

Frau
Präsidentin des Nationalrates
Doris Bures
Parlament
1017 Wien

GZ: BMGF-11001/0222-I/A/5/2016

Wien, am 8. September 2016

Sehr geehrte Frau Präsidentin!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische **Anfrage Nr. 9881/J der Abg. Eva Mückstein, Karl Öllinger, Freundinnen und Freunde** nach den mir vorliegenden Informationen wie folgt:

Einleitend darf festgehalten werden, dass zur vorliegenden Anfrage eine Stellungnahme des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger eingeholt wurde, die den nachstehenden Ausführungen zugrunde liegt.

Frage 1:

- *Wie lange sind die Wartezeiten auf eine kassenfinanzierte MRT- oder CT-Untersuchung im Durchschnitt in Österreich und in den einzelnen Bundesländern (bitte getrennt nach Krankenkassen)?*

Wartezeiten variieren nach Art (Körperregion, Komplexität, Untersuchungsdauer) und Dringlichkeit der Untersuchung. Die Angabe durchschnittlicher Wartezeiten ist daher wenig aussagekräftig. Die Wartezeiten bei den einzelnen Gebietskrankenkassen sind – soweit Auswertungen aufgrund vorliegender Daten in der zur Verfügung stehenden Zeit möglich waren – nachfolgend dargestellt. Hinsichtlich der Sondersicherungsträger wird auf die Ausführungen der Gebietskrankenkassen verwiesen.

Wiener GKK (WGKK)	Stand Anfang Juli 2016: Für MRT-Untersuchungen beträgt die Wartezeit für Akuttermine großteils nur wenige Tage; bei nicht akuten Fällen abhängig von Untersuchungsart bzw. Körperregion zwischen drei und 12
-------------------	---

	<p>Wochen. Die durchschnittliche Wartezeit beträgt fünf bis sechs Wochen.</p> <p>Für CT-Untersuchungen beträgt die Wartezeit in akuten Fällen bei einigen Instituten wenige Tage; in nicht akuten Fällen in den meisten Instituten zwischen drei und vier Wochen (kürzeste Wartezeit 19 Tage; längste Wartezeit zwei Monate).</p> <p>Durchschnittlich lag die Wartezeit bei vier Wochen.</p>
Niederösterreichische GKK (NÖGKK)	<p>Stichprobenartige Erhebung Mai 2016; erste 100 CT- bzw. MRT-Fälle je Vertragsinstitut bzw. Kooperationspartner, wobei bei sechs CT-Vertragsinstituten weniger als 100 Fälle vorlagen; Dauer zwischen Verordnungs- und Untersuchungsdatum inkl. Samstag und Sonntag:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3,49 Wochen (24,46 Tage) bei CT-Untersuchungen, • 5,12 Wochen (35,84 Tage) bei MRT-Untersuchungen.
Burgenländische GKK (BGKK)	<p>Die Wartezeiten für eine MRT-Untersuchung liegen zwischen zwei und zehn Wochen, die durchschnittliche Wartezeit beträgt rd. sechs Wochen. 2015 betrug die durchschnittliche Wartezeit sieben bis acht Wochen.</p> <p>Die Wartezeiten für eine CT-Untersuchung liegen zwischen einem Tag und sechs Wochen, die durchschnittliche Wartezeit beträgt rd. zwei bis drei Wochen. 2015 betrug die durchschnittliche Wartezeit drei bis vier Wochen.</p>
Oberösterreichische GKK (OÖGKK)	<p>Die Wartezeit für eine dringende MRT- oder CT-Untersuchung beträgt maximal eine Woche, meist jedoch nur einen Tag; für eine nicht dringende MRT-Untersuchung zwischen vier und acht Wochen; für eine nicht dringende CT-Untersuchung zwischen zwei und drei Wochen.</p>
Steiermärkische GKK (STGKK)	<p>Auswertung 1. Quartal 2016; Zeitraum zwischen Verordnungs- und Untersuchungsdatum; Tage inkl. Samstag, Sonn- und Feiertag</p> <ul style="list-style-type: none"> • MRT-Untersuchungen: 19,40 Tage • CT-Untersuchungen: 11,73 Tage <p>Im Detail wurden folgende Wartezeiten festgestellt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soforttermine: 3,9% MRT; 5,57% CT; • bis zu einer Woche: 24,0% MRT; 41,64% CT • bis zu zwei Wochen: 14,4% MRT; 25,43% CT • bis zu drei Wochen: 15,5% MRT; 12,87% CT • bis zu vier Wochen: 15,7% MRT; 6,28% CT • bis zu fünf Wochen: 14,7% MRT; 3,85% CT • bis zu sechs Wochen: 5,8% MRT; 1,22% CT • bis zu sieben Wochen: 2,7% MRT; 1,11% CT • mehr als sieben Wochen: 3,3% MRT; 2,03% CT
Kärntner GKK (KGKK)	<p>Die durchschnittlichen Wartezeiten bei Vertragsinstituten betragen aktuell für eine MRT-Untersuchung zwischen drei und vier Wochen, für eine CT-Untersuchung unter zwei Wochen.</p>
Salzburger GKK (SGKK)	<p>Es besteht aktuell für CT-Untersuchungen keine bis zu maximal</p>

