



Hauptverband der
österreichischen
Sozialversicherungsträger

Bundesministerium für Gesundheit
Radetzkystraße 2
1030 Wien

T + 43 (0) 1 / 71132-1211
recht.allgemein@hvb.sozvers.at
Zl. REP-43.00/15/0090 Ht

Wien, 27. April 2015

Betreff: Parlamentarische Anfrage Nr. 4434/J (Abg. Dr. Rasinger u.a.) betreffend
Chefärztliche Bewilligungen der Gebietskrankenkassen, effektiver Rechts-
schutz gegen Ablehnungen

Bezug: Ihr E-Mail vom 31. März 2015, GZ: 90 001/055-II/A/7/2015

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger nimmt wie folgt
Stellung:

Für rund 97 % der Verordnungen gibt es keine Bewilligungspflicht.

Die chefärztliche Bewilligung dient der Vollziehung des § 133 Abs. 2 ASVG und
anderer leistungsrechtlicher Bestimmungen, wonach Krankenbehandlung aus-
reichend und zweckmäßig zu sein hat, jedoch das Maß des Notwendigen nicht
überschreiten darf.

Es muss Möglichkeiten geben, die Einhaltung dieser Regeln zu gewährleisten.
Im Sinn der Patienten ist es notwendig, bereits vor Bezug eines Medikaments
Klarheit zu schaffen, ob der Versicherungsträger Kosten übernimmt.

Zur Vorgangsweise und deren Grundlagen darf auf die Heilmittel-Bewilligungs-
und Kontroll-Verordnung, BGBl. II Nr. 473/2004, verwiesen werden.

Die Krankenversicherungsträger behalten sich daher vor, Verordnungen be-
stimmter (vor allem teure und seltene) Medikamente und Behandlungen auf
Plausibilität hinsichtlich ihrer Begründung sowie auf Rechtskonformität zu prüfen.

Aus Sicht der Sozialversicherung ist die normierte Bewilligungspflicht im Interes-
se der Solidargemeinschaft und zur nachhaltigen Sicherung der Finanzierbarkeit
des Gesundheitswesens jedenfalls erforderlich.



Für die Bewilligung von Heilmitteln gibt es klare Regeln im Erstattungskodex (EKO), die aufgrund wissenschaftlicher Evidenz erarbeitet werden und als Richtlinien für Bewilligungen vorgegeben sind.

Zu den einzelnen Fragen wird wie folgt Stellung genommen:

1. Wie viele chefärztliche Bewilligungen wurden im Jahr 2014 von den Gebietskrankenkassen erteilt und wie viele wurden ganz oder teilweise abgelehnt (Bitte möglichst nach Bundesland, Art der Medikamente bzw. Therapie, Indikation und wesentliche Begründungsgruppen bei Ablehnungen aufliedern)?

Aus der Beilage ist die „bewilligte“, „geändert bewilligte“ und „abgelehnte“ Anzahl je Gebietskrankenkasse ersichtlich.

Darüber hinaus kann die Frage nicht beantwortet werden, da entsprechende Daten nicht bzw. nicht vollständig elektronisch auswertbar vorliegen.

2. Wie viele Fachärzt/innen aus welchen Sonderfächern und wie viele Allgemeinmediziner/innen sind im chefärztlichen Bereich der einzelnen Gebietskrankenkassen tätig?

Bei den einzelnen Trägern sind nach deren Mitteilung derzeit im chefärztlichen Bereich (Fach-)ÄrztInnen wie folgt beschäftigt:

WGKK: 47 ÄrztInnen (inkl. ärztlicher Direktor und Stellvertreter); davon 45 Allgemeinmediziner, zwei mit Facharztausbildung im Sonderfach Chirurgie.

NÖGKK: rd. 30 Vollzeitäquivalente als ÄrztInnen (Ärzte für Allgemeinmedizin und verschiedene Fachärzte).

