

610/AB XXV. GP

Eingelangt am 10.04.2014

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-11001/0032-I/A/15/2014

Wien, am 10. April 2014

Sehr geehrte Frau Präsidentin!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische
Anfrage Nr. 733/J der Abgeordneten Erwin Spindelberger und GenossInnen nach
den mir vorliegenden Informationen wie folgt:

Einleitend ist festzuhalten, dass zur Beantwortung der vorliegenden parlamentarischen Anfrage eine Stellungnahme des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger eingeholt wurde, die in die nachstehenden Ausführungen eingeflossen ist.

Frage 1:

Im Sinne effektiver Korruptionsbekämpfung ist das Ressort mit den wesentlichen Gremien und Organisationen zur Korruptionsprävention und Korruptionsbekämpfung

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

vernetzt. Das Gesundheitsministerium ist Mitglied des Koordinationsgremiums zur Korruptionsbekämpfung im Bundesministerium für Justiz, war 2013 Teilnehmer an Anti-Korruptions-Expert/inn/enrunden im Bundesamt zur Korruptionsprävention und Korruptionsbekämpfung und am Österreichischen Antikorruptionstag 2013 vertreten. Es ist geplant, diesen Erfahrungsaustausch mit dem Ziel der erfolgreichen Bekämpfung von Misswirtschaft und Korruption im Gesundheitswesen auch künftig fortzusetzen.

Aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht verweise ich auf meine Ausführungen zu Frage 1 der an mich gerichteten parlamentarischen Anfrage Nr. 12924/J (XXIV. GP), weiters auf den ergänzenden Hinweis in der Beantwortung der Anfrage Nr. 14228/J (XXIV. GP) auf bereits durch mich erfolgte Beantwortungen parlamentarischer Anfragen zum Thema „e-card-Missbrauch“ (zuletzt Nr. 19633/J, XXIV. GP).

Frage 2:

Ich verweise dazu auf meine Beantwortung zu den Fragen 3 und 4 der parlamentarischen Anfrage Nr. 12924/J (XXIV. GP), sowie auf die Beantwortung der parlamentarischen Anfrage Nr. 14228/J (XXIV. GP). Diese Ausführungen sind nach wie vor relevant. Der Hauptverband hält abermals fest, dass die genannten sozialversicherungsweiten Maßnahmen sowie die zusätzlichen Maßnahmen einzelner Träger entsprechend weitergeführt bzw. weiterentwickelt werden.

Ergänzend hat der Hauptverband nunmehr Folgendes ausgeführt:

„Insbesondere liegt die Endfassung des Ethik-Verhaltenskodex nunmehr vor. Die Umsetzungsmaßnahmen erfolgen im Laufe dieses Jahres. Außerdem konnten Provisionsverbote – analog zu § 53 Ärztegesetz 1998 – in weiteren Gesamtverträgen verankert werden.“

Frage 3:

Gemäß § 49 Ärztegesetz 1998 zählt es zu den ärztlichen Berufspflichten, jeden in ärztliche Beratung oder Behandlung übernommenen Gesunden und Kranken ohne Unterschied der Person gewissenhaft zu betreuen. In diesem Zusammenhang stellt die Wahrung der ärztlichen Unabhängigkeit gegenüber der Pharma- und Medizinprodukte-Industrie eine der wichtigsten Grundvoraussetzungen für die ärztliche Tätigkeit dar.

In diesem Sinne hat die Österreichische Ärztekammer als Interessenvertretung aller Ärztinnen und Ärzte in Österreich einen ärztlichen Verhaltenskodex mit Wirksamkeit vom 18. Dezember 2013 im eigenen Wirkungsbereich erlassen.

