



An den
Österreichischer Hausärzteverband
Penzingerstraße 36-38
1140 Wien

Organisationseinheit: BMG - I/B/10
(Rechtsangelegenheiten KV, UV)
Sachbearbeiter/in: Mag. Verena Blaschke
E-Mail: verena.blaschke@bmg.gv.at
Telefon: +43 (1) 71100-4593
Fax: +43 (1) 711004575
Geschäftszahl: BMG-904479/0001-I/B/10/2009
Datum: 02.09.2009
Ihr Zeichen:

jens@via.at

Sehr geehrte Damen und Herren!

Mit Beziehung auf Ihr an Herrn Bundesminister Alois Stöger diplômé gerichtetes Schreiben vom 22.06.2009, betreffend Therapiekürzungen bzw. Therapieverweigerungen durch die Krankenkassen, hält das Bundesministerium für Gesundheit Folgendes fest:

Die von den Krankenversicherungsträgern finanzierte Krankenbehandlung umfasst unter anderem auch ärztliche Hilfe. Nach § 133 Abs. 2 ASVG muss die Krankenbehandlung ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Durch die Krankenbehandlung sollen die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit und die Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, nach Möglichkeit wiederhergestellt, gefestigt oder gebessert werden. Die Leistungen der Krankenbehandlung werden, soweit im ASVG nichts anderes bestimmt wird, als Sachleistungen erbracht.

Zum Begriff der Notwendigkeit einer Krankenbehandlung hat der Oberste Gerichtshof (OGH) in seinem Urteil vom 19.08.1997, 10 Ob S 252/97, Folgendes festgehalten: „Das Maß des Notwendigen (als grundsätzliches Ziel einer Krankenbehandlung) bestimmt sich zwar aus dem Zweck der Leistung; notwendig ist jedoch nur jene Maßnahme, die zur Erreichung des Zweckes unentbehrlich oder unvermeidbar ist. Es sollen mit dieser Einschränkung nicht unbedingt notwendige und kostenintensive Maßnahmen vermieden und damit die finanzielle Belastung in Grenzen gehalten und damit auch dem Gebot der Wirtschaftlichkeit der Krankenbehandlung zum Durchbruch verholfen werden.“

In einem weiteren Urteil vom 18.02.2003, 10 Ob S 258/02, führte der OGH aus, dass eine notwendige Krankenbehandlung nicht die endgültige und vollständige Heilung des Patienten/der Patientin zum Ziel haben muss; es genüge, wenn sie die Besserung des Leidens oder die Verhütung einer Verschlimmerung bezwecke. Die

Krankenversicherungsträger hätten für Dauerleiden nur so lange einzustehen, als deren Entwicklung noch nicht abgeschlossen sei; fehle nach abgeschlossener Entwicklung die Möglichkeit ärztlicher Einflussnahme im Sinne einer Heilung, Besserung oder Verhütung von Verschlimmerungen, sei die Regelwidrigkeit den Gebrechen zuzuordnen.

Zur Zweckmäßigkeit einer Krankenbehandlung hielt der OGH in seiner Entscheidung vom 29.04.2003, 10 Ob S 409/02, fest, dass diese nicht allein nach ökonomischen Gesichtspunkten beurteilt werden darf, sondern es muss auch das Ausmaß der Betroffenheit des Patienten/der Patientin im Einzelfall berücksichtigt werden.

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger hat gemäß § 31 Abs. 5 Z 10 ASVG Richtlinien über die Berücksichtigung ökonomischer Grundsätze bei der Krankenbehandlung unter Bedachtnahme auf § 133 Abs. 2 ASVG aufzustellen.

Das Bundesministerium für Gesundheit stimmt folglich Ihrer Auffassung zu, dass eine Ablehnung von Therapien durch die Krankenkassen nicht allein damit begründet werden kann, dass keine wesentliche Besserung oder Heilung durch die Therapie zu erwarten sei, da dies der oben zitierten Judikatur des Obersten Gerichtshofes widerspricht.

Nach den uns vorliegenden Informationen sind sowohl der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger als auch die Krankenversicherungsträger der Meinung, dass in Bezug auf Therapien eine ausreichende Versorgung gegeben ist und bei geriatrischen, behinderten oder pädiatrischen Patient/inn/en keine strengeren Maßstäbe als bei anderen Patient/inn/en angelegt werden.

In diesem Zusammenhang ist zu betonen, dass die Kernaufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung darin liegt, den Versicherten im Krankheitsfall eine ausreichende und zweckmäßige Behandlung zukommen zu lassen, worauf der/die Versicherte für sich und seine/ihre mitversicherten Angehörigen auch einen Rechtsanspruch hat.

Das Bundesministerium für Gesundheit möchte darauf hinweisen, dass die Versicherungsträger in Leistungssachen auf der Grundlage des Gesetzes und der von ihnen getroffenen Tatsachenfeststellungen prinzipiell frei und in Eigenverantwortung zu entscheiden haben. Ist ein/e Antragsteller/in mit dem von einem Versicherungsträger in einer Leistungssache bezogenen Rechtsstandpunkt nicht einverstanden, so kann er/sie vom Versicherungsträger die Erlassung eines Bescheides über den Leistungsanspruch verlangen. Gegen einen solchen Bescheid kann sodann erforderlichenfalls eine Klage beim zuständigen Arbeits- und Sozialgericht eingebracht werden. Dieses Verfahren ist kostenlos.

Dem Bundesministerium für Gesundheit kommt eine bestimmende Einflussnahme auf Entscheidungen der Krankenversicherungsträger in Leistungssachen nicht zu.

Abschließend ist einzuräumen, dass in der täglichen Praxis der Krankenversicherungsträger in Einzelfällen Fehlentscheidungen passieren mögen; von einer systematischen Fehlinterpretation der Rechtslage durch diese ist aber nicht auszugehen.

Das Bundesministerium für Gesundheit wird daher im Rahmen seiner gesetzlich eingeräumten Möglichkeiten gerne konkreten Fällen, die an den Herrn Bundesminister bzw. sein Ressort herangetragen werden, nachgehen.

Das Bundesministerium für Gesundheit hofft, mit diesen Ausführungen dienlich gewesen zu sein.

Mit freundlichen Grüßen
Für den Bundesminister:
Dr. Günter Porsch

Elektronisch gefertigt