

Frau
Präsidentin des Nationalrates
Doris Bures
Parlament
1017 Wien

GZ: BMG-11001/0337-I/A/15/2015

Wien, am 23. November 2015

Sehr geehrte Frau Präsidentin!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische **Anfrage Nr. 6621/J der Abgeordneten Dr. Dagmar Belakowitsch-Jenewein und weiterer Abgeordneter** nach den mir vorliegenden Informationen wie folgt:

Vorweg wird darauf hingewiesen, dass die Gesundheitsversorgung im ambulanten Bereich Angelegenheit der selbstverwalteten Sozialversicherungsträger ist, die ihrerseits die Leistungsportfolios mit den Leistungserbringern verhandeln. Für den Bereich der Krankenanstalten und für die Versorgung mit Krankenhausleistungen sind die Bundesländer zuständig. Die Bundesministerin für Gesundheit hat in keinem Bereich entscheidende Einflussmöglichkeiten.

Zur Beantwortung der vorliegenden Anfrage wurde eine Stellungnahme des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger eingeholt, die in die nachstehenden Ausführungen mit einbezogen wurde.

Fragen 1 und 2:

- *Wie beurteilen sie die langen Wartezeiten bei Computertomografien (CT) und MRT-Untersuchungen im Bundesland Niederösterreich?*
- *Wie gestalten sich die Wartezeiten bei CT und MRT in den anderen acht Bundesländern?*

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger teilte zu diesen Fragen Folgendes mit:

„Die Auswertung der NÖGKK im Abrechnungszeitraum März 2015 ergab folgende durchschnittliche Wartezeit (Zeitraum zwischen Verordnungs- und

Untersuchungsdatum; Tage inkl. Samstag, Sonn- und Feiertag)

- *CT-Untersuchungen: 2,20 Wochen (15,43 Tage)*
- *MRT-Untersuchungen: 3,82 Wochen (26,75 Tage)*

Im Detail wurden folgende Wartezeiten festgestellt:

- *bis zu einer Woche: 34,12 % der CT- und 19,38 % der MRT-Untersuchungen;*
- *bis zu zwei Wochen: 22,46 % CT- und 8,92 % MRT-Untersuchungen;*
- *bis zu drei Wochen: 16,80 % CT- und 10,85 % MRT-Untersuchungen;*
- *bis zu vier Wochen: 10,47 % CT- und 14,69 % MRT-Untersuchungen;*
- *bis zu fünf Wochen: 8,43 % CT- und 16,00 % MRT-Untersuchungen;*
- *bis zu sechs Wochen: 3,23 % CT- und 15,85 % MRT-Untersuchungen*
- *bis zu sieben Wochen: 1,52 % CT- und 6,23 % MRT-Untersuchungen;*
- *Mehr als sieben Wochen: 2,97 % CT- und 8,08 % MRT-Untersuchung.*

Die Wartezeiten in den anderen Bundesländern bewegen sich – soweit aktuell aufgrund von Stichproben feststellbar – in etwa in derselben Größenordnung. Vereinzelt liegen etwas längere Wartezeiten vor.“

Dazu ist festzuhalten, dass es in Österreich eine ausreichende Anzahl von CT- und MRT-Geräten gibt (bei der Ausstattung mit MRT-Geräten liegt Österreich sogar weit über dem europäischen Durchschnitt), sodass lange Wartezeiten aufgrund eines Mangels an Gerätekapazitäten ausgeschlossen werden können. Die offenbar durch organisatorische und finanzielle Unstimmigkeiten und Streitsituationen erzeugten Wartezeiten, die zu Lasten der Patientinnen und Patienten gehen, sind keinesfalls akzeptabel.

Fragen 3 und 4:

- *Wie beurteilen Sie die aufgezeigte Praxis, dass bei Selbstbezahlung bzw. Privatversichertenstatus die Wartezeiten verkürzt sind?*
- *Würden Sie dies als Zwei-Klassenmedizin bezeichnen?*

Der Hauptverband führt dazu aus:

„Eine Bevorzugung von Barzahlern ist abzulehnen und den Instituten untersagt. Eine Gleichbehandlung aller Patienten ist zu gewährleisten. Die angeführte Praxis ist aus Sicht des Hauptverbandes vertragswidrig.

