

7561/AB
Bundesministerium vom 28.10.2021 zu 7703/J (XXVII. GP)
Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
sozialministerium.at

Dr. Wolfgang Mückstein
Bundesminister

Herrn
Mag. Wolfgang Sobotka
Präsident des Nationalrates
Parlament
1017 Wien

Geschäftszahl: 2021-0.611.045

Wien, 20.10.2021

Sehr geehrter Herr Präsident!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische **Anfrage Nr. 7703/J des Abgeordneten Kainz und weiterer Abgeordneter betreffend Maßnahmen zur Bekämpfung der Zwei-Klassen-Medizin in Österreich** wie folgt:

Zunächst ist festzuhalten, dass nach der Kompetenzverteilung die Angelegenheiten der „Heil- und Pflegeanstalten“ nach Art. 12 Abs. 1 Z 1 des Bundes-Verfassungsgesetzes (B-VG) nur hinsichtlich der Grundsatzgesetzgebung in die Zuständigkeit des Bundes fallen, die Ausführungsgesetzgebung und die Vollziehung hingegen den Ländern obliegt. Das Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG) des Bundes legt in § 8 Abs. 2 ausdrücklich fest, dass Pfleglinge von Krankenanstalten nur nach den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen Wissenschaft ärztlich behandelt werden dürfen.

Frage 1: Ist Ihnen der oben genannte Vorfall bekannt?

a) Falls ja, durch wen haben Sie davon erfahren?

Der Vorfall ist weder dem Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz noch der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) bekannt.

Frage 2: Wie beurteilen Sie als Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz und als Mediziner die Tatsache, dass man in Österreich entweder viel Geld oder gute Kontakte benötigt, um eine medizinische Spitzenbehandlung zu bekommen?

Österreich verfügt (insbesondere im internationalen Vergleich) über ein sehr gutes System der sozialen Sicherheit und einen niederschwelligen Zugang zum Gesundheitssystem. Die qualitativ hochwertige und adäquate Versorgung der Versicherten ist stets oberstes Anliegen. Die Krankenbehandlung stellt dabei eine zentrale Leistung der sozialen Krankenversicherung dar.

Zu dem genannten Vorfall kann ich keine Aussagen treffen, da meinem Haus und mir die konkreten Hintergründe und Umstände dieses Falles nicht bekannt sind. Die Zuständigkeit liegt beim Land Niederösterreich und bei der Niederösterreichischen Landesagentur, diesen Vorfall zu prüfen und – falls erforderlich – die notwendigen Schritte zu setzen, um ein rechtskonformes Vorgehen zu gewährleisten. Für öffentliche und private gemeinnützige geführte Krankenanstalten sieht das Kranken- und Kuranstaltengesetz des Bundes ausdrücklich vor, dass für die ärztliche Behandlung einschließlich der Pflege sowie – unbeschadet einer Aufnahme in die Sonderklasse – für Verpflegung und Unterbringung ausschließlich der Gesundheitszustand der Patientinnen und Patienten maßgeblich ist (§ 16 Abs. 1 lit. d). Daraus ergibt sich, dass eine medizinisch nicht gerechtfertigte unterschiedliche ärztliche und pflegerische Behandlung rechtlich nicht zulässig ist.

Ich halte grundsätzlich fest, dass eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung einschließlich aller notwendigen Spitzenleistungen allen Patientinnen und Patienten, die diese Versorgung benötigen, unabhängig von Herkunft, Status, Beziehungen und finanziellen Möglichkeiten in gleicher Art und Weise zur Verfügung stehen muss. Sollte es in einzelnen Fällen zu zweifelhaften Vorgehensweisen kommen, so stehen in den Ländern Patientenanhältschaften und Ombudsstellen zur Verfügung, bei denen die Beschwerden vorgebracht werden können. Diese Stellen können bei den Gesundheitseinrichtungen Stellungnahmen und entsprechende Informationen einholen, um den Vorfall zu überprüfen und zu beurteilen und im Bedarfsfall eine Änderung der Vorgehensweisen bei den zuständigen Stellen einzufordern.