BGKK: sechs ÄrztInnen (4,7 Vollzeitäquivalente); davon ein Facharzt für Anästhesie und Intensivmedizin, fünf Ärzte für Allgemeinmedizin; ein Arzt verfügt zusätzlich über ein Notarztdiplom und ein Arzt über eine Zusatzausbildung im Bereich Arbeitsmedizin.

STGKK: Es sind FachärztInnen (z. B. Dermatologie, Radiologie) als auch AllgemeinmedizinerInnen mit einer Reihe von Zusatzausbildungen beschäftigt. Dabei handelt es sich um Diplome für Arbeitsmedizin, Ernährungsmedizin, Manualmedizin, Sportmedizin, Notfallmedizin, Kurmedizin, Geriatrie, Wundmanagement. Eine Allgemeinmedizinerin verfügt zusätzlich über ein abgeschlossenes Pharmaziestudium.



OÖGKK: 32 ÄrztInnen; davon eine Chirurgin, ein Urologe, eine Lungenfachärztin, zwei Internisten und eine Neurologin. Der Rest sind Allgemeinmediziner.

KGKK: neben dem leitenden Arzt 17 ÄrztInnen mit ius practicandi (teilweise Teilzeit); neben dem leitenden Arzt ist eine Ärztin für Innere Medizin tätig.

SGKK: 20 ÄrztInnen mit Fachausbildungsnachweisen für Interne Medizin, Neurochirurgie, Neurologie, Unfallchirurgie, Dermatologie, Psychotherapie, Allgemeinmedizin, Lymphologie und Kurmedizin beschäftigt; der stellvertretende Chefarzt ist gerichtlich beeideter Sachverständiger.

TGKK: 22 ÄrztInnen, davon 3 Internisten, 1 Dermatologe, 2 Unfallchirurgen, 1 Gynäkologe, 1 Laborfacharzt und 14 Allgemeinmediziner. Alle Ärzte verfügen über ein Fortbildungsdiplom der ÖÄK und nahezu alle Ärzte über Zusatzdiplome aus verschiedenen Fachbereichen.

VGKK: neun Ärzte, keine FachärztInnen.

3. Wie wird sichergestellt, dass über Bewilligungen keine fachfremden Ärzt/innen über fachärztliche Verordnungen entscheiden?

Die Verwendung von Medikamenten ist vorrangig nicht nach ärztlichen Fachgebieten organisierbar, sondern richtet sich nach dem Zusammenhang der Behandlung im Sinn des Patienten. Es ist daher auch für die Bewilligung keine Facharztbindung möglich oder vorgesehen.

Ziel ist, dass Patienten jene Medikamente erhalten, die sie benötigen und dass dabei gleichzeitig die ökonomische Verschreibeweise beachtet wird.

Die Aufgabe der Ärzte des chef-(kontroll-)ärztlichen Dienstes ist es sicherzustellen, dass die vorab nach wissenschaftlichen und gesundheitsökonomischen Kriterien festgelegten Regeln eingehalten werden.

Darüber hinaus verfügen die Ärzte des chef-(kontroll-)ärztlichen Dienstes über die erforderliche Expertise. Es erfolgen regelmäßig interne und externe Besprechungen mit Fachärzten und Experten (auch aus dem universitären Umfeld).

4. Welche Kosten und welcher finanzielle Nutzen werden durch die Chefärztlichen Stationen bewirkt?

Die Frage hinsichtlich der Kosten kann nicht beantwortet werden, da entsprechende Zahlen nicht in elektronisch auswertbarer Form vorliegen.



Insbesondere sehen auch die Weisungen für die Rechnungslegung und Rechnungsführung bei den Sozialversicherungsträgern und dem Hauptverband (Rechnungsvorschriften – RV) eine separate Erfassung dieser Kosten bzw. eine eigene diesbezügliche Kostenstelle nicht vor.

Eine manuelle Auswertung ist in der zur Verfügung stehenden Zeit nicht und auch darüber hinaus nur mit einem nicht vertretbar hohen Aufwand möglich.

