
9881/J XXV. GP

Eingelangt am 08.07.2016

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

Anfrage

der Abgeordneten Eva Mückstein, Karl Öllinger, Freundinnen und Freunde an die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen

betreffend MRT- und CT-Untersuchungen

BEGRÜNDUNG

Die kassenfinanzierte MRT- und CT-Untersuchung wurde 2013 vom Hauptverband der Sozialversicherungsträger rationiert und gedeckelt. Seither kommt es immer wieder zu unerträglich langen Wartezeiten für die PatientInnen. Einzige Möglichkeit, die langen Wartezeiten zu umgehen sind Privatzahlungen, und zwar in einer Höhe, die für ein solidarisches Gesundheitssystem nicht länger vertretbar ist.

Der Hauptgrund für die Wartezeiten und Missstände ist die zwischen dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger und dem Verband der Gesundheitsbetriebe abgeschlossene Honorarvereinbarung, die auch zwischen den Vertragspartnern höchst umstritten ist. Auch der Volksanwalt Günther Kräuter kritisierte die herrschenden Zustände erst im Juni 2016 aufs Schärfste: "Diese geltende Vereinbarung führt dazu, dass freie Kapazitäten nur gegen zusätzliche private Zahlungen von ohnehin sozialversicherten Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehen." Daraus resultiert eine Zwei-Klassen-Medizin: Diejenigen, die sich die Zuzahlung oder Privatzahlung leisten können, sind in der Lage, rasch zu einer bildgebenden diagnostischen Abklärung zu kommen. Auch PatientInnen mit einer Verdachtsdiagnose auf Krebs haben oft wochenlange Wartezeiten auf ein MR oder CT in Kauf zu nehmen, was vollkommen inakzeptabel ist.

Auch für Franz Bittner, Patientenombudsmann der Wiener Ärztekammer, liegt das Problem an der Vereinbarung zwischen Hauptverband und den Instituten: Das Problem liege bei der Deckelung der Honorare, da diese zu langen

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

Wartezeiten führe: "Das ist ein schlechter Vertrag. Die Institute 'strecken' die Untersuchungen dadurch über das Jahr hinweg."

Die Grünen plädieren dafür, dass derart massive Systemumstellungen wie Leistungsrationierung und Deckelung von Kassenleistungen Transparenz erfordern sowie eine öffentliche Diskussion und eine demokratische Willensentscheidung innerhalb der Versichertengemeinschaft verdienen.

Die unterfertigenden Abgeordneten stellen daher folgende

ANFRAGE

- 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)?
- 2) Was kostet eine MRT- oder CT-Untersuchung, wenn man sie privat zahlen muss im Durchschnitt?
- 3) Wie viel wird von der Krankenkasse für eine MRT- oder CT-Untersuchung bei Privatzahlung rückerstattet, auf der Basis welchen Tarifs?
- 4) Wie schaut das Modell der Kontingentierung aktuell genau aus? Wie wird das Modell der Kontingentierung aktuell in der Praxis umgesetzt?
- 5) Bitte den Vertrag mit den Röntgeninstituten beilegen.
- 6) Was ist die gesetzliche Grundlage für die Deckelung dieser Kassenleistung?
- 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?
- 8) Für wie viele PatientInnen pro Quartal gibt es nach diesem Rationierungsmodell eine kassenfinanzierte Untersuchung? (Bitte getrennt nach Krankenkassen und Bundesländer.)

- 9) Wie soll im derzeit praktizierten Modell idealerweise sichergestellt werden, dass dringende Fälle vorgereicht werden?
- 10) Welche Gründe gibt es aus Ihrer Sicht, warum die Reihung nach Dringlichkeit nicht funktioniert?
- 11) Wie viele PatientInnen nahmen vor der Systemumstellung im Jahr 2012 eine bildgebende Untersuchung in Anspruch, und wie viele waren es im Jahr 2015?
- 12) Wie viele Röntgeninstitute gibt es in Österreich, die einen Kassenvertrag haben (bitte getrennt nach Bundesländern)?
- 13) Wurden die zuweisenden ÄrztInnen jemals über ein Ampelsystem informiert, nach dem sie die Dringlichkeit einer bildgebenden Untersuchung zu bewerten haben?
- 14) Sind die zuweisenden ÄrztInnen angewiesen, unnötige Untersuchungen, sowie Doppel- und Mehrfachuntersuchungen zu vermeiden? Wenn ja, wann wurden sie angewiesen und in welcher Form?
- 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?
- 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?