	eine Woche Wartezeit; für MRT-Untersuchungen beträgt die Wartezeit in Abhängigkeit von Art und Dauer der Untersuchung zwischen drei und acht Wochen.
Tiroler GKK TGKK)	Die Wartezeiten umfassen sowohl bei MRT- als auch CT-Untersuchungen in dringlichen Fällen keine oder nur wenige Tage. In nicht dringenden Fällen beträgt die Wartezeit bei MRT-Untersuchungen höchstens drei bis vier Wochen, bei CT-Untersuchungen maximal eine Woche.
Vorarlberger GKK (VGKK)	Die durchschnittliche Wartezeit für eine CT- oder MRT-Untersuchung beträgt zwischen zwei und drei Wochen.

Frage 2:

- *Was kostet eine MRT- oder CT-Untersuchung, wenn man sie privat zahlen muss im Durchschnitt?*

Diese Frage kann mangels Vorliegens entsprechender Daten bzw. Informationen nicht mit hinreichender Sicherheit beantwortet werden. Nach vorliegenden Informationen divergieren die Honorare für private MRT-Untersuchungen je nach Untersuchungsart und der damit verbundenen Komplexität, aber auch je nach Institut. Für eine private MRT-Untersuchung beispielsweise eines Knies liegen die Kosten – soweit bekannt – zwischen € 170 und € 495. Durchschnittlich liegen die Kosten für eine private MRT-Untersuchung einer einzelnen Untersuchungsregion bei € 200. Über die Kosten für privat in Anspruch genommene CT-Untersuchungen sind keine Beträge bekannt.

Frage 3:

- *Wie viel wird von der Krankenkasse für eine MRT- oder CT-Untersuchung bei Privatzahlung rückerstattet, auf der Basis welchen Tarifs?*

CT- bzw. MRT-Untersuchungen können auf ausdrücklichen Wunsch der Anspruchsberechtigten/des Anspruchsberechtigten bei Vertragspartnern auch privat erbracht werden, sofern die Anspruchsberechtigte/der Anspruchsberechtigte vor der Untersuchung nachweislich schriftlich darüber aufgeklärt wurde, dass die gesamten Untersuchungskosten im Falle einer privaten Leistungserbringung von ihr/ihm zu tragen sind und sie/er der Privatzahlung vor der Leistungserbringung schriftlich zugestimmt hat. In diesen Fällen gebührt nach § 131 ASVG und entsprechend der höchstgerichtlichen Judikatur keine Kostenerstattung durch die sozialen Krankenversicherungsträger.

Darüber hinaus ist eine Kostenerstattung bei Wahleinrichtungen nur möglich, sofern die Untersuchung in einer Wahleinrichtung bzw. mit einem MRT- oder CT-Gerät durchgeführt wurde, welche im Großgeräteplan des österreichischen Strukturplans Gesundheit (ÖSG) angeführt sind.

