

Johannes Rauch
Bundesminister

Herrn
Mag. Wolfgang Sobotka
Präsident des Nationalrates
Parlament
1017 Wien

Geschäftszahl: 2022-0.320.146

Wien, 24.6.2022

Sehr geehrter Herr Präsident!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische **Anfrage Nr. 10856/J des Abgeordneten Peter Wurm und weiterer Abgeordneter betreffend Tiroler Wahlärzte müssen erhalten bleiben** wie folgt:

Ich schicke voraus, dass ich in vorliegender Angelegenheit eine Stellungnahme des Dachverbands der Sozialversicherungsträger eingeholt habe, der dazu wiederum die einzelnen Krankenversicherungsträger befragt hat. Diese Stellungnahme habe ich der Beantwortung zu Grunde gelegt.

Fragen 1 bis 6:

- *Wie bewerten Sie den Vorschlag des Vizeobmanns der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK), Andreas Huss, wonach der Kostenersatz für Patienten, die einen Wahlarzt aufgesucht haben, abgeschafft werden soll?*
- *Welche Vor- bzw. welche Nachteile hätte die Umsetzung einer solchen Forderung aus Sicht des Gesundheitsministeriums für die Patienten?*
- *Befürworten Sie eine solche Forderung?*
- *Wenn ja, warum?*
- *Wenn nein, warum nicht?*

- *Wie bewerten Sie die demgegenüberstehende Kritik des Präsidenten der Ärztekammer für Tirol, Stefan Kastner, der gegen die Abschaffung des Wahlarztkostenersatzes auftritt?*

Vorweg möchte ich festzuhalten, dass der Nationalrat und der Bundesrat bekanntlich im Rahmen des Interpellationsrechts befugt sind, die Geschäftsführung der Bundesregierung zu überprüfen, deren Mitglieder über alle Gegenstände der Vollziehung zu befragen und alle einschlägigen Auskünfte zu verlangen. Das Interpellationsrecht umfasst somit Angelegenheiten der Vollziehung des Bundes; persönliche Bewertungen und Meinungen eines Bundesministers fallen jedoch nicht unter dieses Kontrollinstrument, sodass sich die nachfolgenden Ausführungen im gegenständlichen Zusammenhang auf eine sachliche Auseinandersetzung mit diesem Thema beschränken.

Nach der Systematik des österreichischen Krankenversicherungsrechts werden die Leistungen der Krankenbehandlung – wozu insbesondere auch die ärztliche Hilfe zählt – grundsätzlich als Sachleistungen erbracht. Diese können bei freiberuflich tätigen Erbringer:innen von Gesundheitsdienstleistungen, mit denen Verträge nach § 338 ASVG (bzw. den entsprechenden Bestimmungen der sozialversicherungsrechtlichen Parallelgesetzen) abgeschlossen werden (Vertragspartner:innen), bei eigenen Einrichtungen oder Vertragseinrichtungen in Anspruch genommen werden. Die Versicherten können aber auch dann, wenn eine Sachleistung zur Verfügung steht, andere Leistungserbringer:innen aufsuchen, die in keinem Vertragsverhältnis mit dem Krankenversicherungsträger stehen.

Nimmt also der:die Anspruchsberechtigte nicht die Vertragspartner:innen, die eigenen Einrichtungen oder Vertragseinrichtungen des Versicherungsträgers zur Erbringung der Sachleistungen der Krankenbehandlung (ärztliche Hilfe, Heilmittel, Heilbehelfe) in Anspruch, so gebührt gemäß § 131 Abs. 1 ASVG der Ersatz der Kosten dieser Krankenbehandlung im Ausmaß von 80 % des Betrages, der bei Inanspruchnahme der entsprechenden Vertragspartner:innen des Versicherungsträgers von diesem aufzuwenden gewesen wäre.

Um die Kostenerstattungsregelung für die Inanspruchnahme von Wahlärztinnen und -ärzten abzuschaffen, bedürfte es also jedenfalls einer Gesetzesänderung (des § 131 ASVG und der entsprechenden Bestimmungen der sozialversicherungsrechtlichen Parallelgesetze), wofür wiederum eine entsprechende politische Willensbildung erforderlich ist.

