



BUNDESMINISTERIUM
FÜR GESUNDHEIT

Alois Stöger diplômé
Bundesminister

XXIV. GP.-NR
5014 /AB

18. Juni 2010

zu 5156 /J

Frau
Präsidentin des Nationalrates
Mag^a. Barbara Prammer
Parlament
1017 Wien

GZ: BMG-11001/0116-I/5/2010

Wien, am 17. Juni 2010

Sehr geehrte Frau Präsidentin!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische **Anfrage Nr. 5156/J der Abgeordneten Dr. Karlsböck und weiterer Abgeordneter** auf Grund der Stellungnahme des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger wie folgt:

Fragen 1 bis 3:

Zahlen bzw. Schätzungen über im Ausland durchgeführte Schönheitsoperationen sind nicht bekannt.

Schönheitsoperationen fallen grundsätzlich nicht in die Leistungsverpflichtung der gesetzlichen Krankenversicherung. Da sie keine Krankenbehandlung im Sinne des ASVG darstellen, werden die Kosten nicht übernommen.

Die Übernahme der Kosten für die Durchführung von plastisch-chirurgischen Operationen, welche im Grenzbereich zur Heilbehandlung liegen, obliegen der chefärztlichen Bewilligungspflicht des Versicherungsträgers. Sofern der Versicherungsfall der Krankheit vorliegt (vgl. § 120 Z 1 ASVG), sind die Kosten von den Versicherungsträgern zu übernehmen. Die chefärztliche Bewilligung gilt in erster Linie für inländische Krankenanstalten, da die medizinische Versorgung im Inland in hoher Qualität gesichert ist. Liegt keine Indikation zur Krankenbehandlung vor, wird eine Kostenübernahme weder für das Inland noch für das Ausland erteilt.

Fälle von Komplikationen bzw. Todesfälle aufgrund dieser Operationen, sind nur aus der medialen Berichterstattung bekannt. Versicherte sind nicht verpflichtet, derartige geplante oder durchgeführte Eingriffe bekannt zu geben.

Sollte nach derartigen Operationen eine Krankenbehandlung im sozialversicherungsrechtlichen Sinn erforderlich werden, ist, da in der

Krankenversicherung das Kausalitätsprinzip nicht gilt, der Krankenversicherungsträger zur Kostenübernahme verpflichtet. Folgebehandlungen bzw. -operationen nach kosmetischen Eingriffen, die aus medizinischen Gründen wie z.B. Wundheilungsstörungen erfolgen, sind als Krankenbehandlungen zu bewerten und nicht genehmigungspflichtig.

Durch die den Versicherungsträgern zukommenden Diagnosemeldungen sind keine Rückschlüsse auf Komplikationen bzw. Todesfälle nach Schönheitsoperationen möglich. Im gesamten LGKK-System gibt es keinen definitiven Code „Behandlungsfehler“. Es gibt zwar Diagnoseschlüssel, mit denen Komplikationen gemeldet werden, diese Diagnosen lassen jedoch keinerlei Rückschlüsse auf etwaige vorangegangene Behandlungsfehler bzw. auf deren Auslöser (Schönheitsoperation im Ausland) zu. Diesbezügliche Zahlen liegen daher nicht vor.

Frage 4:

Generell ist auszuführen, dass für die Durchführung zahnmedizinischer Behandlungen im Ausland dieselben Regelungen über die Kostenerstattung zur Anwendung kommen, wie bei der Inanspruchnahme von Wahlzahnbehandlern in Österreich. Zu berücksichtigen ist dabei, dass wesentliche Bereiche des festsitzenden Zahnersatzes nicht in die Leistungspflicht der sozialen Krankenversicherung fallen (nicht zuletzt, weil die gesetzlich vorgeschriebene vertragliche Einigung mit der Interessenvertretung der Zahnärzte zu vertretbaren Kosten nicht zu erreichen war). Wenn daher über „Zahnbehandlung im Ausland“ gesprochen wird, ist das nicht zuletzt auch auf die Situation im Vertragspartnerbereich zurückzuführen. Die Sozialversicherung allein kann dies nicht ändern, es ist die Zustimmung der Zahnärzte hierzu notwendig.

