiten, jedoch ist für eine ausreichende und zweckentsprechende Krankenbehandlung für alle zu sorgen. Bei den zu ergreifenden medizinischen Maßnahmen ist gemäß den gesetzlichen Vorgaben des Krankenanstaltenrechts bzw. des ärztlichen Berufsrechts für die ärztliche Behandlung und die Pflege ausschließlich der Gesundheitszustand der Patientin/des Patienten maßgeblich. Bei der Vergabe von Untersuchungs- und Behandlungsterminen durch die Ärztin/den Arzt sowohl im niedergelassenen als auch im Krankenanstaltenbereich ist auf die Dringlichkeit der Intervention (etwa bei Schmerzpatient/inn/en) Bedacht zu nehmen. Der Umstand, dass eine private Krankenzusatzversicherung nicht vorliegt, kann und darf daher der/dem Versicherten nicht zum Nachteil gereichen. Die Wichtigkeit dieses Grundsatzes (Wohl der Patientin/des Patienten) ist gerade im Zusammenhang mit den Wartezeiten für Operationen hervorzuheben.

Zu der von den anfragenden Abgeordneten angesprochenen „2-Klassen-Medizin“ ist festzuhalten, dass nach geltender Rechtslage die medizinische Behandlung in Krankenanstalten für sämtliche Patient/inn/en nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft unterschiedslos auf höchstem Niveau zu erfolgen hat. Die Sonderklasse

unterscheidet sich daher von der allgemeinen Gebührenklasse lediglich hinsichtlich der sogenannten „Hotelkomponente“ (z.B. bessere Ausstattung, Menüwahl, Einbettzimmer, eigener Sanitärbereich usw.).

Obwohl das Vorliegen einer Zusatzversicherung also keine Bevorzugung betreffend die medizinische Leistung bedeutet, kann nicht ausgeschlossen werden, dass in der Praxis bei planbaren und aufschiebbaren Eingriffen – auf Grund einer fehlenden Auslastung im Bereich der „Sonderklasse-Zimmer“ und der sich daraus eher ergebenden Verfügbarkeit von Betten in diesem Bereich – ein früherer Operationstermin zustande kommt. In solchen Fällen handelt es sich jedoch um keine sich aus dem Gesetz ergebende Bevorzugung von Sonderklassepatient/inn/en betreffend die Wartezeit.

Frage 2:

Auf meine Initiative wurde bereits eine entsprechende Rechtsgrundlage im Krankenanstaltenrecht durch die Änderung des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG) mit BGBl. I Nr. 69/2011, kundgemacht am 29. Juli 2011, geschaffen, die den Weg für ein transparentes Management von Wartezeiten auf planbare Eingriffe in Spitälern bereitet hat. In der maßgeblichen gesetzlichen Bestimmung des § 5a KAKuG wurde ein Wartezeit-Management in Krankenanstalten in der Weise eingeführt, dass der Landesgesetzgebung aufgetragen wurde, die nach Anstaltszweck und Leistungsangebot in Betracht kommenden Träger von öffentlichen und privaten gemeinnützigen Krankenanstalten zu verpflichten, ein transparentes Wartelistenregime in anonymisierter Form für elektive Operationen sowie für Fälle invasiver Diagnostik zumindest für die Sonderfächer Augenheilkunde und Optometrie, Orthopädie und orthopädische Chirurgie sowie Neurochirurgie einzurichten, sofern die jeweilige Wartezeit vier Wochen überschreitet. Die Landesgesetzgebung hat Kriterien für den Ablauf und die Organisation dieses Wartelistenregimes vorzusehen, wobei die Gesamtanzahl der pro Abteilung für den Eingriff vorgemerkten Personen und von diesen die der Sonderklasse zugehörigen vorgemerkten Personen erkennbar zu machen sind.

Grundsätzlich ist zu sagen, dass die Angelegenheiten der Heil- und Pflegeanstalten gemäß Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG zwar Bundessache hinsichtlich der Grundsatzgesetzgebung sind, die Erlassung von Ausführungsbestimmungen sowie die Vollziehung der jeweiligen Landes-Krankenanstaltengesetze jedoch den Bundesländern obliegen.

Der Bundesgesetzgeber gibt zwar die generelle Richtung bezüglich der Führung und Entwicklung des Krankenanstaltenwesens vor, die Umsetzung dieser Vorgaben obliegt aber jedem einzelnen Bundesland. Dieses Konzept ist Ausdruck des in Österreich herrschenden föderalistischen Prinzips. Darüber hinaus ist die konkrete Organisation einer Krankenanstalt Sache des Rechtsträgers dieser Krankenanstalt und damit vielfach Aufgabe der Länder in dieser Eigenschaft.

Im konkreten Zusammenhang besteht somit eine primäre Länderverantwortung.