Die ergänzenden Bestimmungen beziehen sich auf das Anbieten gewerblicher Dienstleistungen und Produkte durch Ärztinnen/Ärzte sowie auf die Weitergabe von Patient/inn/endaten. Verboten sind demnach neben Unterschieden in der ärztlichen Behandlung oder Beratung, die davon abhängig gemacht werden, ob die Patientin

oder der Patient gleichzeitig weitere angebotene Dienstleistungen in Anspruch nimmt oder angebotene Produkte kauft, auch ganz allgemein jede Druckausübung auf Patient/inn/en, die zu dem Zweck erfolgt, diese zur Inanspruchnahme einer nichtärztlichen Dienstleistung oder zum Kauf von Produkten zu bewegen.

Stets unzulässig ist außerdem die Annahme unangemessener Zuwendungen oder anderer unangemessener Vorteile für die Weitergabe und/oder Übermittlung von Gesundheitsdaten.

Frage 4:

Dazu hat der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger wie folgt Stellung genommen:

„Den Krankenversicherungsträgern bekanntgewordene Fälle werden nachfolgend dargestellt:

Die WGKK verzeichnete 597 Fälle. Meist handelte es sich um Abrechnungsfehler (Fehlinterpretationen der Honorarbestimmung, fehlerhafte Abrechnungssoftware, etc.) ohne Bereicherungsvorsatz. Es konnte ohne weitere rechtliche Schritte der Betrag von € 307.135,13 erfolgreich zurückgefordert werden.

In fünf Fällen wurde der Vertrag gekündigt, in drei Fällen wurde Strafanzeige erstattet und in zwei Fällen hat sich die WGKK als Privatbeteiligte einem Strafverfahren angeschlossen. Ein Strafverfahren ist derzeit anhängig, in einem weiteren Strafverfahren ergingen Urteile gegen beteiligte Ordinationshilfen, der Haupttäter (ehemaliger Vertragspartner der Kasse) wird per internationalen Haftbefehl gesucht. Ein weiteres Kündigungsverfahren (Kündigung bereits 2012) ist derzeit beim VfGH anhängig.

Der NÖGKK wurden Falschabrechnungen eines Orthopädiertechnikers bekannt. Dieser hat versucht, Prothesen ohne vorherige Bewilligung abzurechnen. Die Schadensumme ist noch unbekannt, da Gerichtsverfahren anhängig sind. Weiters hat die NÖGKK Abrechnungen von 180 Vertrags-(fach-)ärzten, drei Hebammen, einer Apotheke sowie 153 Vertragszahnärzten geprüft. Dabei wurden insbesondere aufgrund unökonomischer Krankenbehandlung und Abrechnungssirrtündern Honorare im Ausmaß von € 162.437,63 erfolgreich rückgefordert.

Bei der OÖGKK belief sich die Rückforderungssumme aufgrund von Vertragspartnerkontrollen auf gesamt € 447.611,56. Die Rückforderungsbeträge gliedern sich wie folgt:

- 18 Ärzte (Allgemeinmediziner, Fach- und Zahnärzte): € 315.950,73
- 2 Orthopädieschuhmacher: € 53.742,89
- Bereich Physiotherapie (Institute und Einzeltherapeuten): € 77.917,94

Strafrechtliche Verfolgungen liegen nicht vor. Das in der Stellungnahme vom 28. November 2012 unter Frage 6 angeführte Verfahren ist noch nicht abgeschlossen.

Der STGKK ist eine betrugsmäßige Abrechnung mit strafrechtlich verfolgbarem Tatbestand bekannt geworden. Die Ermittlung der Höhe der Schadenssumme ist Gegenstand des laufenden Erhebungsverfahrens der Staatsanwaltschaft. Einzelne Abrechnungsdifferenzen kommen immer wieder vor, können aber zumeist einvernehmlich geklärt werden.

Der KGKK liegen Fälle betragsmäßig geringer Fehlverrechnungen aufgrund von Fehlinterpretationen oder Auslegungsdifferenzen der Textierungen von Honorarpositionen vor. Die Beträge wurden rückgefordert. Strafrechtlich verfolgbare Tatbestände wurden nicht bekannt. Statistische Auswertungen stehen nicht zur Verfügung.

