

DVR: 0057746

GESETZGEBUNG
Z. 74 - GE 9 II

Sept

Verteilt

-2-

Ob es sich dabei nur um einen symbolischen Akt handelt, oder tatsächlich Einsparungen bringt, sei dahingestellt, da nicht feststellbar ist, ob die bisherige Obergrenze ausgeschöpft wurde. Gleichzeitig ist aber zu hinterfragen, ob derartige Zuwendungen noch zeitgemäß sind.

Zu § 81 ASVG:

Die in § 81 ASVG vorgeschlagene ausdrückliche Ausweitung der Verwendung von Mitteln der Sozialversicherung auf uneingeschränkt "sonstige Formen der Öffentlichkeitsarbeit" wird von der Österreichischen Ärztekammer abgelehnt, da damit ein klarer "Wettbewerbsvorteil" der Kassen gegenüber Krankenanstalten und insbesondere den Ärzten, die einem strikten Werbeverbot unterliegen, geschaffen werden könnte.

Zu § 94 ASVG:

Eine Lockerung der Ruhensbestimmungen wäre seitens der Österreichischen Ärztekammer grundsätzlich zu begrüßen.

Zur vorgeschlagenen Neufassung des § 94 müssen wir jedoch festhalten, daß nach geltendem Recht es derzeit maximal zu einem Ruhen von 40 % des Pensionsanspruches kommen kann.

Nach dem Text des Novellierungsentwurfes wäre das maximale Ruhen mit der Hälfte der Pension begrenzt.

In diesem Punkt kann daher nach Ansicht der Österreichischen Ärztekammer keineswegs von einer Lockerung, sondern nur von einer weiteren Verschärfung, gesprochen werden.

Für weite Bereiche ist damit zu rechnen, daß die neuen Ruhensbestimmungen eine weitere Verschlechterung um 10 % des Pensionsbetrages darstellen werden.

Die Österreichische Ärztekammer fordert daher im Bereich der Ruhensbestimmung dringend, daß der maximal ruhende Betrag weiterhin mit 40 % des Pensionsanspruches bestehen bleiben muß. Wenn dies nicht erreichbar ist, wird der vorliegende Entwurf seitens der österreichischen Ärzteschaft abgelehnt.

Zu § 131 Abs. 1 ASVG:

Liest man die Erläuterungen, so fallen in deren "Allgemeinem Teil" insbesondere nachstehende Erklärungsinhalte auf:

"Im Vordergrund des vorliegenden Novellenentwurfes stehen Maßnahmen, die der weiteren Erfüllung des Regierungsprogrammes im Bereich der Sozialversicherung dienen ...

In der Regierungserklärung werden weiters Maßnahmen angekündigt, die die Zeitgemäßheit der Vorschriften der Sozialversicherung gewährleisten sollen ...

Eine Reihe weiterer Maßnahmen des Entwurfes geht auf Entscheidungen der Höchstgerichte zurück oder stehen mit diesen im Zusammenhang ...

Im Bundesministerium für Arbeit und Soziales sind eine Vielzahl von Änderungen und Ergänzungen des Sozialversicherungsrechts der Unselbständigen vorgemerkt, die im Rahmen des vorliegenden Entwurfes - der vor allem sozialpolitisch vordringliche und budgetwirksame Anliegen verwirklicht - noch keine Berücksichtigung finden ..."

Prüft man nun die einzelnen Bestimmungen, so fällt sogleich § 131 Abs. 1 auf, der obige Erläuterungen ad absurdum führt. Der hier gemachte Versuch einer Gesetzesänderung entspricht weder dem Regierungsprogramm, noch der Regierungserklärung für Maßnahmen der Zeitgemäßheit der Vorschriften, noch Entscheidungen der Höchstgerichte, noch werden hier sozialpolitisch vordringliche und budgetwirksame Anliegen verwirklicht. Es ist vielmehr der vom Hauptverband ausgehende Versuch, die freie Arztwahl für ASVG-Versicherte mittelbar durch eine einschneidende finanzielle Benachteiligung der pflichtkrankenversicherten Patienten abzuschaffen.