Ungeachtet der einleitend dargestellten Grenzen des Interpellationsrechtes, habe ich mich aber zum gegenständlichen Problemkreis bereits in meiner Beantwortung der parlamentarischen Anfrage Nr. 10675/J, betreffend ÖGK-Huss will System der Wahlärzte abschaffen, geäußert, worauf ich hier verweisen möchte.

Schließlich erlaube ich mir noch, die von der Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen (SVS) erstattete Anmerkung weiterzugeben, der zufolge die Kostenerstattung für Wahlarzt-Honorare in erster Linie kein Entgegenkommen an die Wahlärztinnen und -ärzte sei, sondern die Einlösung eines leistungsrechtlichen Anspruchs der Versicherten, weshalb eine Änderung in der vorgeschlagenen Art und Weise von diesem Versicherungsträger ausdrücklich abgelehnt wird.

Auf eine mögliche unionsrechtliche Problematik im Zusammenhang mit einer allfälligen gänzlichen Abschaffung der Kostenerstattung habe ich ebenfalls bereits in meiner oben zitierten Beantwortung der parlamentarischen Anfrage Nr. 10675/J hingewiesen (Notwendigkeit einer Erstattungsmöglichkeit für zulässigerweise im Ausland in Anspruch genommene Behandlungen).

Frage 7:

- *Welche Überlegungen und Pläne kursieren hinsichtlich einer Abschaffung des Wahlarztkostenersatzes in Ihrem Ministerium?*

Wie bereits ebenfalls in der zuvor erwähnten Beantwortung der parlamentarischen Anfrage Nr. 10675/J ausgeführt, kursieren im Hinblick auf meine sowohl in dieser Beantwortung wie auch in der gegenständlichen Beantwortung gemachten Ausführungen zurzeit keine Überlegungen und Pläne bezüglich einer Umgestaltung des Wahlarztsystems in dem von Obmann Huss vorgeschlagenen Sinn.

Fragen 8 und 9:

- *Wie bewerten Sie die Aussage von Stefan Kastner, der den Krankenkassen eine Blockadehaltung vorwirft, wenn es um die Schaffung neuer Kassenstellen geht?*
- *Trifft diese Aussage zu und wenn ja, wie können Sie diesen Missstand korrigieren?*

Die persönliche Meinung eines Bundesministers über Aussagen Dritter sind – wie erwähnt – nicht vom parlamentarischen Kontrollmittel der Interpellation umfasst.

Inhaltlich ist jedoch anzumerken, dass die Beziehungen der Träger der Krankenversicherung zu den freiberuflich tätigen Ärztinnen und Ärzten sowie den Gruppenpraxen durch privatrechtliche Verträge (Gesamtverträge) geregelt werden. Durch diese Verträge ist die ausreichende Versorgung der Versicherten und ihrer anspruchsberechtigten Angehörigen mit den gesetzlich und satzungsmäßig vorgesehenen Leistungen sicherzustellen. Unter anderem haben die Gesamtverträge die Festsetzung der Zahl und der örtlichen Verteilung der Vertragsärztinnen und -ärzten (Vertragsgruppenpraxen) unter Bedachtnahme auf die regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) mit dem Ziel zu regeln, dass unter Berücksichtigung sämtlicher ambulanter Versorgungsstrukturen, der örtlichen Verhältnisse und der Verkehrsverhältnisse, der Morbidität sowie der Bevölkerungsdichte und -struktur eine ausreichende ärztliche Versorgung sichergestellt ist (sog. Stellenpläne).