Seitens der Krankenversicherungsträger werden Kosten bei Inanspruchnahme von Wahleinrichtungen wie folgt erstattet:

WGKK	Für eine CT-Untersuchung werden € 82,92 und für eine MRT-Untersuchung € 125,70 erstattet. Darüber hinaus können Zuschläge bei Untersuchung bestimmter Körperregionen sowie für etwaige Kontrastmittel erstattet werden.
NÖGKK	CT-Untersuchung € 78,40 (ab 09/2016: € 74,09); MRT-Untersuchung € 121,07 (ab 09/2016: € 125,50)
BGKK	Die BGKK erstattet € 90,05 für eine CT- Untersuchung und € 135,70 für eine MRT-Untersuchung (entspricht jeweils 80 % des Kassentarifes), allenfalls zuzüglich anteiliger USt.
OÖGKK	Es werden € 74,40 für eine CT-Untersuchung bzw. € 112,- für MRT-Untersuchung erstattet, allenfalls zuzüglich anteilmäßiger USt (Basis vertraglicher Durchschnittstarif, 80 %-Wert, Stand 2016)
STGKK	Der Kostenerstattungstarif für MRT-Untersuchung beträgt € 136,94 (das sind 80 % des MRT-Tarifes der ersten Staffel von € 171,18.); der Kostenerstattungstarif für CT-Untersuchung beträgt € 91,29 (das sind 80 % des CT-Tarifes der ersten Staffel von € 114,11).
KGKK	Es besteht mit sämtlichen Instituten, welche im Großgeräteplan angeführt sind ein Vertragsverhältnis; eine Kostenerstattung ist daher ausgeschlossen.
SGKK	seltene Fälle, es wird der Kassentarif erstattet.
TGKK	seltene Fälle, es wird der Kassentarif erstattet.
VGKK	Es besteht mit sämtlichen Instituten, welche im Großgeräteplan angeführt sind ein Vertragsverhältnis; eine Kostenerstattung ist daher ausgeschlossen.
VA für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB)	Es wird der Kassentarif erstattet.
VA öffentlich Bediensteter (BVA)	Es wird der Kassentarif erstattet.
SVA der gewerblichen Wirtschaft (SVA)	Die Kostenerstattung richtet sich nach § 85 Abs. 2 lit. b GSVG
SVA der Bauern (SVB)	Es wird ein Kostenzuschuss von 80 % des jeweiligen Vertragstarifes – dieser beträgt 2016 € 114,11 für CT und € 171,18 für MRT – gewährt.

Frage 4:

- *Wie schaut das Modell der Kontingentierung aktuell genau aus? Wie wird das Modell der Kontingentierung aktuell in der Praxis umgesetzt?*

Ein solches Modell gibt es nicht. Es ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass durch die bestehenden Verträge keine Kontingentierung der Leistungen vereinbart oder bezweckt ist.

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. Sämtliche Untersuchungen werden zum vertraglich festgelegten Tarifsatz honoriert. Vereinbart ist lediglich ein Höchstbetrag der insgesamt zu leistenden Honorarsumme.

Generell sind jeweils pro Vertragsinstitut individuelle jährlich zu valorisierende Honorarsummen vereinbart. Sofern sich unterjährig Überzahlungen ergeben, erfolgt im Rahmen einer Aufrollung des abgelaufenen Verrechnungsjahres eine Rückforderung. Ergänzend besteht meist eine Obergrenze über alle Vertragsinstitute eines Krankenversicherungsträgers bzw. eines Bundeslandes. Am Ende der gesamten Vertragslaufzeit erfolgt eine Durchrechnung. Sofern Institute die Honorargrenze nicht ausgeschöpft haben, kann im Rahmen dieser Durchrechnung eine Verschiebung dieser Beträge zu jenen Instituten erfolgen, welche die Honorargrenze überschritten haben.

Die Gesamtverträge sind unter <https://ris.bka.gv.at/SVRecht/> verlaublich, Suchwort z. B. Computertomographie.

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.

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>).

Frage 5:

- *Bitte den Vertrag mit den Röntgeninstituten beilegen.*

Die Gesamtverträge sind unter <https://ris.bka.gv.at/SVRecht/> verlaublich und kostenlos abrufbar. Muster der Einzelverträge sind diesen beigegeben.