Fragen 3 bis 5:

- *Welche Ursachen hat die Zwei-Klassen-Medizin in Ihren Augen? Bitte um genaue Erläuterung, was in Ihren Augen in den letzten Jahren bzw. Jahrzehnten schiefgelaufen ist.*
- *Welche Maßnahmen zur Bekämpfung der Zwei-Klassen-Medizin setzen Sie bereits?*
- *Welche Maßnahmen zur Bekämpfung der Zwei-Klassen-Medizin planen Sie künftig zu setzen? Bitte um genaue Auflistung.*

Zur Erforschung der Ursachen der sogenannten Zwei- oder Mehr-Klassen-Medizin ist auf eine Studie der Universität Wien aus dem Jahr 2018 hinzuweisen, welche die Motive für die Inanspruchnahme wahlärztlicher Versorgung und die Unterschiede bei Besuchen von Wahl- bzw. Vertragsärztinnen und -ärzten untersucht und vom Dachverband der Sozialversicherungsträger (ehemals Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger) initiiert und finanziert wurde. Die Studie ist auf der Internetseite www.sozialversicherung.at öffentlich zugänglich.

Die Entscheidung der einzelnen Person bezüglich des Abschlusses einer privaten Krankenversicherung (und damit auch die Entscheidung für eine privatärztliche Krankenbehandlung) liegt außerhalb meines unmittelbaren Einflussbereiches und auch außerhalb des Einflussbereiches der Österreichischen Gesundheitskasse und basiert auf individuellen Entscheidungsgrundlagen.

Wie zu Frage 2 ausgeführt, ist im Krankenanstaltenbereich eine medizinisch nicht gerechtfertigte unterschiedliche ärztliche und pflegerische Betreuung grundsatzgesetzlich verboten.

Im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit werden des Weiteren auch laufend Maßnahmen wie beispielsweise Planungsvorgaben, Qualitätsstandards etc. gesetzt, um ein ausreichendes qualitativ hochwertiges Angebot an Gesundheitsleistungen für die Bevölkerung sicherzustellen, sodass es möglichst zu keinen Versorgungsgängen und zu keinen medizinisch nicht gerechtfertigten Wartezeiten in der Versorgung kommt. Dazu zählen insbesondere auch spitzenmedizinische und hochtechnologische Leistungen, deren ausreichende Vorhaltung, insbesondere auch durch die überregionale Versorgungsplanung und durch den bundesweiten Großgeräteplan im Rahmen des Österreichischen Strukturplans Gesundheit (ÖSG), sichergestellt wird.

Als wichtige Maßnahme wurden bereits im Jahr 2018 Vorgaben für kurze Wartezeiten bei CT- und MRT-Untersuchungen für alle Radiologie-Institute mit Kassenvertrag zwischen den Vertragspartnern vereinbart. Durch diese Regelung wurde ebenfalls ein wesentlicher Schritt gesetzt, um für Personen, die eine CT- oder MRT-Untersuchung brauchen, je nach Dringlichkeit eine rasche Verfügbarkeit sicherzustellen.

Im ambulanten Bereich arbeitet mein Ressort gemeinsam mit der Sozialversicherung und den Ländern an geeigneten Maßnahmen zur Stärkung der Sachleistungsversorgung. Entsprechend dem Zielsteuerungsvertrag werden in einem ersten Schritt die aktuelle Ist-Situation und mögliche örtliche, zeitliche und soziale Zugangsbarrieren im Gesundheitssystem und deren Ursachen analysiert. In weiterer Folge sollen entsprechende Maßnahmen zur Verbesserung des Zugangs zu Gesundheitsdienstleistungen entwickelt und im jeweiligen Zuständigkeitsbereich umgesetzt werden.

Mögliche Förderungen der Inanspruchnahme von Leistungen bei den Vertragspartnern der ÖGK und – umgekehrt – einer Reduktion der Inanspruchnahme von Wahlärztinnen und Wahlärzten sowie zur Verbesserung des österreichischen Versorgungssystems werden laufend diskutiert und evaluiert.

Für den in der gegenständlichen Anfrage angesprochenen Bereich der MRT-Leistungen ist in § 11a des entsprechenden Gesamtvertrags in Hinblick auf die maximalen Wartezeiten für CT-/MRT-Untersuchungen festgelegt, dass den Anspruchsberechtigten innerhalb von 20 Werktagen (Montag bis Freitag) ein Untersuchungstermin im Ambulatorium als Sachleistung anzubieten ist. Innerhalb dieser Frist erfolgt die Terminvergabe nach Dringlichkeit der Untersuchung: In Akutfällen, wie beispielsweise bei einem akuten Insult oder einer beginnenden Querschnittslähmung, findet die Untersuchung umgehend statt. In dringenden Fällen ist ein Termin innerhalb von fünf Arbeitstagen als Sachleistung anzubieten. Die Dringlichkeit ist grundsätzlich von den Zuweiserinnen und Zuweisern nachvollziehbar zu begründen, zu dokumentieren und direkt den Radiologinnen und Radiologen darzulegen. Demnach beruht die Terminvergabe also immer auf einer medizinischen Entscheidung im Konsens zwischen Zuweiserinnen und Zuweisern sowie Radiologinnen und Radiologen des Vertragsambulatoriums.