Bei den österreichischen Krankenversicherungsträgern handelt es sich bekanntlich um Körperschaften öffentlichen Rechts, die vom Gesetzgeber nach den Grundsätzen der Selbstverwaltung eingerichtet sind und deren Geschäftsführung durch autonome Verwaltungskörper wahrzunehmen ist. Sie unterliegen hierbei zwar der Aufsicht durch den Bund, die vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz auszuüben ist; diese Aufsicht hat aber lediglich die Überwachung der Einhaltung der Rechtsvorschriften sowie in wichtigen Fällen auch der Gebote der Zweckmäßigkeit, Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zum Gegenstand. Ähnliches gilt für die ebenfalls nach dem Prinzip der Selbstverwaltung eingerichteten Ärztekammern.

Ich habe im Rahmen meines Aufgabenbereiches jedenfalls keine Möglichkeit auf den im – dem Privatrecht zuzuordnenden – Gesamtvertrag vereinbarten Stellenplan bestimmend Einfluss zu nehmen, sofern sich dieser als Vereinbarung der beiden Gesamtvertragsparteien im Rahmen der Gesetze bewegt.

Die Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK) hält darüber hinaus fest, dass die Planung und Schaffung neuer Kassenstellen nach den Planungsgrundsätzen des österreichischen Strukturplans Gesundheit erfolgt. Der Stellenplan ist – wie erwähnt – Teil des Gesamtvertrags zwischen Ärztekammer und den Krankenversicherungsträgern, welcher das Einvernehmen beider Vertragsparteien voraussetzt.

Die ÖGK hält darüber hinaus fest, dass ihr der bedarfsgerechte Ausbau der Kassenstellen nach den Planungsgrundsätzen der österreichweiten und regionalen Strukturplanung ein großes Anliegen ist. Zuletzt sei beispielsweise dem Wunsch der Ärztekammer Tirol nach einer zusätzlichen Stelle für Innere Medizin in Schwaz entsprochen und im Zuge der jüngsten Honorarverhandlungen umgesetzt worden. Weitere Forderungen nach

Kassenstellen gab es seitens der Ärztekammer Tirol nicht. Von Seiten der ÖGK ist der Vorwurf einer Blockadehaltung daher nicht nachvollziehbar.

Frage 10:

- *Wie bewerten Sie die Aussage von Stefan Kastner, der der ÖGK vorwirft, Kassenverträge durch Bürokratie, veraltete Honorarkataloge und schlechte Bezahlung für die jungen Kolleginnen und Kollegen zunehmend unattraktiv zu machen?*
- *Trifft diese Aussage zu und wenn ja, wie können Sie diesen Missstand korrigieren?*

Auch hiezu kann zunächst nur wiederholt werden, dass persönliche Bewertungen eines Bundesministers vom Interpellationsrecht nicht umfasst sind.

Anzumerken ist jedoch – wie schon in der Beantwortung anderer parlamentarischer Anfragen zum Thema Vertragsärztemangel wiederholt ausgeführt, zuletzt in der Beantwortung der parlamentarischen Anfrage Nr. 3991/J-BR/2022 des Bundesrates Christoph Steiner und weiterer Bundesräte betreffend Altersstruktur von Kassenärzten –, dass es im Bereich des Vertragspartnerrechts in der Ingerenz der als Selbstverwaltungskörper eingerichteten Sozialversicherungsträger und Ärztekammern liegt, Anreize zu schaffen, um das Interesse der Ärztinnen und Ärzte an einem Vertragsverhältnis zu einem Krankenversicherungsträger zu wecken (zu den Maßnahmen siehe Fragen 14 und 15).

Von Seiten der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) wird darauf hingewiesen, dass die „Kassenverträge“ ein gemeinsames Produkt der ÖGK und der jeweiligen Ärztekammer im Bundesland sind. Leistungsangebot und Honorar werden auf dem Verhandlungsweg zwischen den Vertragsparteien vereinbart. Aus Sicht der ÖGK ist der Kassenvertrag in Tirol attraktiv. Dies zeigt sich unter anderem daraus, dass die Vertragsfachärztinnen und -ärzte in Tirol beim Fallwert (das ist der Betrag pro abgerechnetem Fall) gemäß Ärztekostenstatistik im österreichweiten Vergleich an erster Stelle liegen, die Tiroler Vertragsallgemeinmediziner:innen an zweiter Stelle.