Bei allfälligen weiteren Vereinbarungen handelt es sich um privatrechtliche Verträge, die aus datenschutz- und wettbewerbsrechtlichen Gründen nicht veröffentlicht werden.

Frage 6:

- *Was ist die gesetzliche Grundlage für die Deckelung dieser Kassenleistung?*

Es ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass es sich um keine „Deckelung“ der Leistungen handelt, sondern um Honorarobergrenzen, deren gesetzliche Grundlagen sich in § 349 Abs. 2b iVm § 342 Abs. 2a ASVG finden.

Beziehungen zwischen den Trägern der Sozialversicherung und Krankenanstalten, die ambulante Untersuchungen mit Großgeräten im Sinne des Großgeräteplanes des ÖSG (Österreichischer Strukturplan Gesundheit) durchführen, sind durch Gesamtverträge zu regeln. Demgemäß wurden zwischen dem Hauptverband bzw. den Krankenversicherungsträgern und der Wirtschaftskammer Österreich die entsprechenden Vertragsgrundlagen geschaffen.

Honorarbegrenzungen, um die Funktionsfähigkeit und Finanzierbarkeit der sozialen Krankenversicherung aufrecht zu erhalten, sind gesetzlich vorgesehen und – wie bereits zu Frage 4 dargestellt – verfassungskonform. In diesem Sinne sind finanzielle Limitierungen und degressive Honorargestaltung als wirksame Steuerungselemente zulässig.

Frage 7:

- *Sind Sie der Meinung, dass es eine öffentliche Diskussion unter Einbeziehung der Versicherten darüber geben sollte, ob die Rationierung von Gesundheitsleistungen im österreichischen Gesundheitswesen eingeführt werden soll? Wenn ja, in welcher Form wollen Sie die Versicherten einbeziehen?*

Wie sich aus der Beantwortung der Fragen 4 und 8 ergibt, liegt keine Rationierung von Gesundheitsleistungen vor. Allerdings hat die für die Erbringung von MR- und CT-Untersuchungen maßgebliche gesamtvertragliche Regelung in der Praxis zu einer höchst unbefriedigenden Wartezeitenproblematik geführt, die mittlerweile auch bereits Gegenstand einer öffentlichen Diskussion ist. Mein vordringliches Anliegen besteht weniger in einer Strukturierung dieser Diskussion als vielmehr einer Lösung des ihr zu Grunde liegenden Problems, wozu ich bereits mehrfach Gespräche geführt habe.

Frage 8:

- *Für wie viele PatientInnen pro Quartal gibt es nach diesem Rationierungsmodell eine kassenfinanzierte Untersuchung? (Bitte getrennt nach Krankenkassen und Bundesländern.)*

Es gibt kein „Rationierungs- oder Kontingentierungsmodell“, wonach nur eine bestimmte Anzahl an Patientinnen/Patienten pro Jahr auf Kassenkosten untersucht werden könnte. Keine Patientin/kein Patient, bei der/bei dem eine entsprechende

Untersuchung medizinisch indiziert ist, darf aus betriebswirtschaftlichen Gründen abgelehnt werden. Eine entsprechende Verpflichtung zur Leistungserbringung bzw. Unzulässigkeit der Ablehnung ist gesamtvertraglich normiert, siehe z. B. bereits den Gesamtvertrag der SVA, Abschnitt IV – Sicherstellung der Versorgung, idF avsv Nr. 56/2011, die anderen Gesamtverträge sind ebenfalls in diesem Sinn auszulegen: *„Die Vertragsambulatorien stellen die Versorgung mit CT-Untersuchungen im medizinisch notwendigen Ausmaß für die gesamte Vertragslaufzeit sicher. Kein Ambulatorium ist berechtigt, eine medizinisch notwendige CT-Untersuchung aus ‚betriebswirtschaftlichen‘ Gründen abzulehnen. Bei der Terminvergabe ist auf medizinische Dringlichkeit Rücksicht zu nehmen, was bedeutet, dass grundsätzlich nicht jede Untersuchung sofort durchzuführen ist. ...“*

Siehe auch § 20 – Rechnungslegung idF der oben zitierten Kundmachung, wonach auch dann zu verrechnen ist, wenn die institutsbezogene Aufwandsbegrenzung schon erreicht ist.