Dies ist in einer Zeit der Ärzteschwemme, wo zahlreichen insbesondere praktischen Ärzten für ihre Existenzrettung mangels verfügbarer Kassenstellen nur noch der Weg in die Wahlarztpraxis offen bleibt, ein wettbewerbswidriges und unfaires Unterfangen. Aber auch der Versuch, den pflichtversicherten (und damit jeder alternativen Möglichkeit im Hinblick auf einen Versicherungswechsel) Patienten durch "finanzielle Bestrafung" vom Arzt seines Vertrauens abzuhalten, ist eine unzulässige Bevormundung desselben und deshalb strikte abzulehnen.

Will man den staatlichen Gesundheitsdienst trotz aller Negativbeispiele, die mit diesem verbunden sind, einführen, dann soll man den Mut haben, dies offen zu sagen. Der Umweg, das über eine finanzielle Schlechterstellung des "Wahlarztpatienten" zu erreichen, ist rechtlich bedenklich.

Die Bestätigung des Obgesagten ist anhand der fadenscheinigen Erläuterungen zu Artikel II Z. 2 (§ 131 Abs. 1) und Artikel VI Abs. 3 nachzuweisen, was in der Folge anhand des Beispiels Vorarlberg erfolgen soll:

1. Zunächst ist es unrichtig, daß die Inanspruchnahme der wahlärztlichen Hilfe überproportional zunimmt. Die hiezu vom Hauptverband ausgewiesenen Zahlen sind nicht relevant. So wurden in Vorarlberg im Jahre 1986 S 6,391.695,--, im Jahr 1987 S 7,494.733,-- (Anstieg des Rückersatzes erfolgte durch die Niederlassung zweier für die Versorgung dringend notwendiger Gynäkologen als Wahlärzte) und im Jahr 1988 S 7,596.323,-- an Wahlarztkosten rückersetzt. Die vom Hauptverband darüber hinausgehenden Zahlen sind auf Ausgaben der Gebietskrankenkasse zurückzuführen, die zum Teil auf freiwilliger (!) Basis beruhen (z.B. dreifacher Wahlarzt-Rückersatz bei notwendigen Arztbesuchen in der Schweiz und der BRD !). Solange aber die Kasse in der Lage ist, freiwillig höheren Wahlarztrückersatz zu geben, kann nicht von der Notwendigkeit gesetzlicher "Sparsvorschriften" gesprochen werden.

2. Der Anteil der Wahlarztkosten muß in Relation zum Gesamtaufwand der Position "ärztliche Hilfe" gesehen werden, der laut Geschäftsbericht der Vorarlberger Gebietskrankenkasse für das Jahr 1988 S 573,551.939,70 betrug. Stellt man dem gegenüber den vom Hauptverband für das Jahr 1988 ausgewiesenen Wahlarzt-Kostenaufwand von S 9,840.000,--, so sind das 1,7 %, nimmt man die in Punkt 1. aufgezeigte "bereinigte" Wahlarzt-Kostensumme von S 7,596.323,-- so sind dies sogar nur noch 1,3 % (!) der von der Vorarlberger Gebietskrankenkasse für das Jahr 1988 angefallenen Kosten für die ärztliche Hilfe. Allein schon dieser Vergleich führt die Argumentation des Hauptverbandes ad absurdum. Zudem glauben wir anhand der vorliegenden Zahlen, daß ein Vergleich mit den anderen Bundesländern in etwa zum gleichen Ergebnis käme.

Stellt man den Wahlarzt-Kostenaufwand (immer Basis Jahr 1988) der Summe der Versicherungsleistungen von ca. S 1,95 Milliarden (bei der Vorarlberger Gebietskrankenkasse) gegenüber 0,5 % (Basis Hauptverbandsangabe) und 0,39 % (bereinigte Wahlarztkosten). Nur als Vergleichsgröße soll hiezu erwähnt werden, daß der Kontroll- und Verrechnungsaufwand der Vorarlberger Gebietskrankenkasse die Summe der Wahlarztkosten erreicht und etwa die Ausgabenposition "sonstige und außerordentliche Aufwendungen" diese erheblich überschreiten.

Der Versuch des Hauptverbandes, den Wahlarzt-Kostenrücker-satz aufgrund der derzeitigen Gesetzeslage mit dem Argument der Notwendigkeit der "Verlangsamung der Ausgabensteigerung" zu begründen, muß aufgrund des Vorgesagten als untauglich bezeichnet werden. Sollten Zweifel bestehen, daß die Situation in Vorarlberg nicht auf die anderen Bundesländer umgelegt werden kann, sind die hier vorgenommenen Gegenüberstellungen bundesweit durchzuführen.