Zur Fragestellung, wie eine Gleichbehandlung der Patient/inn/en sichergestellt werden wird, kann die in ihren Grundzügen bereits im Vorjahr vereinbarte, derzeit in Umsetzung befindliche Gesundheitsreform nicht unerwähnt bleiben. Zu deren Schwerpunkten zählen insbesondere die Schaffung klarer Versorgungsstrukturen und -prozesse, etwa bei der Rollenverteilung zwischen Hausärztin/-arzt, Fachärztin/-arzt, Ambulanz und Spital sowie verkürzte Wartezeiten für Patient/inn/en. Im Rahmen der Gesundheitsstrukturpolitik soll eine qualitätsgesicherte, flächendeckende, leicht zugängliche und solidarisch finanzierte integrierte Gesundheitsversorgung auf höchstem Niveau für die Bevölkerung, ohne Unterscheidung nach Bildung, Status und Geschlecht sichergestellt werden.

Frage 3:

Nach Vorgabe der einschlägigen Judikatur gilt als arbeitsunfähig, wer infolge Krankheit nicht oder nur mit Gefahr einer Verschlimmerung seines Zustandes fähig ist, jene Beschäftigung auszuüben, die die Pflichtversicherung begründet (hat). Nach dem gesetzlichen Wortlaut der maßgeblichen Bestimmung des § 120 Z 2 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG) setzt der Versicherungsfall „Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit“ eine Krankheit voraus. Krankheit wird vom Gesetz als „regelwidriger Körper- oder Geisteszustand, der eine Krankenbehandlung notwendig macht“ definiert. Auf die Ursache der Krankheit wird im österreichischen Sozialversicherungsrecht grundsätzlich nicht abgestellt.

Daher ist auch nicht nachvollziehbar, wenn bezüglich der Gewährung von Krankengeld danach unterschieden würde, ob eine für die Arbeitsunfähigkeit ursächliche medizinisch notwendige Operation auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung oder privat erfolgte.

Zu der in der parlamentarischen Anfrage angeführten Fallkonstellation, der zufolge eine Versicherte eine medizinisch notwendige Augenoperation privat durchführen lässt und im Anschluss daran für die Zeit der Arbeitsunfähigkeit kein Krankengeld erhält, finden sich – auch nach Auffassung der dazu befragten, im Anlassfall leistungszuständigen Wiener Gebietskrankenkasse – grundsätzlich keine Anhaltspunkte. Eine abschließende rechtsverbindliche Klärung des vorgebrachten Falles kann selbstverständlich gerne bei Vorlage der relevanten sozialversicherungsrechtlichen Daten erfolgen.

Fragen 4 und 5:

Die im Rahmen der Dokumentation in Krankenanstalten vom Bundesministerium für Gesundheit erhobenen Daten enthalten keine Informationen über etwaige Zusatzversicherungen der Patient/inn/en, sondern ausschließlich eine Information über den für die Pflichtversicherung zuständigen Kostenträger.

Auch der mit diesen Fragen befasste Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger teilte mit, dass eine Beantwortung aus folgenden Gründen nicht möglich ist:

Im stationären Bereich von Krankenanstalten durchgeführte Operationen werden von den Krankenversicherungsträgern in Form einer Pauschalabgeltung gemäß § 447f ASVG abgegolten. Damit sind aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht alle Leistungsverpflichtungen bei einer Unterbringung in der allgemeinen Gebührenklasse erfüllt.


Daten über Aufenthalte in der Sonderklasse von öffentlichen Krankenanstalten oder in Privatkrankenanstalten sind in elektronisch auswertbarer Form nicht vollständig verfügbar. Insbesondere ist eine Unterscheidung zwischen Operationen und sonstigen Behandlungen nicht möglich.

Aus dem niedergelassenen Bereich stehen den Krankenversicherungsträgern keine codierten Diagnosen zur Verfügung. Elektronische Auswertungen sind somit ebenfalls nicht möglich.

Daten über ausschließlich privat bezahlte sowie medizinisch nicht notwendige Operationen liegen generell nicht vor.

Abschließend ist festzuhalten, dass die Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit von Operationen, unabhängig davon, ob sie von Patient/inn/en privat bezahlt werden oder nicht, ausschließlich im ärztlichen Zuständigkeitsbereich liegt.

ALOIS STÖGER

Signaturwert	O8IQEG9h5yHXkZTt06CDVZIQiG1wFbs/zmmJhPLPq50JDLz8BFyEj6beLi3ppvaebvNX0TsPuJSqly/8dATz2g0EhptgceqePvniqZCUTBU/bBVqcqV6++NOOqAhToGfX0qetKPbnpvSJU09Xjc4USAnU1+ZXUOWMDa+H+eHQQ=	
	Untersigner	serialNumber=756257306404,CN=Bundesministerium f. Gesundheit,O=Bundesministerium f. Gesundheit,C=AT
	Datum/Zeit-UTC	2014-08-12T15:26:53+02:00
	Aussteller-Zertifikat	CN=a-sign-corporate-light-02,OU=a-sign-corporate-light-02,O=A-Trust Ges. f. Sicherheitssysteme im elektr. Datenverkehr GmbH,C=AT
	Serien-Nr.	540369
	Parameter	etsi-bka-moa-1.0
Hinweis	Dieses Dokument wurde amtssigniert.	
Prüfinformation	Informationen zur Prüfung der elektronischen Signatur finden Sie unter: http://www.signaturpruefung.gv.at	