Frage 9 und 10:

- *Wie soll im derzeit praktizierten Modell idealerweise sichergestellt werden, dass dringende Fälle vorgereicht werden?*
- *Welche Gründe gibt es aus Ihrer Sicht, warum die Reihung nach Dringlichkeit nicht funktioniert?*

Die Terminvergabe obliegt dem jeweiligen Vertragsinstitut, wobei auf die medizinische Dringlichkeit Rücksicht zu nehmen ist. Dazu sind die Vertragsinstitute (gesamt-)vertraglich verpflichtet (siehe dazu Ausführungen zu Frage 8). Soweit bekannt, wird dieser Verpflichtung von den meisten Vertragspartnern Folge geleistet. Insbesondere werden bundesweit vom Großteil der Anbieter Akuttermine innerhalb weniger Tage vergeben.

Eindeutige und sachlich belegbare Ursachen und Begründungen für das Nichtfunktionieren in Einzelfällen sind nicht bekannt. Ein Zusammenhang mit der Anzahl an CT- bzw. MRT-Geräten sowie an der Anzahl an Vertragsinstituten kann aus der Sicht des Hauptverbandes ausgeschlossen werden. Für die WGKK ist anzumerken, dass in ihrem Bereich eine leitlinienkonforme Staffelung der Termine nach Dringlichkeit vorgesehen ist, die jedoch von den Leistungserbringern bislang offenbar nicht ausreichend umgesetzt wird.

Derzeit wird die Einführung eines „Ampelsystems“ auf Basis konkret definierter Einstufung der medizinischen Dringlichkeit diskutiert. Aktuell werden Empfehlungen zur Stufendiagnostik bzw. zur Festlegung der Dringlichkeit von Untersuchungen bei bestimmten Indikationen erarbeitet.

Frage 11:

- *Wie viele PatientInnen nahmen vor der Systemumstellung im Jahr 2012 eine bildgebende Untersuchung in Anspruch, und wie viele waren es im Jahr 2015?*

Es ist nicht klar, welche Systemumstellung im Jahr 2012 gemeint ist. Die Aufwandsbegrenzungen finden ihre Basis in den Aufwänden des Jahres 2009. Das derzeit geltende System mit vertraglich festgelegten Honorarsummen besteht bereits seit dem Jahr 2010. Somit kann man von einer Systemumstellung ab dem Jahr 2010 sprechen.

WGKK	Anzahl an Untersuchungen im extramuralen Bereich: <ul style="list-style-type: none"> • 2009: rd. 129.000 MRT-Untersuchungen; rd. 61.000 CT-Untersuchungen • 2015: rd. 138.000 MRT-Untersuchungen; rd. 68.000 CT-Untersuchungen
NÖGKK	Fallzahlen in Vertragseinrichtungen: <ul style="list-style-type: none"> • CT: 2012: 31.741 Fälle; 2015: 32.570 Fälle • MRT: 2012: 69.815 Fälle; 2015: 70.093 Fälle
BGKK	<u>Anzahl Untersuchungen 2012:</u> Vertragsinstitute: CT: 6.418 Spitalsambulanzen: CT: 3.172 MRT: 5.818 MRT: 8.644 <u>Anzahl Untersuchungen 2015:</u> Vertragsinstitute: CT: 6.601 Spitalsambulanzen: CT: 3.571 MRT: 5.817 MRT: 9.262
OÖGKK	Anzahl an PatientInnen: <ul style="list-style-type: none"> • 2012: CT: 27.272 PatientInnen; MRT: 51.397 PatientInnen • 2015: CT: 28.689 PatientInnen; MRT: 51.384 PatientInnen
STGKK	Inanspruchnahme bildgebende Untersuchungen: <ul style="list-style-type: none"> • 2012: insgesamt 85.791 PatientInnen • 2015: insgesamt 91.238 PatientInnen
KGKK	Anzahl Fälle: <ul style="list-style-type: none"> • MRT: 2012: 32.561 Fälle; 2015: 33.401 Fälle • CT: 2012: 13.562 Fälle; 2015: 15.315 Fälle
SGKK	Anzahl Untersuchungen: <ul style="list-style-type: none"> • 2009: rd. 16.500 CT-Untersuchungen; rd. 30.000 MRT-Untersuchungen • 2015: rd. 16.500 CT-Untersuchungen; rd. 32.000 MRT-Untersuchungen