Sie ist keine Zwei-Klassenmedizin. Es handelt sich bei der genannten Vorgangsweise nämlich nicht um „Medizin“, sondern um das Ausnützen der Notsituation kranker Menschen zur Lukrierung finanzieller Vorteile (vgl. auch § 879 Abs. 2 Z 4 ABGB über die Nichtigkeit von Verträgen, die auf dem Ausnutzen einer Zwangslage oder der Unerfahrenheit bzw. Gemütsaufregung bestehen). Dass es dabei nicht um fehlende Kapazitäten geht, zeigt die Tatsache, dass nach Zahlung Untersuchungen vorgenommen werden.

Angemerkt wird, dass seitens der Krankenversicherungsträger im Jahr 2014 österreichweit ein Betrag von 1,7 Mio. Euro nur für den Abbau von Wartezeiten an die Vertragsinstitute zur Auszahlung gebracht wurde.“

Aus meiner Sicht ist es inakzeptabel, wenn Gesundheitsdienstleister und Finanziere von Gesundheitsleistungen ihre jeweiligen Standpunkte auf dem Rücken der Patientinnen und Patienten durchzusetzen versuchen.

Von einer „Zwei-Klassenmedizin“ kann aber keineswegs die Rede sein, da in Österreich sehr viele Ressourcen in der Gesundheitsversorgung zur Verfügung stehen und eine hohe Versorgungsdichte mit Gesundheitsleistungen besteht, nahezu die gesamte Bevölkerung sozialversichert ist und die Sozialversicherung grundsätzlich jede Art der Gesundheitsversorgung, die im jeweiligen Fall erforderlich ist, abdeckt.

Frage 5:

- *Wie beurteilen Sie die Stellungnahme der MRT- und CT-Institute, dass die Ausgabenbegrenzung der Gebietskrankenkasse überhaupt nur eine bestimmte Anzahl an Untersuchungen für Sozialversicherte zulässt?*

Dazu führt der Hauptverband Folgendes aus:

„Die Aussage ist nicht richtig. Im gesamten Wirtschaftsleben gibt es Mengenrabatte und Obergrenzen, ohne dass behauptet würde, dadurch seien Mehrleistungen nicht zugelassen. Durch solche Grenzen wird der Tatsache Rechnung getragen, dass sich die Kosten von besonders investitionsintensiven Geräten bei mehr Untersuchungen stärker verteilen und dadurch die Kosten der einzelnen Untersuchung deutlich sinken.

MRT- und CT-Institute sind zur Durchführung von Untersuchungen bzw. zur Erbringung der gesamtvertraglich festgelegten medizinisch notwendigen Leistungen auf Rechnung des Krankenversicherungsträgers zu den in den Gesamtverträgen vereinbarten Bedingungen verpflichtet.

Im Übrigen sind derartige Ausgabenobergrenzen auch in anderen Vertragspartnerbereichen vertraglich vorgesehen. Sie stellen eine rechtlich zulässige Deckelungsregelung dar, um die Funktionsfähigkeit der sozialen Krankenversicherung aufrecht zu erhalten (siehe zuletzt VfGH B 254/10-7 sowie SozSi 10/2011, S 498-503, Gregoritsch/Vranek, „Zur Zulässigkeit von Steuerungsmaßnahmen in Ärzte-Gesamtverträgen m.w.H., siehe [\[http://anno.onb.ac.at/cgi-content/anno-plus?aid=sos&datum=2011&page=419&size=45\]](http://anno.onb.ac.at/cgi-content/anno-plus?aid=sos&datum=2011&page=419&size=45).“

Dazu ist zu ergänzen, dass Ausgabenbegrenzungen für CT- und MRT-Untersuchungen bei den einzelnen Sozialversicherungsträgern unterschiedlich definiert sind bzw. unterschiedlich gehandhabt werden. Allerdings wird in keinem mir bekannten Fall die Anzahl der Untersuchungen begrenzt.