Der SGKK liegen zwei Fälle von Falschabrechnung von Zahnärzten vor. Die Verträge wurden gelöst. Zur Schadensbegleichung wurden Rückzahlungen vereinbart.

Von der TGKK wurde gegen einen Vertragsarzt sowie zwei Physiotherapeuten Anzeige wegen des Verdachtes auf Abrechnungsbetrug erstattet. Die Verfahren wurden mangels Nachweises eines Vorsatzes eingestellt bzw. ist ein Verfahren noch nicht abgeschlossen. Weiters wurden sechs Versicherte strafrechtlich verfolgt. Zwei dieser Verfahren sind noch nicht abgeschlossen, in vier Fällen wurden die Verfahren eingestellt. Die Schadenssumme kann nicht beziffert werden.

Die VA öffentlich Bediensteter (BVA) stellte – meist auf Irrtum beruhende – Falschabrechnungen fest. In keinem Fall konnte Vorsatz belegt werden, es erfolgten keine Anzeigen. Ungerechtfertigte Abrechnungen wurden mit nachfolgenden Zahlungen verrechnet. Es entstand somit kein Schaden.

Der SVA der Bauern (SVB) liegen folgende Zahlen bezüglich Einbehalten bzw. Rückforderungen vor (ohne die bereits im Rahmen der Abrechnung erfolgten Richtigstellungen). Rückschlüsse auf Korruption bzw. Betrug sind daraus jedoch nicht ableitbar.

Leistungsbereich	Einbehalt bzw. Rückforderung in €
Heilmittel	686,73
Ärztliche Hilfe (einschließlich Zahnbereich)	101.828,67
Heilbehelfe und Hilfsmittel	21.779,60
Transportunternehmen	13.523,77

Der SVA der gewerblichen Wirtschaft (SVA) sind derzeit fünf Fälle bekannt.“

Hinsichtlich der Abrechnung stationärer Aufenthalte in fondsfinanzierten Krankenanstalten ist festzuhalten, dass diese durch die Landesgesundheitsfonds bzw. den Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds (PRIKRAF) geprüft wird.

Unter anderem werden die Daten nach Übermittlung an den jeweils zuständigen Fonds einer vom Bundesministerium für Gesundheit zur Verfügung gestellten elektronischen Plausibilitätsprüfung unterzogen. Unplausible Datensätze, etwa mit nicht zulässigen Diagnosen und Leistungskombinationen oder anderen Auffälligkeiten werden in Rücksprache mit den Leistungserbringer/inne/n einer intensiveren Prüfung unterzogen und nötigenfalls korrigiert. Mit diesem System sollen Fehlcodierungen, die z.B. zu einer nicht korrekten Verrechnung führen könnten, unterbunden werden.

Frage 5:

Dazu verweise ich bezüglich der allgemeinen Frage ebenfalls auf die Voranfragen. Der Hauptverband hat weiters Folgendes angemerkt:

„Angemerkt wird, dass konkrete Fälle nur selten genannt werden können, da die derartigen Sachverhalte meist nicht zweifelsfrei nachweisbar sind.“

Der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse liegt ein Fall eines Wahlarztes vor, der verdächtigt wird, im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen in Zusammenarbeit mit einem Vertragslabor Leistungen zu Lasten der Kasse unrechtmäßig verrechnet zu haben. Das Verfahren betreffend die Kündigung des Vorsorgeuntersuchungsvertrages ist anhängig. Die Zusammenarbeit des Wahlarztes mit dem Vertragslabor ist Gegenstand von Ermittlungen.“

Frage 6:

Derartige Fälle sind dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger nicht bekannt. Für den Bereich der niedergelassenen Ärztinnen/Ärzte ist darüber hinaus auf die Ausführungen zu Frage 8 der parlamentarischen Anfrage Nr. 12924/J (XXIV. GP) zu verweisen.