
16379/J XXVII. GP

Eingelangt am 28.09.2023

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

Anfrage

der Abgeordneten Fiona Fiedler, Kolleginnen und Kollegen

an den Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

betreffend Kassen: Leistungsabdeckungen und Pflegestufen

Die Fusion der neun Gebietskrankenkassen mit dem Ziel der Schaffung einer einheitlichen Gesundheitskasse für ganz Österreich war ein ambitionierter Schritt, der die Aussicht auf gleiche Leistungen und Zugangsmöglichkeiten für alle Versicherten in Aussicht stellte. Doch trotz dieser ehrgeizigen Vision haben sich im Verlauf der Umsetzung Leistungsunterschiede offenbart, die weitreichende Bedenken hervorgerufen haben. Der Gedanke hinter dieser Fusion war es, nicht nur bürokratische Hürden abzubauen, sondern vor allem eine qualitativ hochwertige und gleichberechtigte Versorgung für alle Bürgerinnen und Bürger zu gewährleisten.

Ein besonders drängendes Thema sind die bestehenden Diskrepanzen in der Leistungsabdeckung. Diese Unterschiede ziehen eine Vielzahl von Fragen nach sich: Warum werden bestimmte medizinische Untersuchungen oder Behandlungen in einigen Bundesländern abgedeckt, während sie in anderen nicht anerkannt werden? Wie ist es möglich, dass trotz des Anspruchs auf Gleichstellung solche Abweichungen auftreten? Diese Fragen werfen ein Licht auf die möglichen Schwachstellen im Zusammenhang mit der Leistungsharmonisierung innerhalb der Gesundheitskasse.

Die Daten über die Erstattungen an Versicherte, die von Bundesland zu Bundesland in Höhe und Geschwindigkeit variieren, legen nahe, dass nach wie vor keine vollständige Vereinheitlichung der administrativen Prozesse erreicht wurde. Dies kann nicht nur zu Ungerechtigkeiten führen, sondern auch die Versorgung und den Zugang zu medizinischer Behandlung beeinträchtigen. Zudem sind die langen Wartezeiten für die Erstattungen für viele Versicherte problematisch, da sie den Zugang zu notwendiger medizinischer Versorgung verzögern können.

Vor diesem Hintergrund bitten wir um eine ausführliche Aufschlüsselung der Leistungen, die in den vergangenen fünf Jahren spezifische medizinische Leistungen in Anspruch genommen haben, sowie der damit verbundenen Kosten nach Jahr, KV-Träger und Bundesland. Diese detaillierten Informationen sind von grundlegender Bedeutung, um eine fundierte Bewertung der tatsächlichen Leistungsabdeckung und der damit einhergehenden Ausgaben vornehmen zu können.

Auch die Frage der Einzelfallgenehmigungen wirft wichtige Fragen auf. Wir möchten verstehen, warum bestimmte Leistungen zunächst abgelehnt werden, jedoch später

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

als Einzelfallgenehmigung gewährt werden. Es stellt sich die Frage nach den angewandten Kriterien und ob diese Kriterien in jedem Fall einheitlich angewendet werden. Dieser Aspekt wirft nicht nur Licht auf den Prozess der Einzelfallgenehmigungen, sondern auch auf die möglichen Gründe für ursprüngliche Ablehnungen und spätere Neubewertungen.

Eine transparente Offenlegung dieser Informationen trägt nicht nur dazu bei, die bestehenden Unklarheiten zu beseitigen, sondern auch das Vertrauen in den Prozess der Gesundheitskassenfusion zu stärken. Es ist von großer Bedeutung, dass alle Versicherten in Österreich in der Lage sind, die medizinische Versorgung zu erhalten, die sie benötigen, unabhängig von ihrem Wohnort oder ihrem Gesundheitszustand.

Die unterfertigten Abgeordneten stellen daher folgende

Anfrage:

1. **Leistungsabdeckung und Kostenverteilung für spezifische Bedarfe:** Wie viele Versicherte erhielten in den vergangenen fünf Jahren **Hörgeräte** und wie hoch waren die jeweiligen Aufwände? (Bitte um eine Aufschlüsselung nach Jahr, KV-Träger und Bundesland)
 - a. Gleiches gilt für die Bereiche **orthopädische Schuhe, Schuheinlagen, saugende Inkontinenz-Behelfe, ableitende Inkontinenz-Behelfe, Krankenfahrstühle, Elektrofahrzeuge, Rollstühle, Bade- und Patientenlifter, Krankenbetten, Heimbeatmungsgeräte mit Zubehör, Prothesen, Rollatoren, Krücken, Gehstöcke, Orthesen, Bandagen, Sehbehelfe, bewilligungsfreie Sehbehelfe und Kontaktlinsen**. (Bitte um genaue Angaben in Form einer Aufschlüsselung nach Jahr, KV-Träger und Bundesland)
2. **Unterschiede in der Kassenabdeckung für spezifische Leistungen:** Gibt es Leistungsunterschiede in der Abdeckung von bestimmten medizinischen Leistungen? (Bitte um detaillierte Auflistung aller Leistungen der KV-Träger, für die es zwischen den Bundesländern unterschiedliche Abdeckungen gibt)
 - a. Wie viele Patient:innen sind hiervon betroffen? Und wie hoch sind die Kosten für die vergangenen fünf Jahre (Bitte um Aufschlüsselung nach KV-Träger und Bundesland)
3. **Einzelfallgenehmigungen:** Wie viele Einzelfallgenehmigungen wurden in den Jahren 2020, 2021 und 2022 von den Sozialversicherungsträgern ausgestellt? Gibt es eine Trendentwicklung in dieser Hinsicht? (Bitte um Auflistung nach SV-Träger, Monat und Bundesland)
 - a. Warum werden bestimmte Leistungen zuerst abgelehnt, jedoch später als Einzelfallgenehmigung genehmigt?
 - b. Welche Kriterien werden hierbei angewendet und wie werden diese Kriterien in Einzelfällen neu evaluiert?

4. Wie viele **Erhöhungsanträge** wurden in den Jahren 2020, 2021 und 2022 an die Sozialversicherungsträger gestellt? (Bitte um Auflistung nach SV-Träger, Monat und Bundesland)
 - a. Wie viele dieser Anträge wurden abgelehnt? (Bitte um Auflistung nach SV-Träger und Ablehnungsgrund)
5. Wie viele **Erschwerniszuschläge** wurden in den Jahren 2020, 2021 und 2022 an die Sozialversicherungsträger gestellt? (Bitte um Auflistung nach SV-Träger, Monat und Bundesland)