Dem Hauptverband müßte eigentlich die Formulierung des derzeit gültigen § 131 ASVG mehr als reichen, da die Kosten für

Wahlarzt-Rückersatz maximal bis zur Höhe der Vertragskosten anfallen können. Er bestätigt ja selbst, daß die meisten Wahlärzte sowohl hinsichtlich der Grundvergütung als auch der Sonderleistungen das Honorar in der Höhe der Kassentarife berechnen. Wo liegt also der Einsparungseffekt, wenn für die Inanspruchnahme des Arztes (Wahl- oder Vertragsarztes) durch den Patienten in jedem Fall höchstens gleichviel zu bezahlen ist ? Wo ist hier die Logik ?

Es geht dem Hauptverband offenbar ausschließlich darum, daß durch die Reglementierung in Form der Arztstellenpläne eine "Angebotsverknappung" aus rein finanziellen Erwägungen zu Lasten einer guten medizinischen Versorgung der pflichtversicherten Patienten erfolgen soll.

Der Versuch des Hauptverbandes, den Wahlarztkostenrückersatz mit dem durchschnittlichen Fallwert der jeweiligen "Arztkategorie" des Wahlarztes festzulegen ist untauglich.

- Er widerspricht einem Grundgedanken des ASVG, nämlich § 342 Abs. 2 1. Satz ("Die Vergütung der vertragsärztlichen Tätigkeit ist grundsätzlich nach Einzelleistungen zu vereinbaren.").
- Er widerspricht jeder Gleichbehandlungspflicht der Patienten. Bei mehrfacher Inanspruchnahme des Wahlarztes erhält der Patient gleich viel Rückersatz wie z.B. bei nur einer Inanspruchnahme des Wahlarztes.
- Er widerspricht der Honorarordnung, die das Einzelleistungsprinzip vorsieht bzw. vorzusehen hat.

§ 135 ASVG sieht vor, daß die ärztliche Hilfe durch Vertragsärzte und auch durch Wahlärzte zu gewähren ist.

§ 131 Abs. 1 sieht im vorgeschlagenen Entwurf eine Limitierung der Kostenerstattung für wahlärztliche Hilfe mit dem "durchschnittlichen Fallwert" der jeweiligen Arztkategorie vor.

U.a. wird diese Neuregelung des § 131 ASVG mit Gebärungsproblemen, also den Kosten für die wahlärztliche Hilfe, begründet.

Diese rein ökonomische Argumentation wird seitens der Österreichischen Ärztekammer schärfstens abgelehnt.

Um die Tragweite dieser für den Patienten unzumutbaren Einschränkung des Wahlarztsystems zu erkennen, muß der gedankliche Hintergrund der seinerzeitigen Festlegung der wahlärztlichen Hilfe im ASVG in Erinnerung gerufen werden:

Der Sinn dieses Systems war es nämlich, einen Kompromiß zwischen der Forderung nach freier Kassenzulassung und der absoluten Begrenzung der Kassenplanstellen, zu finden.

Diese politische Linie war nicht Selbstzweck der Ärzteschaft, sondern hat vor allem dem Patienten insoferne gedient, als mit dem Wahlarztsystem eine optimale Ausformung des Rechts auf freie Arztwahl geschaffen wurde.

Durch die Begrenzung mit einem Durchschnittswert für den Kostenersatz werden nun vor allem jene Patienten getroffen, die intensiver und aufwendiger ärztlicher Behandlung bedürfen; die also überdurchschnittlich schwer erkrankt sind. Hierbei handelt es sich vielfach um Patienten, die Spezialisten und ärztliche Behandlung außerhalb der Kassenärzteschaft, außerhalb der bestehenden Sonderleistungskataloge, benötigen.

Für jene intensiv zu betreuenden Patienten käme es somit zu einer starken Reduzierung des Rückersatzbetrages.

Weiters muß aus der Sicht des Patienten gegen die in Aussicht genommene Regelung eingewendet werden, daß es für den Patienten überhaupt nicht mehr überprüfbar ist, ob der erhaltene Kostenersatz den Vorschriften entsprechend errechnet wurde.