Zum finanziellen Nutzen ist auf den Bericht des Rechnungshofes zur Aufgabenerfüllung durch den chef- und kontrollärztlichen Dienst der Krankenversicherungsträger hinzuweisen (Bund 2006/9). Dabei wurde die Präventionswirkung hervorgehoben und festgestellt, es handle sich für die Krankenversicherung um ein zweckmäßiges Instrument zur Eindämmung von Kosten (vgl. Seite 81 des Berichts).

Dieser ökonomische Aspekt hat sich anlässlich der Hochwasserkatastrophe im August 2002 gezeigt. Das Aussetzen der Bewilligungspflicht für lediglich zwei Wochen durch die NÖGKK und die OÖGKK führte damals zu einem sprunghaften Ansteigen der Verschreibungen, wobei festgestellt werden musste, dass auch Pflegecremes, Verhütungsmittel, potenzsteigernde Mittel etc. auf Kassenkosten abgegeben worden waren. Allein für die NÖGKK sind Hochrechnung zufolge dadurch für 2002 Mehraufwendungen in Höhe von rd. € 13 Mio. entstanden (siehe ebenfalls Bericht des Rechnungshofes, Bund 2006/9, Seite 106 f, mit Verweis auf Bericht 2004/7).

Obwohl die Gesamtanzahl der Verordnungen stabil bleibt, kommt es derzeit zu beträchtlichen Aufwandssteigerungen aufgrund einiger hochpreisiger Produkte. Kostentreiber waren die Ausgaben für Heilmittel mit einem Kassenverkaufspreis von über € 700,- pro Packung. Sie stiegen im Zeitraum von 2010 bis 2014 um rund 83,6 %. Diese sehr teuren Produkte hatten 2010 noch einen moderaten Anteil von 15,6 % an den Gesamtausgaben, verursachten 2014 aber bereits 25,6 % der Ausgaben – und das mit nur 0,4 % der Verordnungen, Tendenz weiter steigend.

Für die Versichertengemeinschaft wird neben anderen Mechanismen besonders durch die chef-(kontroll-)ärztlichen Dienste ein wesentlicher Beitrag zu einem sorgfältigen und effizienten Einsatz von Beitragsgeldern erbracht, insbesondere eben mit dem Instrument der chefärztlichen Bewilligung. Die chefärztliche Bewilligung erfüllt somit eine medizinische „Gatekeeper-Funktion“ mit positiven ökonomischen Folgeeffekten. Das Patientenwohl und die ausreichende und zweckmäßige Behandlung haben dabei erste Priorität.

5. In wie vielen Fällen wird bei (teilweiser) Ablehnung ein Bescheid verlangt



und wie viele Bescheide werden innerhalb jeweils von 2, 4 bzw. 6 Monaten nach dem Verlangen erlassen (Bitte nach Bundesländern aufgliedern)?

Bescheide werden grundsätzlich innerhalb von zwei Wochen erlassen (vgl. § 368 ASVG). Sofern zur Klärung des Sachverhaltes Erhebungen notwendig sind, kann diese Frist nicht immer eingehalten werden. Jedenfalls erfolgt eine Erledigung innerhalb der dreimonatigen Frist (vgl. § 67 ASGG).

WGKK: 2014 wurden alle 16 Anträge innerhalb von zwei Monaten erledigt.

NÖGKK: 2014 wurden betreffend Heilmittel neun Bescheide und betreffend Therapien acht Bescheide jeweils innerhalb von drei Monaten erlassen.

BGKK: 2014 wurden zwei Bescheide wegen Ablehnung der Kostenübernahme von Medikamenten innerhalb von zwei Wochen erlassen.

OÖGKK: 2014 wurde betreffend Heilmittel in drei Fällen ein Bescheid verlangt und fristgerecht erlassen.

STGKK: 2014 wurde in vier Fällen wegen abgelehnter Heilmittel und in zwei Fällen wegen abgelehnter kosmetischer Eingriffe ein Bescheid ausgestellt.

