
6283/J XXIV. GP

Eingelangt am 25.08.2010

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

ANFRAGE

der Abgeordneten Dr. Spadiut
Kolleginnen und Kollegen
an den Bundesminister für Gesundheit

betreffend „**Pauschalierter**“ **Leistungs- und Abrechnungsmodelle der Krankenkassen**

Die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA) und die Österreichische Ärztekammer (ÖÄK) haben am 10.6.2010 ein neues Modell vereinbart. Am Weg von der Krankenkassa zur Gesundheitsversicherung setzt die SVA nun ein so genanntes „patientenorientiertes Hausarztmodell“ um. Der Hausarzt wird im neuen Modell zum Gesundheitscoach des Selbständigen. Er legt gemeinsam mit dem Versicherten Gesundheitsziele fest und schlägt Vorsorgemaßnahmen vor. Bei chronisch Kranken übernimmt er die Rolle eines Lotsen im Gesundheitssystem um Kosten zu sparen.

Anders verhält es sich bei der 3-Minuten Medizin der Gebietskrankenkassen. Hier bekommen Ärzte generell weniger Geld für ihre Leistungen als für einen SVA-Patienten und dementsprechend muss ein bestimmter „Durchlauf“ an Patienten pro Zeiteinheit geschafft werden, damit es sich für die Ärzte „rechnet“.

Zusätzlich sind in allen Krankenversicherungssystemen noch entsprechende Pauschalierungen für Behandlungsabrechnungen getroffen. So werden z.B. bei der Wiener Gebietskrankenkasse bei Ärzten für physikalische Medizin pro Patient je Erkrankung bzw. Behandlungsfall zuerst zehn und anschließenden sechs Behandlungen pauschaliert bezahlt. Sind darüber hinaus weitere Behandlung notwendig, werden diese zwar vom Kontrollarzt bewilligt, der behandelnde Arzt erhält aber unter Umständen keine Bezahlung, da zusätzlich ein übergeordnetes Kontingent die insgesamt zur Verfügung stehenden Behandlungen pro Jahr zusätzlich einschränkt.

Bei der jüngst so hochgejubelten Form der Gruppenpraxen wird dieser Faktor noch zusätzlich verschärft. Hier sollen die Ärzte in Gruppenpraxen noch viel intensiver nach „Pauschalmodellen“ anstatt nach Einzelleistungen abrechnen.

Dieses weitere auseinanderdriften der Leistungskataloge der Krankenversicherungen zeigen vor allem eines auf: Der Weg zur Mehr- Klassen Medizin in Österreich wird nicht aufgehoben sondern weiter beschritten, und zwar mit uneinheitlichen Leistungskatalogen, uneinheitlichen Abrechnungsmodellen und immer undurchsichtigeren Beschränkungen.

Aus diesem Grund stellen die unterfertigten Abgeordneten an den Bundesminister für Gesundheit Alois Stöger diplomé folgende

ANFRAGE

1. Welche Leistungen werden derzeit – gelistet nach Krankenkasse – generell pauschaliert abgerechnet?
2. Welche Leistungen sind derzeit – gelistet nach Krankenkasse – mit einer Leistungsobergrenze für den Patienten versehen?
3. Welche Leistungen sind derzeit – gelistet nach Krankenkasse – mit einer Abgeltungsobergrenze für den behandelnden Arzt versehen?
4. Welche Leistungen sollen im Rahmen der Gruppenpraxen – gelistet nach Krankenkasse – neu hinzukommend pauschaliert abgerechnet werden, und welche Leistungsobergrenzen sind hier für Patientinnen und Patienten vorgesehen?
5. Erhält der Patient/ die Patientin Ihrer Meinung nach – gelistet nach Krankenkasse – immer die erforderliche Behandlung bis zur vollständigen Heilung, wenn ja wie ist das sichergestellt wenn das Kontingent des Arztes bereits erschöpft ist, wenn nein, was wollen Sie hier ändern?