Fälle, in welchen diese vertraglichen Regelungen von einzelnen Instituten nicht eingehalten werden, werden bei konkreten Hinweisen von den Krankenversicherungs-trägern jedenfalls nachverfolgt und mit dem betroffenen Institut abgeklärt.

Frage 6: Haben Sie sich als Mediziner in Bezug auf die Bekämpfung der Zwei-Klassen-Medizin spezielle Ziele gesetzt?

- a) Falls ja, welche?
- b) Falls ja, was unternehmen Sie, um diese zu erreichen?
- c) Falls nein, warum nicht?

Der Gesetzgeber hat sich grundsätzlich dafür entschieden, neben der medizinischen Leistungserbringung auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung durch Vertragspartner:innen der Versicherungsträger auch die Möglichkeit einer Inanspruchnahme von Wahlärztinnen und Wahlärzten, die in keinem Vertragsverhältnis zum potenziell leistungszuständigen Versicherungsträger stehen und deren Honorare von den Patientinnen und Patienten privat oder durch eine von ihnen abgeschlossene private Kranken(zusatz)versicherung zu begleichen sind, zuzulassen. Es muss daher einzelnen Personen – sowohl auf Anbieter:innen- als auch auf Konsument:innenseite – unbenommen bleiben, von dieser Möglichkeit Gebrauch zu machen. Wichtig erscheint allerdings in diesem Zusammenhang, dass niemand aufgrund der faktischen Verhältnisse, die einer Leistungsinanspruchnahme auf Kassenkosten entgegenstehen, zu einer privaten Leistungsinanspruchnahme gezwungen sein soll.

Wie bereits zu den Fragen 3 bis 5 ausgeführt, liegt es in den jeweiligen Zuständigkeitsbereichen, dafür Sorge zu tragen, dass ausreichend Versorgungsangebote zur Verfügung stehen und keine ungerechtfertigten Unterschiede bei der Behandlung der Patientinnen und Patienten gemacht werden. So haben die Zielsteuerungspartner Länder, SV und Bund im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit bereits eine Reihe von Zielen und Maßnahmen vereinbart, um eine ausreichende Versorgung der Bevölkerung nachhaltig sicherzustellen. Dazu zählen u.a. der verstärkte weitere Auf- und Ausbau von Primärversorgungseinheiten nach dem PrimVG, bedarfsgerechte Weiterentwicklung der ambulanten Fachversorgung, Maßnahmen zur Sicherstellung von qualifiziertem Gesundheitspersonal in ausreichendem Umfang, Maßnahmen zur Verbesserung der integrierten Versorgung sowie zur Stärkung der Sachleistungsversorgung.

In diesem Sinne ist ganz allgemein die Setzung von Maßnahmen gegen die so genannte Zwei-Klassen-Medizin in erster Linie Aufgabe der Krankenversicherungsträger im Rahmen des Vertragspartner- wie des Leistungsrechtes. Wenngleich also selbstverständlich zu befürworten ist, dass alle Versicherten und ihre anspruchsberechtigten Angehörigen gleichermaßen im Rahmen des Erforderlichen eine adäquate Behandlung auf Kassenkosten erhalten, so muss doch die operative Umsetzung dieses Anspruchs den Versicherungsträgern überlassen bleiben, die – wie aus einer Reihe von Antworten zu

früheren parlamentarischen Anfragen, etwa jener zur Anfrage Nr. 7565/J, hervorgeht – eine Vielzahl von Maßnahmen setzen, die die medizinische Versorgung auf Kassenkosten sicherstellen sollen.

Aus meiner Sicht sind die im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit vereinbarten Ziele und Maßnahmen auch bestens geeignet, Entwicklungen in Richtung einer Zwei-Klassen-Medizin hintanzuhalten. Ich habe mir daher zum Ziel gesetzt, gemeinsam mit den Zielsteuerungspartnern Länder und Sozialversicherung mit hohem Nachdruck daran zu arbeiten, die entsprechenden Inhalte der Zielsteuerung-Gesundheit so rasch als möglich umzusetzen.