Fragen 12 und 13:

- *Wie bewerten Sie die Kritik von Stefan Kastner, dass es die ÖGK nun bereits seit zwei Jahren gibt, die Leistungen österreichweit aber noch immer nicht harmonisiert sind*

und unterschiedlich bezahlt werden, obwohl die Lebenshaltungskosten im Westen deutlich höher seien als jene im Osten?

- *Trifft diese Kritik zu und wenn ja, welche Maßnahmen werden Sie nun setzen um diesen Missstand zu beheben?*

Zunächst ist darauf hinzuweisen, dass die zum 31. Dezember 2019 bestehenden Verträge der Gebietskrankenkassen im Wege der Gesamtrechtsnachfolge zum 1. Jänner 2020 von der ÖGK in der geltenden Fassung übernommen wurden. Diese übernommenen Verträge gelten gemäß § 718 Abs. 6 ASVG mit den bestehenden vertraglichen Regelungen bis zu einer Änderung weiter.

Nach Mitteilung der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) ist die Gewährleistung eines österreichweit einheitlichen Leistungsspektrums eines der wesentlichen Ziele. Im Bereich jener Leistungen, die von der ÖGK eigenständig gestaltet werden können, ist die Vereinheitlichung bereits sehr weit fortgeschritten. Überall dort, wo das Leistungsspektrum im Verhandlungsweg zu vereinbaren ist – wie z.B. im Bereich der Vertragsärztinnen und -ärzte – kann die Harmonisierung nur Schritt für Schritt erfolgen. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass gerade die Ärztekammern auf regionale Differenzierungen Wert legen.

Die unterschiedlich hohen Lebenshaltungskosten in den jeweiligen Bundesländern fließen in die Vereinbarung der Honorarordnung ein. Konkret werden diese gemäß § 342 Abs. 2a Z. 3 ASVG bei der Betrachtung der gesamtwirtschaftlichen Situation berücksichtigt.

In diesem Zusammenhang ist erneut darauf hinzuweisen, dass es sich bei den österreichischen Krankenversicherungsträgern wie auch den Ärztekammern um Körperschaften öffentlichen Rechts handelt, die vom Gesetzgeber nach den Grundsätzen der Selbstverwaltung eingerichtet sind, weshalb ich im Rahmen meines Aufgabenbereiches als Aufsichtsbehörde keine Möglichkeit habe, auf das im – dem Privatrecht zuzuordnenden – Gesamtvertrag vereinbarte Honorarsystem bzw. die Höhe der Honorare von Vertragsärztinnen und -ärzten bestimmend Einfluss zu nehmen.

Fragen 14 und 15:

- *Welche weiteren Lösungsansätze bieten Sie zur besseren gesundheitlichen Versorgung durch Wahlärzte?*
- *Haben Sie in diesem Zusammenhang schon Maßnahmen ergriffen?*

Einleitend ist – wiederholt – festzuhalten, dass das System der gesetzlichen Krankenversicherung in Österreich in erster Linie auf der Sachleistungsversorgung durch Vertragspartner:innen basiert, die durch vielfältige rechtliche Regelungen zu einer ausreichenden, zweckmäßigen, aber auch sparsamen Behandlung der Versicherten verpflichtet werden. Das österreichische Krankenversicherungsrecht lässt zwar – aufgrund der freien Arztwahl – auch einen Leistungsbezug von Nicht-Vertragspartner:innen zu; dies muss jedoch als Ausnahme vom Grundsatz der Sachleistungsversorgung gesehen werden.

Die Gesundheitsversorgung durch Wahlärztinnen und -ärzte liegt folglich außerhalb der Verantwortung der Sozialversicherung. Im wahl- und privatärztlichen Bereich gibt es für die Sozialversicherungsträger keine Steuerungsinstrumente bezüglich Art und Umfang des Angebotes, Preisgestaltung und räumlicher Verteilung im Sinne einer flächendeckenden, wohnortnahen Versorgung.