TGKK	Anzahl Untersuchungen: <ul style="list-style-type: none"> • 2012: 43.082 Fälle • 2015: 46.573 Fälle
VGKK	Anzahl an Untersuchungen im extramuralen Bereich: <ul style="list-style-type: none"> • 2011: 26.223 MRT-Untersuchungen • 2015: 29.371 MRT-Untersuchungen
VAEB	Siehe unten
BVA	In der gegebenen Zeit keine Angaben greifbar
SVA	Siehe unten
SVB	Anzahl der PatientInnen (Vertragsinstitute): <ul style="list-style-type: none"> • 2009: CT: 6.355; MRT: 11.995 • 2015: CT: 6.271; MRT: 11.474

Bei der VAEB stellen sich die Frequenzen bei privaten CT- und MRT-Instituten wie folgt dar:

	Frequ. 2015
Wien CT	2.204,20
Wien MR	2.741,30
NÖ CT	2.736,30
NÖ MR	3.817,60
B CT	334,00
B MR	235,50
OÖ CT	1.003,30
OÖ MR	1.304,30
ST CT	2.810,70
ST MR	3.234,44
K CT	1.317,20
K MR	1.954,20
S CT	995,20
S MR	1.054,00
Tirol CT	1.128,10
Tirol MR	1.420,80
VBG CT	36,00
VBG MR	472,50

Bei der SVA stellt sich die Zahl an Patientinnen und Patienten wie folgt dar:

	2009	2012	2015
CT	12.272	12.052	13.837
MR	26.481	25.842	27.636

Frage 12:

- *Wie viele Röntgeninstitute gibt es in Österreich, die einen Kassenvertrag haben (bitte getrennt nach Bundesländern)?*

WGKK	18 CT-Institute und 14 MRT-Institute (davon einige sowohl CT- als auch MRT-Institut).
NÖGKK	CT: 17 Vertragseinrichtungen (14 Vertragsinstitute auf Grund CT-Gesamtvertrag; 3 Kooperationspartner). MRT: 13 Vertragseinrichtungen (11 Vertragsinstitute auf Grund MRT-Gesamtvertrag; 2 Kooperationspartner).
BGKK	Die BGKK hat mit einem Institut einen Vertrag über CT- und MRT-Untersuchungen sowie mit zwei weiteren Instituten nur über CT-Untersuchungen. Zudem bestehen Verträge mit je drei Krankenhäusern betreffend ambulante CT- und MRT-Untersuchungen.
OÖGKK	7 CT-Institute und 8 MRT-Institute.
STGKK	19 Vertragspartner für CT- und MRT-Untersuchungen.
KGKK	5 Vertragsinstitute für MRT; 8 Vertragsinstitute für CT
SGKK	6 CT-Institute und 4 MRT-Institute.
TGKK	5 MRT-Institute und 6 CT-Institute.
VGKK	4 Institute.
VAEB	Siehe unten
BVA	Auf die Gebietskrankenkassen wird verwiesen.
SVA	Auf die Gebietskrankenkassen wird verwiesen.
SVB	Auf die Gebietskrankenkassen wird verwiesen.

Bei der VAEB stellen sich die Zahlen wie folgt dar:

	CT	MRT	
Wien	18	14	
NÖ	17	13	inklusive Vereinbarungen in den Krankenhäusern
Bgld.	3	1	exklusive je 3 Vereinb. in den KHS
OÖ	8	8	exklusive Dr. Artmann
Sbg.	6	4	
Stmk.	13	8	exklusive MRT Stolzalpe
Kärnten	8	5	
Tirol	5	4	
Vbg.	1	3	

Frage 13:

- *Wurden die zuweisenden ÄrztInnen jemals über ein Ampelsystem informiert, nach dem sie die Dringlichkeit einer bildgebenden Untersuchung zu bewerten haben?*

Es wurde bis dato kein Ampelsystem implementiert. Vertragspartner sind jedoch gesamtvertraglich verpflichtet, bei Terminvergaben auf die medizinische

Dringlichkeit aufgrund der Zuweisungsdiagnose Rücksicht zu nehmen. Bei der überwiegenden Zahl der Vertragsinstitute wird dieser Verpflichtung auch Folge geleistet. Auf die Ausführungen zu den Fragen 8 bis 10 wird hingewiesen.