Fragen 7 und 8:

- *Welche Maßnahmen setzen sie konkret, um die Wartezeiten im stationärem Bereich zu verkürzen?*
- *Welche Maßnahmen setzen sie konkret, um die Wartezeiten auf Operationen zu verkürzen?*

Vorauszuschicken ist nochmals, dass sich nach der verfassungsrechtlichen Kompetenzverteilung die Bundeskompetenz im Krankenanstaltenbereich lediglich auf die Grundsatzgesetzgebung beschränkt, während Ausführungsgesetzgebung und Vollziehung in der kompetenzrechtlichen Hand der Länder liegen. Darüber hinaus haben die Länder als Rechtsträger der Fondsärztlichen Kassenärztlichen Vereinigung die organisatorischen Vorkehrungen zu treffen, um jene Personen, die einer Behandlung in einer Spitalsambulanz oder der Aufnahme in eine Krankenanstalt bedürfen, diese Möglichkeit im erforderlichen Ausmaß zu bieten.

Hier weise ich auf die bereits bestehende Bestimmung im KAKuG (§ 5a) hin, wonach die nach Anstaltszweck und Leistungsangebot in Betracht kommenden Träger von öffentlichen und privaten gemeinnützigen Krankenanstalten durch die Landesgesetzgebung zu verpflichten sind, ein transparentes Wartelistenregime in pseudonymisierter Form für elektive Operationen sowie für Fälle invasiver Diagnostik zumindest für die Sonderfächer Augenheilkunde und Optometrie, Orthopädie und orthopädische Chirurgie sowie Neurochirurgie einzurichten, sofern die jeweilige Wartezeit vier Wochen überschreitet. Die Landesgesetzgebung hat Kriterien für den Ablauf und die Organisation dieses Wartelistenregimes vorzusehen, wobei die Gesamtanzahl der pro Abteilung für den Eingriff vorgemerkt Personen und von diesen die der Sonderklasse angehörigen vorgemerkt Personen erkennbar zu machen sind.

Des Weiteren ist die Thematik „Wartezeiten im Gesundheitswesen“ auch Gegenstand der Arbeiten der Zielsteuerung-Gesundheit, in denen gemeinsam mit den für den Krankenanstaltenbereich zuständigen Ländern und der Sozialversicherung über Möglichkeiten zur Erhebung von Wartezeiten und zur wirksamen Vermeidung von medizinisch nicht vertretbaren Wartezeiten beraten wird.

Im Bundes-Zielsteuerungsvertrag wurden unterschiedliche Ziele vereinbart, nach denen die kurative Gesundheitsversorgung am jeweiligen *Best Point of Service* erbracht werden soll. Mit anderen Worten: Es wird sichergestellt, dass die jeweils richtige Leistung zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Ort mit optimaler medizinischer und pflegerischer Qualität gesamtwirtschaftlich möglichst kostengünstig erbracht wird. Dies impliziert neben einer Stärkung der ambulanten Versorgung und insbesondere der Primär-versorgung in multiprofessionellen und interdisziplinären Teams auch die konzentrierte Erbringung von komplexen Krankenhausleistungen an den jeweils entsprechend ausgestatteten Krankenhausstandorten.

Die gesetzlichen Vorschriften des österreichischen Sozialversicherungssystems gewähren den Versicherten jede notwendige ärztliche Behandlung, Versorgung mit Medikamenten und Pflege in Krankenanstalten. Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung können und dürfen zwar nicht über das Maß des Notwendigen hinausgehen, jedoch ist für eine ausreichende und zweckentsprechende Krankenbehandlung für alle zu sorgen. Bei den zu ergreifenden medizinischen Maßnahmen ist ausschließlich der Gesundheitszustand des Patienten bzw. der Patientin maßgeblich. Bei der Vergabe von Untersuchungs- und Behandlungsterminen durch den Arzt bzw. die Ärztin sowohl im niedergelassenen als auch im Krankenanstaltenbereich ist auf die Dringlichkeit der Intervention (etwa bei Schmerzpatientinnen und Schmerzpatienten) Bedacht zu nehmen. Der Umstand, dass eine private Krankenzusatzversicherung nicht vorliegt, kann und darf daher den Versicherten nicht zum Nachteil gereichen.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Wolfgang Mückstein