Die Sozialversicherungsträger verfolgen daher die Strategie einer besseren gesundheitlichen Versorgung durch Vertragsärztinnen und -ärzte. Für eine hohe Qualität der vertragsärztlichen Versorgung setzt beispielsweise die ÖGK auf attraktive Verträge, neue Versorgungsmodelle und eine Stärkung der Primärversorgung.

Attraktive Kassenverträge: Um Nachbesetzungsprobleme im vertragsärztlichen Bereich zu minimieren, bietet die ÖGK bereits jetzt ein breites Spektrum an Möglichkeiten zur Arbeit im Kassenvertrag: von Einzelverträgen über verschiedene Formen der Gruppenpraxis und Jobsharing bis hin zu Primärversorgungseinheiten. Die Arbeit im Kassenvertrag bietet – vom Rechnungshof bestätigt – ein hohes Einkommen, ein großes Maß an Flexibilität und attraktive Möglichkeiten zur Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben.

Neue Versorgungsmodelle: Kooperative, sektoren-, fachgebiets- und berufsgruppenübergreifende Versorgungsmodelle sollen die Versorgung am best-point-of-service verbessern, die Effizienz und die Effektivität der Versorgung fördern und die Arbeitszufriedenheit für die Behandlungsteams sowie die Ergebniszufriedenheit für die Patient:innen verbessern.

Stärkung der Primärversorgung: Patient:innen wenden sich in Österreich vergleichsweise häufig direkt an Fachärztinnen und -ärzte – auch in Fällen, die in der Primärversorgung sehr gut versorgt wären. Eine gestärkte Primärversorgung bietet mehr wirksame Prävention, frühzeitige Erstintervention und eine effektive Versorgungscoordination. Damit wird eine abgestimmte Versorgung gefördert, Doppelgleisigkeiten werden vermieden und spezialisierte Kapazitäten entlastet.

Frage 16:

- *Wie viele Patienten werden derzeit von Wahlärzten in den jeweiligen Bundesländern versorgt?*

Vorweg ist festzuhalten, dass eine abschließende Zahl an Patient:innen, die von Wahlärztinnen und -ärzten versorgt werden, nicht vorliegt, weil das Leistungsrecht der Krankenversicherung in diesem Zusammenhang primär auf Kostenerstattung abstellt und es letztlich den Patient:innen freisteht, einschlägige Anträge zu stellen.

Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK):

Auf Basis der bei der ÖGK zur Kostenerstattung eingereichten Wahlarzt-Rechnungen für im Jahr 2020 erbrachte Leistungen lassen sich folgende Fallzahlen bei Wahlärztinnen und -ärzten ermitteln. Als ein Fall gilt jede:r Patient:in, die:der in einem Quartal eine bestimmte Wahlordination zumindest einmal aufgesucht und dafür eine Rechnung eingereicht hat.

Bundesland	Patient:innen
Wien	467.922
Niederösterreich	440.919
Burgenland	65.185
Oberösterreich	408.791
Steiermark	366.340
Kärnten	170.520
Salzburg	133.010
Tirol	292.678
Vorarlberg	109.470
Gesamt	2.454.847

Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen (SVS):

Der SVS stehen im Wahlpartnerbereich grundsätzlich die abgerechneten medizinischen Leistungen je versicherter Person und medizinischem Fachgebiet zur Verfügung. Angaben zu konkreten Leistungserbringer:innen (Wahlpartner:innen) werden aus verwaltungsökonomischen Gründen jedoch mehrheitlich nicht erfasst. Daraus folgt, dass regionale Gruppierungen nach dem Standort von Wahlpartner:innen (und damit eine Aufgliederung nach Bundesland) nicht möglich sind.

Ebenso kann nicht abschließend unterschieden werden, ob ein:e Versicherte:r wahlärztliche Leistungen bei einer:inem „klassischen“ Wahlärztin:Wahlarzt, die:der keinen kurativen Einzelvertrag mit der SVS abgeschlossen hat, oder wahlärztliche Leistungen bei einer:inem Vertragsärztin:Vertragsarzt (z.B. außervertragliche Leistungen, private Inanspruchnahme auf Wunsch der:des Versicherten, Versicherte:r ist Geldleistungsberechtigte:r nach dem GSVG) in Anspruch genommen hat.