Das ist insbesondere wichtig, wenn — wie in der Einleitung der Anfrage — von „volkswirtschaftlichen Schäden“ die Rede ist.

Der Kostenerstattungsbetrag ist 80 % des jeweiligen in der Honorarordnung der Versicherungsträger vorgesehenen Vertragstarifes. Der Erstattungsbetrag ist je doch mit der Höhe des in Rechnung gestellten Betrages begrenzt.

Patientenselbstbehalte werden im selben Ausmaß angerechnet, wie sie bei Inanspruchnahme eines Zahnbehandlers in Österreich zu leisten sind.

Da der Kostenerstattungsvorgang derselbe ist, werden Kostenerstattungen aufgrund ausländischer Rechnungen nicht von inländischen Kostenerstattungsfällen unterschieden. Eine Angabe von Daten über die im Ausland durchgeführten zahnmedizinischen Behandlungen ist daher nur von einigen Krankenversicherungsträgern möglich.

Von der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse (STGKK) können im Zusammenhang mit zahnmedizinischen Behandlungen (konservierend-chirurgische Zahnbehandlung, abnehmbarer Zahnersatz, Kieferregulierungen sowie notwendige Reparaturen), die im Ausland durchgeführt wurden, für die Jahre 2007 bis 2009 folgende Zahlen angeführt werden.

	2007	2008	2009
Patienten	2.685	2.795	2.428
Leistungsfälle	3.319	3.597	3219
Betrag in €	395.519,04	393.942,58	295.305,92

Von der Kärntner Gebietskrankenkasse (KGKK) wurden im Jahr 2009 für 2.185 Fälle an zahnmedizinischen Behandlungen im Ausland Kosten erstattet. Der Gesamtaufwand betrug € 189.532,29. Eine Auswertung für die Jahre 2005 bis 2008 ist nicht möglich.

Der Tiroler Gebietskrankenkasse (TGKK) sind keine Zahlen bzw. Schätzungen über die im Ausland durchgeführten zahnmedizinischen Behandlungen bekannt. Es ist jedoch bekannt, dass im Ausland im Wesentlichen solche Leistungen in Anspruch genommen werden, für die die Krankenversicherungsträger grundsätzlich nicht leistungszuständig sind (festsitzender Zahnersatz) oder für die keine vertraglichen Regelungen bestehen und daher nur satzungsmäßige Zuschüsse gewährt werden.

Bei der Vorarlberger Gebietskrankenkasse (VGKK) wurde in den Jahren 2005 bis 2009 jeweils die folgende Anzahl an zahnmedizinischen Behandlungen im Ausland registriert:

Jahr	2005	2006	2007	2008	2009
Behandlungsfälle	5.902	5.673	5.632	5.546	5.582

82 % dieser Behandlungen wurden in Deutschland in Anspruch genommen, Auf die Schweiz und Liechtenstein entfallen 14 %. Die restlichen vier Prozent beziehen sich auf Ungarn, ehemaliges Jugoslawien, Türkei usw.

Der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB) liegen lediglich zu Kronen, Brückenpfeilern und Brückengliedern folgende statistische Zahlen vor:

Im Jahr 2005 wurden 7.021 Zuschüsse (gezählt pro Stelle nicht pro Antrag), im Jahr 2006 wurden 6.924 Zuschüsse, im Jahr 2007 wurden 6.702 Zuschüsse, im Jahr 2008 wurden 5.772 Zuschüsse und im Jahr 2009 wurden 5.725 Zuschüsse geleistet.

Bei der Sozialversicherungsanstalt der Bauern (SVB) werden pro Jahr ca.

3.000 Rechnungen für zahnmedizinische Behandlungen im Ausland vorgelegt. Die Zahl der Patienten ist deutlich niedriger, da Versicherte oftmals mehrere Rechnungen einreichen. Eine konkrete Auswertung ist jedoch nicht möglich.

Ca. 60 % der vorgelegten Rechnungen betreffen festsitzenden Zahnersatz. Hierbei ist eine Kostenerstattung nur in speziell anerkannten medizinischen Sonderfällen (sofern das Maß des unentbehrlichen Zahnersatzes [vgl. § 153 Abs. 2 ASVG] nicht überschritten ist) vorgesehen. Meist wird die Kostenerstattung abgelehnt.