Aufgrund der Unübersichtlichkeit der sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen und der darauf aufbauenden Satzungen der Sozialversicherungsträger sind die Errechnungsmodalitäten des durchschnittlichen Fallwertes nahezu nicht nachvollziehbar.

Überdies scheint nach unserer Auffassung im vorliegenden Textentwurf nicht geklärt, ob unter dem durchschnittlichen Fallwert ein bundeseinheitlicher, oder ein länderweise berechneter, Durchschnittswert zu verstehen ist.

Weiters muß seitens der Ärzteschaft festgehalten werden, daß diese Bemühungen des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger ambulante Leistungen weiter zu beschränken, im klaren Gegensatz zu der in der Koalitionsvereinbarung der Regierungsparteien festgelegten Förderung der niedergelassenen Ärzte steht.

Zur weiteren Argumentation des Hauptverbandes, daß eine weitgehende Annäherung der Wahlärzte an das Kassenplanstellensystem eingetreten sei, dürfen wir feststellen, daß diese Ausführungen schon deshalb nicht stichhaltig sind, weil noch immer massive u.a. bürokratische und administrative Barrieren für den Wahlarzt bestehen; so z.B. bei der Medikamentenverschreibung, der Spitalseinweisung und jeder Art von Bindung des Honorarrückersatzes an die vorherige Bewilligung durch die Krankenversicherungsträger.

Die Österreichische Ärztekammer lehnt daher die geplante Neugestaltung des § 131 ASVG entschieden ab, da durch diese Maßnahme massive und unzumutbare Belastungen für die Patienten und eine Beeinträchtigung ihrer Wahlmöglichkeiten bei der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe eintreten würden.

Statt dieser beabsichtigten weiteren Einengung des Krankenversicherungssystems sollte vielmehr der weltweit bestehenden Tendenz zur Liberalisierung auch in diesem Bereich gefolgt werden.

Es geht nicht an, daß in Österreich zwar im Bereich der Wirtschafts-, Industrie- und Finanzpolitik den weltweiten Liberalisierungstendenzen gefolgt wird ("Deregulierung"), im Bereich der Sozialpolitik und des Sozialversicherungswesens gegenteilige Schritte gesetzt werden.

Die Wirtschafts- und Sozialpolitik eines Staates müsse einer synchronen und nicht einer gegensätzlichen Politik unterliegen.

Es sollte daher nicht nur von dieser beabsichtigten Maßnahme unbedingt Abstand genommen werden, weil sie sich ohnedies in kürzester Zeit als realitätswidrig und gegen den politischen Trend liegend, herausstellen wird, es sollten vielmehr gesetzliche Bestimmungen erwogen und beschlossen werden, die das strenge Korsett der österreichischen Sozial- und Krankenversicherung im Sinne von erweiterten Möglichkeiten für Versicherte und Ärzteschaft sprengen; so z.B. das ausdrückliche Eröffnen solcher außervertraglicher Leistungen die von den Honorarordnungen der Krankenversicherungsträger nicht erfaßt werden.

Zu der vorgeschlagenen Novellierung des § 59 B-KUVG ist neben den bereits zu § 131 ASVG angeführten Argumenten vorzubringen, daß für den Bereich der Sondersicherungsanstalten die Argumentation des Hauptverbandes weiters deswegen nicht ziehen kann, da in diesem Bereich keine Limit- und Globalsummenregelungen zum Tragen kommen. Hier wird also ganz klar die Zielsetzung der Begrenzung des Kostenersatzes zum Ausdruck gebracht.

Zu § 345 a ASVG:

In § 345 a Abs. 1 wird für die Besetzung der Landesschiedskommission als Vorsitzender ein Richter des Ruhestandes vorgesehen. Grundsätzlich ist die Österreichische Ärztekammer mit der Formulierung der Gesetzesstelle einverstanden. Wir erlauben uns jedoch auf den formalen Aspekt hinzuweisen, daß für den Fall der Besetzung der Landesschiedskommission mit einem Richter des Dienststandes eine Gesetzwidrigkeit gegeben wäre.

Aus unserer Sicht erscheint es daher zweckmäßiger, die Möglichkeit sowohl für eine Besetzung mit einem Richter des Dienststandes, als auch des Ruhestandes, zu schaffen.