Frage 14:

- *Sind die zuweisenden ÄrztInnen angewiesen, unnötige Untersuchungen, sowie Doppel- und Mehrfachuntersuchungen zu vermeiden? Wenn ja, wann wurden sie angewiesen und in welcher Form?*

Ja. Die Vermeidung unnötiger (Doppel- und Mehrfach-)Untersuchungen ergibt sich bereits aus der gesetzlichen Definition der Krankenbehandlung, wonach diese ausreichend und zweckmäßig sein muss, jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten darf (§ 133 Abs. 2 ASVG). Vertragsärztinnen/-ärzte sind zudem zur Einhaltung des Ökonomieprinzips verpflichtet (vgl. § 342 Abs. 1 Z 4 ASVG). Ein Weisungsrecht der Sozialversicherung gegenüber Vertragspartnern existiert jedoch nicht.

Darüber hinaus ergibt sich die Vermeidung unnötiger sowie Doppel- und Mehrfachuntersuchungen aus Rechtsvorschriften und Verträgen: so aus § 9 Abs. 1 der Richtlinien über die Berücksichtigung ökonomischer Grundsätze bei der Krankenbehandlung 2005 (RöK 2005; siehe avsv Nr. 148/2005). Die Einhaltung ökonomischer Prinzipien ist gesamtvertraglich normiert.

Ärztinnen und Ärzte werden bei Invertragnahme darüber ausführlich informiert, die Regelungen sind ihnen auf Grund der bestehenden Verträge bekannt. Die Einhaltung dieser Grundsätze wird durch die in Einzelfällen vorgesehene vertrauensärztliche Bewilligungspflicht sowie durch Prüfungen des Ordnungsverhaltens einzelner Ärztinnen und Ärzte im Rahmen von Behandlungsökonomiekontakten sichergestellt.

Frage 15:

- *Im Gesundheitsausschuss meinten Sie, Frau Bundesministerin, dass die PatientInnen die Indikationsstellung und Einschätzung der Dringlichkeit der zuweisenden ÄrztInnen nicht akzeptieren würden. Aus welchem Grund gehen Sie davon aus?*

Die Dringlichkeit wird von Patientinnen und Patienten oftmals subjektiv anders wahrgenommen, als dies medizinisch anhand objektiver Kriterien angezeigt ist.

Frage 16:

- *Wir plädieren dafür, dass Systemumstellungen wie Leistungsrationierung und Deckelung von Kassenleistung mehr Transparenz, eine öffentliche Diskussion und letztlich eine demokratische Willensentscheidung innerhalb der Versichertengemeinschaft verdienen. Werden Sie dazu Initiativen setzen?*

Ich habe die Initiative ergriffen und die maßgeblichen Vertragspartner (Hauptverband der Sozialversicherungsträger, Wirtschaftskammer Österreich) zu einer diesbezüglichen Gesprächsrunde gebeten. Es besteht Einvernehmen darüber, dass es sowohl eine kurzfristige Lösung für dringliche Fälle als auch eine nachhaltige vertragliche Lösung braucht. Von Seiten der Wirtschaftskammer und der Institute für Radiologie wurde angeboten, rasch Abhilfe bei Engpässen von onkologischen CT-Untersuchungen bei Krebsverdacht zu schaffen. Auf der anderen Seite hat der Hauptverband angeboten, umgehend die vertraglichen Vereinbarungen neu zu verhandeln. Der Dialog ist vertieft fortzusetzen, um rasch zu einer Lösung im Sinne der Patientinnen und Patienten zu kommen.

Dr.ⁱⁿ Sabine Oberhauser