Fragen 5 und 6:

Fälle mit Komplikationen nach zahnmedizinischen Behandlungen im Ausland sind nicht bekannt.

Es wird den Krankenversicherungsträgern nicht bekanntgegeben, wer oder wo gegebenenfalls eine Vorbehandlung durchgeführt wurde (auch dafür wäre eine vertragliche Einigung mit der Zahnärztekammer notwendig, solange der Gesetzgeber dies nicht ausdrücklich vorsieht). Es können daher bei der Abrechnung einer inländischen Zahnbehandlung keine Rückschlüsse auf das Vorliegen von Komplikationen auf Grund einer zahnmedizinischen Behandlung im Ausland gezogen werden. Demgemäß können auch allfällige Folgekosten von Komplikationen nicht abgeschätzt werden.

Es ist nicht auszuschließen, dass Zahnärzte - von Notfällen abgesehen — die Behandlung von Patienten, die sich im Ausland einer Zahnbehandlung unterzogen haben, ablehnen. Es ist möglicherweise davon auszugehen, dass bei Komplikationen oder allfällig notwendigen Nachbehandlungen diese dann ebenfalls im Ausland vorgenommen werden. Das kann von der Sozialversicherung nicht gesteuert werden.

Frage 7:

Für die bei Schönheitsoperationen verwendeten Brustimplantate sowie die in der Zahnmedizin verwendeten Materialien und Produkte bestehen aufgrund der für alle EU-Mitgliedsstaaten gültigen europäischen Richtlinien für Medizinprodukte einheitlich hohe Qualitätsstandards.

Die EU hat sich das Ziel gesetzt, in der Frage der Patientensicherheit die nationale Politik zu unterstützen und zu koordinieren. Ferner sollen im Bereich der Gesundheitsfürsorge und der Behandlungen qualitativ hochwertige Produkte, Dienstleistungen und eine dementsprechende Verwaltung gewährleistet werden. Bei der Qualität der medizinischen Produkte, den Normen für die Sicherheit und bei der Leistung der Medizintechnologie sowie bei der Normung der Fortbildung der MitarbeiterInnen im Gesundheitswesen bilden rechtliche Maßnahmen in Verbindung mit der Einrichtung von Agenturen und Arbeitsgruppen (die wissenschaftlich fundierte Stellungnahmen abgeben) das Rückgrat der Aktivitäten der EU Richtlinien. Diese (z.B. Richtlinie zur Sicherheit von Medizinprodukten) sind in den Mitgliedsländern umzusetzen.

Auch die zahlreichen EU-Leitlinien zu medizinischen Themen und verschiedene Zertifizierungs- und Akkreditierungsmodelle (z.B. die EFI-Zertifizierung von Transplantationslaboratorien) dienen als Grundlage für die Etablierung und Implementierung von nationalen Qualitätskriterien. Man denke hier auch an die Umsetzung der EU-Leitlinien bei der Brustkrebsfrüherkennung.

Auf EU-Ebene ist weiters beabsichtigt, sich durch die Schaffung von Netzwerken und Informationssystemen auf den Austausch von Erfahrungen und bewährten Praktiken zwischen den nationalen Behörden und den Beteiligten zu konzentrieren. Auf diese Weise soll eine Kultur des kontinuierlichen Lernens und der ständigen Verbesserung geschaffen werden.

Zur systematischen Unterstützung der politischen Entscheidungsträger und zur Gewährleistung der Koordination von Maßnahmen in den Bereichen klinische Wirksamkeit, Qualität sowie in Bereichen der Gesundheitstechnologien wie Pharmazeutika, Medizinprodukte und chirurgische Operationen wurde das Netz für Technologiefolgenabschätzung im Gesundheitswesen eingerichtet.

Zur Frage der Kontrolle ist zu erwähnen, dass Gesundheitsindikatoren (Health Indicators) definiert wurden, anhand derer die Mitgliedstaaten miteinander verglichen werden können.