Frage 6:

- *Wie beurteilen Sie die Stellungnahme der MRT- und CT-Institute, dass das neue Ärztearbeitszeitgesetz nun eine geringere Anzahl an Untersuchungen für Patienten insgesamt zulässt?*

Das Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz erfordert krankenanstalteninterne organisatorische Veränderungen, aber keine Leistungseinschränkungen. Das Gesetz trifft

keine Aussage über die Organisation, durch welche Untersuchungen erbracht werden. Es liegt in der Hand der Leistungserbringer, auf gesetzliche Rahmenbedingungen effizient zu reagieren. Die meisten Krankenanstalten, insbesondere jene, die auf die Umstellungen gut vorbereitet waren, haben diese gut bewältigt.


Fragen 7 und 8:

- *Wie beurteilen Sie die Stellungnahme des Hauptverbandes der Sozialversicherungen, dass öffentliche Spitäler MRT- und CT-Untersuchungen „massiv“ auslagern würden?*
- *Wie werden Sie als ressortverantwortliche Bundesministerin für Gesundheit diesen Missstand abstellen?*

Die behauptete Auslagerung von Untersuchungen aus Krankenanstalten in den niedergelassenen Bereich kann nicht bestätigt werden, weil dazu keine ausreichenden Daten vorliegen. Es ist aber nachdrücklich festzuhalten, dass sich die gesetzlich festgelegten Aufgaben der Krankenanstalten auf die Versorgung ihrer eigenen (stationären und ambulanten) Patientinnen und Patienten beschränken. Abgesehen von medizinischen Notfällen sind Krankenanstalten nicht verpflichtet, sich selbst zuweisende Patient/inn/en mit aufwendigen Methoden zu untersuchen und zu behandeln, deren gesundheitliche Probleme nicht die Ausstattung und Expertise eines Krankenhauses erfordern. Wenn Krankenanstalten Routineleistungen für ambulante Patient/inn/en erbringen sollen, also wenn sie in der ambulanten Grundversorgung mitwirken sollen, müssten sie, wie alle anderen Gesundheitsdiensteanbieter, von den Sozialversicherungsträgern unter Vertrag genommen werden. Eine solche Vorgehensweise wurde bislang insbesondere vom extramuralen Versorgungsbereich mit Verweis darauf, dass dieser Bereich ausreichende Versorgungskapazitäten zur Verfügung stellt, weitgehend verhindert.

Der Hauptverband betont in diesem Zusammenhang, dass die Sozialversicherung bemüht ist, die gesetzlich vorgesehene Sachleistungsversorgung unter Berücksichtigung des notwendigen Konsolidierungsauftrages sicherzustellen, weist aber darauf hin, dass gerade der gegenständliche Leistungsbereich sehr aufwandsintensiv ist und teilweise außerordentlich hohe Zuwachsraten aufweist.

Dr.ⁱⁿ Sabine Oberhauser

| | | |
|---|---|--|
| Signaturwert | 6307/AB-XXV-GB-Aufgabenwert cxSjvam6KjhId2Dv7kySa0B6mre05mHz104ZD2f13157gy8JhKrCQBD0APCvikO i59K2r4hMDaGvN+mXXH8n+ZnCxl7u/A2im9knbJMNhglInnUC2dc2139wNrrpy7plDi 2To+gyGNkb+J7ZxXmS1aAQJA2FguHS8lve05RHCAy3bTwJgnWTZZW4dWbYdja0qPY 4pEz0UzOPi03VZ2h1PnQy6ombEzVVADGHZhMVHg7ei/RivP2007cstO5RPHCvTCf 9KPFqJ/Fvq0xvqagMSGTUpyuKnRUL4bspSIU13Ywac2SliqErOm0/bK8czw4cB6fUL vKNq/BQtRHfMOwIYQ== | |
|  | Unterzeichner | serialNumber=954749996045,CN=Bundesministerium für Gesundheit,C=AT |
| | Datum/Zeit | 2015-11-24T13:35:45+01:00 |
| | 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. | 1721029 |
| | 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 | |