Dies umso mehr, da eine derartige Formulierung ja nicht daran hindert, bis auf weiteres Richter des Ruhestandes als Vorsitzende der Landesschiedskommissionen vorzusehen.

Zu Artikel IV Z. 10 a:

Die Österreichische Ärztekammer lehnt die Einfügung dieser Ziffer 10 a ab. Dieser Vorschlag widerspricht geradezu der Regierungserklärung, daß mehr Leistungen in der freien Praxis zu machen sind und Krankenhausleistungen so gut wie möglich eingeschränkt werden sollen. Die Begründung zu diesem Vorschlag zeigt aber auch eindeutig auf, daß die medizinisch-technische Ausstattung der Rehabilitationszentren der Pensionsversicherungsträger trotz deren angespannter finanzieller Situation überdimensioniert wurde und jetzt mangels Auslastung diese Zentren in öffentliche Ambulatorien umgewandelt werden sollen.

Zu § 447 b Abs. 7:

Mit diesen Zuschüssen die nunmehr erhöht werden, werden vor allem strukturelle Unterschiede bei den Krankenversicherungsträgern ausgeglichen. Es ist daher zu erwarten, daß die Erhöhung der betreffenden Mittel zu Lasten jener Krankenversicherungsträger geht, deren finanzielle Gebarung günstiger verläuft.

In Anbetracht der Bescheide der Datenschutzkommission, GZ. 120.114/29-DSK/88 und GZ. 120.114/35-DSK/89, betreffend die Einbehalte der Kammerumlagen und Kammerbeiträge von den Kassenhonoraren und die Mitwirkung der Ärztekammern bei der Honorarabrechnung (Abrechnungsstelle der Bundesfachgruppe für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Österreichischen Ärztekammer) erlauben wir uns folgende datenschutzrechtliche Ergänzung - die u.a. bereits mit dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger besprochen wurde - im ASVG zu beantragen:

Dem § 460 c ASVG sollen folgende Absätze angefügt werden:

"(2) Die Ärztekammern sind zur Ermittlung und Verarbeitung von persönlichen berufsbezogenen Daten der Ärzte ermächtigt. Weiters sind die Ärztekammern zur Ermittlung und Verarbeitung von Krankenscheindaten (§ 135 Abs. 3 ASVG) ermächtigt, soweit dies zum Zwecke der Durchführung der Honorarabrechnung notwendig ist.

(3) Die Ärztekammern sind berechtigt, Daten im Sinne des Abs. 2 im folgenden Umfang zu übermitteln:

1. An die Sozialversicherungsträger und Krankenfürsorgeanstalten für die Durchführung der Einbehalte der Kammerbeiträge und -umlagen vom Kassenhonorar gemäß § 41 notwendigen Daten; ebenso die im Zuge der Honorarabrechnungen ermittelten und verarbeiteten Daten.
2. An die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft die in der Ärzteliste aufscheinenden Daten der Ärzte einschließlich der Änderungen zur Durchführung der aufgrund der Sozialrechtsvorschriften vorgesehenen Maßnahmen.
3. An die Träger der Sozialhilfe die im Zuge der Honorarabrechnungen ermittelten und verarbeiteten Daten.

(4) Die Empfänger von Daten gemäß Abs. 3 Z. 1 sind verpflichtet, diese Daten im Zusammenhang mit Verarbeitungen im Sinne des § 460 c ASVG, § 231 a GSVG, § 219 a BSVG und § 159 a B-KUVG für Zwecke der Honorarabrechnung sowie der Ermittlung von Kammerumlagen und Kammerbeiträgen zu verarbeiten. Ebenso sind sie verpflichtet, die Honorardaten der Ärzte zur Berechnung der Honorarzuschläge zu ermitteln und zu verarbeiten. Sie sind weiters verpflichtet, diese Daten und die Ergebnisse der Verarbeitung (insbesondere Honorarlisten, Frequenzstatistiken, die jeweilige Honorarsumme des Vertragsarztes, den auf ihn entfallenden Anteil hinsichtlich Fondsbeitrag und Kammerumlage, etwaige Honorarzuschläge) den Ärztekammern zu übermitteln."

Wien, am 25. 10. 1989

Dr.D/Ma.-