Die SVS weist ausdrücklich darauf hin, dass aus den beiliegenden Daten nicht abgeleitet werden darf, dass die angeführten Patient:innen ausschließlich bei Wahlärztinnen und -ärzten in Behandlung sind. Vielmehr sagen die Zahlen aus, dass die angeführten Patient:innen eine Kostenerstattung für privat vorfinanzierte Gesundheitsleistungen bezogen haben. Diese könnten jedoch auch durch Vertragsärztinnen und -ärzte erbracht worden sein – zum Beispiel außervertragliche Leistungen oder private Inanspruchnahme auf Wunsch des:der Versicherten.

Darüber hinaus wird angemerkt, dass Patient:innen mit Inanspruchnahmen in mehreren Fachgebieten je Fachgebiet einmal gezählt wurden (insgesamt somit mehrfach).

Fachgebiete	Anzahl SVS-Versicherte mit Bezug von wahlärztlichen Leistungen im Jahr 2021
Allgemeinmedizin	43.660
Anästhesiologie und Intensivmedizin	1.516
Augenheilkunde	48.629
Chirurgie	11.175
Haut- und Geschlechtskrankheiten	42.497
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	50.204
Innere Medizin	43.502

Kinderheilkunde	14.140
HNO Krankheiten	13.425
Lungenkrankheiten	3.337
Neurologie und Psychiatrie	2.702
Orthopädie	29.787
Physikalische Medizin	2.323
Radiologie	5.609
Unfallchirurgie	10.714
Urologie	16.658
Neurochirurgie	2.180
Neurologie	8.122
Psychiatrie	4.965
Plastische Chirurgie	1.189
Kinderchirurgie	181
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	1.178
Nuklearmedizin	3.386
Strahlentherapie - Radioonkologie	69
Blutgruppenserologie und Transfusionsmedizin	1
Immunologie	59
Kinder- und Jugendpsychiatrie	404
Histologie und Embryologie	2
medizinische Biologie	1
Gruppenpraxis	841
medizinische Genetik	4
medizinisch/chemische Labordiagnostik	4.157
Labor, EEG	58
Labor, zytodiagnostisch	185

Pathologie	339
Hygiene und Mikrobiologische-serologische Labordiagnostik	24
Gesamt	367.223
Zahnärztinnen und -ärzte	
Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde	94.003
Dr. med. dent.	49.963
Kieferorthopädie	2.215
Gesamt	146.181

Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB):

Seitens der BVAEB wird auf die nachfolgenden Aufstellungen verwiesen. Die Auswertung zeigt die Anzahl der Patient:innen, die von Wahlärztinnen und -ärzten in den jeweiligen Bundesländern im Jahr 2021 versorgt wurden. Sie berücksichtigt nur jene Patient:innen, für die auch eine Kostenerstattung geleistet wurde. Pro Bundesland wird jede:r Patient:in unabhängig von der Anzahl der ärztlichen Inanspruchnahmen nur einmal gezählt.

Allgemeinmediziner:innen und Fachärztinnen und -ärzte	
Bundesland	Patient:innen
Wien	56.438
Niederösterreich	86.517
Burgenland	15.609
Oberösterreich	27.566
Steiermark	60.407
Kärnten	33.368
Salzburg	22.787
Tirol	39.807

Vorarlberg	13.532
Gesamt	336.170

Zahnärztinnen und -ärzte	
Bundesland	Patient:innen
Wien	31.677
Niederösterreich	40.580
Burgenland	6.844
Oberösterreich	16.019
Steiermark	42.245
Kärnten	18.989
Salzburg	24.925
Tirol	34.225
Vorarlberg	13.671
Gesamt	227.801

Mit freundlichen Grüßen

Johannes Rauch