KGKK: 2012 wurden sechs Bescheide, 2013 sieben Bescheide und 2014 acht Bescheide verlangt und innerhalb von zwei Wochen erlassen.

SGKK: In den letzten drei Jahren wurde ein Bescheid verlangt und innerhalb von zwei Monaten erlassen.

TGKK: 2014 wurden sieben Bescheide beantragt und innerhalb von drei Monaten erlassen.

VGKK: 2014 wurden zehn Bescheide bei (teilweiser) Ablehnung von Leistungen von Krankenbehandlung innerhalb von zwei Monaten erlassen.

6. In wie vielen Fällen wird innerhalb der gesetzlichen Frist kein Bescheid erlassen und wie viele Klagen wurden eingebracht (bitte möglichst aufgliedern nach Leistungs-, Feststellungs- und Säumnisklagen, nach Bundesland, und ob es um Medikamente oder Therapien geht)?

Bei den einzelnen Trägern stellt sich der Sachverhalt wie folgt dar, die gesetzlichen Fristen wurden allgemein eingehalten, sodass darauf nicht weiter eingegangen wird:



WGKK: Im Bereich Medikamente wurde eine Leistungsklage, im Bereich Therapien wurden zwei Leistungsklagen eingebracht. Säumnisklage wurde keine eingebracht.

NÖGKK: Es wurden vier Leistungsklagen eingebracht (drei betreffend Heilmittel, eine betreffend Therapien) eingebracht.

OÖGKK: Leistungsklagen wurden in drei Fällen eingebracht.

KGKK: Nachstehende Leistungsklagen wurden eingebracht:

- 2012: 3 Klagen (2 Medikamente; 1 Heilbehelf)
- 2013: 3 Klagen (1 Medikamente; 2 Behandlungskosten)
- 2014: 2 Klagen (Rollstuhlversorgung, Rehabilitationsaufenthalt)

SGKK: Es wurde eine Leistungsklage erhoben.

VGKK: Eine Feststellungsklage wurde ohne Erfolg eingebracht.

7. Welche Kosten entstehen den Gebietskrankenkassen durch die Bescheiderrlassung in Leistungssachen und durch die Verfahren bei den Sozialgerichten (bitte möglichst auflgliedern nach Personalkosten, Sachkosten, Gutachterkosten und Gerichtsgebühren)?

Die Frage kann nicht beantwortet werden. Entsprechende Daten liegen nicht in elektronisch auswertbarer Form vor.

Insbesondere sehen auch die Weisungen für die Rechnungslegung und Rechnungsführung bei den Sozialversicherungsträgern und dem Hauptverband (Rechnungsvorschriften – RV) eine separate Erfassung dieser Kosten bzw. eine eigene diesbezügliche Kostenstelle nicht vor.

Eine manuelle Auswertung ist in der zur Verfügung stehenden Zeit nicht und auch darüber hinaus nur mit einem nicht vertretbar hohen Aufwand möglich.

8. Wie kann bei dringender Behandlungsbedürftigkeit ein effektiver Rechtsschutz de lege lata und de lege ferenda erreicht werden?

Bei dringender Behandlungsbedürftigkeit (im Sinne von akut lebensnotwendigem Behandlungserfordernis) besteht die Möglichkeit einer „Notfallsverordnung“ (vgl. § 131 Abs. 3 ASVG, § 25 Abs. 3 Mustersatzung 2011 – avsv 2011/105 idgF).

Der Rechtsschutz ist aufgrund der geltenden Rechtslage effektiv ausgestaltet, darüber hinausgehende Regelungen werden nicht für notwendig erachtet.



9. Welche Best-Practice-Beispiele für alternative Modelle statt Chefärztlicher Bewilligungen sind Ihnen bekannt bzw. befürworten Sie?

Auf die Heilmittel-Bewilligungs- und Kontrollverordnung wird auch in diesem Zusammenhang hingewiesen. Die dort festgehaltenen Regeln sind für alle Krankenversicherungsträger, nicht nur die Gebietskrankenkassen relevant.

Auf Basis des § 10 der Verordnung wurde bei der OÖGKK mit 1. Dezember 2005 die Chefarztpflicht für Arzneimittel, mit Ausnahme der sogenannten Individualhaftliste für bestimmte Medikamente, für Kassenvertragsärzte ausgesetzt und durch eine Zielvereinbarung mit der Ärztekammer OÖ ersetzt.

Es ist jedoch festzuhalten, dass die OÖGKK – neben den gesetzten umfangreichen, intensiven laufenden Begleitmaßnahmen und dem Bestehen komplexer Rahmenbedingungen – über besondere, nicht mit anderen Bundesländern bzw. Trägern vergleichbare Strukturen verfügt.

In Punkto alternativer Steuerungsmechanismen gibt es europaweit zahlreiche Elemente, die in unterschiedlichen Kombinationen in unterschiedlich konzipierten Versicherungssystemen eingesetzt werden, hier ein Auszug:

- INN-Verschreibung¹ begleitet von (verpflichtender) Generikasubstitution, in den meisten EU-Mitgliedsstaaten state of the art. Sie steigert besonders effektiv sowohl die Generikaquote als auch den Wettbewerb unter Herstellern generischer Arzneimittel
- Ebenso werden risk-sharing Programme zur beobachteten Einführung innovativer Arzneimittel umgesetzt. Verordner sind dabei teilweise verpflichtet, Daten in Register einzuspeisen, andernfalls sie das fragliche Medikament gar nicht verordnen können.
- In vielen Ländern besteht ein Malus-System bzw. Sanktionen für Vertragsärzte, wenn Regeln der Erstattung nicht eingehalten werden. Es gibt auch das Modell einer Deckelung von Arzneimittelausgaben pro Verschreiber.

So werden im Rahmen des deutschen Modells (Medikamentenkontingentierung mit jährlicher „Kostendeckelung“) dem Verordner bei Überschreitung des Kontingents diese Kosten vom Honorar abgezogen. Dies führt dazu, dass sich die Verordner weigern, den Patienten die notwendigen Medikamente zu verordnen.

¹ INN ist die engl. Abkürzung des internationalen Freinamens, international nonproprietary name, die INN-Verschreibung bedeutet Wirkstoffverschreibung.



Hauptverband der
österreichischen
Sozialversicherungsträger

Darüber hinaus kann damit auch nicht geprüft werden, ob die Leistungen evidenzbasiert den Indikationen bzw. den Fragen der Zuweiser medizinisch entsprechen oder den Regeln der Behandlungsökonomie folgen.

10. Falls zu einer der vorstehenden Fragen keine ausreichenden Zahlen und Daten vorliegen:

- a. Werden Sie solche Zahlen und Daten ausarbeiten lassen und bis wann, oder warum nicht?**
- b. Werden Sie Kosten und Nutzen der chefärztlichen Bewilligungen der Gebietskrankenkassen einschließlich der Rechtsverfahren wissenschaftlich evaluieren lassen und bis wann, oder warum nicht?**

Aus unserer Sicht belegen die vorliegenden Zahlen (insbesondere jene über die Verfahrenshäufigkeit), dass kein Bedarf nach zusätzlichen Statistiken besteht.

Mit freundlichen Grüßen
Für den Hauptverband:

Dr. Josef Probst
Generaldirektor



Hauptverband der
österreichischen
Sozialversicherungsträger

Träger	abgelehnt	geändert bewilligt	bewilligt
WGKK	63.853	32.704	529.291
NÖGKK	43.560	13.524	478.158
BGKK	6.444	4.204	71.504
OÖGKK	15.912	2.001	128.460
STGKK	18.355	14.810	260.492
KGKK	4.735	8.889	131.647
SGKK	7.547	11.582	122.557
TGKK	20.083	5.411	170.786
VGKK	2.713	6.526	43.350
SUMME	183.202	99.651	1.936.245