

# ÖSTERREICHISCHE ÄRZTEKAMMER

Körperschaft öffentlichen Rechts

Mitglied der World Medical Association

An das  
Bundesministerium für  
soziale Sicherheit und Generationen  
Stubenring 1  
A-1010 Wien

WIEN, I.,  
Weihburggasse 10 - 12  
Postfach 213  
1011 WIEN

UNSER ZEICHEN:  
Mag.Z./ep

IHR SCHREIBEN VOM:  
26.4.2002

IHR ZEICHEN:  
GZ 21.119/25-1/02 u.a.

DATUM  
21.5.2002

Betrifft: Entwurf einer 60. Nov. zum ASVG, einer 27. Nov. zum GSVG, einer 30. Nov. zum B-KUVG, einer 26. Nov. zum BSVG, einer 11. Nov. zum NVG und eines Bundesgesetzes mit das BSVG geändert wird

Sehr geehrte Damen und Herren!

Die Österreichische Ärztekammer bedankt sich für die Möglichkeit der Stellungnahme zu o.g. Entwürfen und führt dazu aus:

?? Zu § 123 Abs 4 Z 1:

*„die Angehörigeneigenschaft von Kindern, die eine im § 3 des Studienförderungsgesetzes 1992 genannte Einrichtung besuchen, verlängert sich nur dann, wenn für sie*

- a) entweder Familienbeihilfe nach dem Familienlastenausgleichsgesetz 1967 bezogen wird oder*
- b) zwar keine Familienbeihilfe bezogen wird, sie jedoch ein ordentliches Studium ernsthaft und zielstrebig im Sinne des § 2 Abs. 1 lit. b des Familienlastenausgleichsgesetzes 1967 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 311/1992 betreiben;“*

Die hier vorgeschlagene Verknüpfung der Angehörigeneigenschaft von Studierenden an den Bezug der Familienbeihilfe mit dem Argument, Verwaltungsaufwand bei den Krankenversicherungsträgern vermeiden zu können, ist aus grundsätzlichen Erwägungen abzulehnen. Eine derartige Regelung bringt die Gefahr mit sich, dass insbesondere Studierende, welche kurzfristig den Bezug der Familienbeihilfe verlieren, mangels eigener Versicherung für diese Zeiträume nicht versichert sind. Andernfalls ist auch die An- und Abmeldung von Studierenden im Falle des Verlustes der Angehörigeneigenschaft im Sinne der vorgesehenen Gesetzesregelung mit nicht unerheblichem Verwaltungsaufwand verbunden. Eine entsprechende Abwägung spricht für die Beibehaltung der bisherigen Regelung.

?? Zu § 345 Abs 1:

*„Für jedes Land ist auf Dauer eine Landesberufungskommission zu errichten. Diese besteht aus einem Richter als Vorsitzendem und vier Beisitzern. Der Vorsitzende ist vom Bundesminister für Justiz zu bestellen; der Vorsitzende muss ein Richter sein, der im Zeitpunkt seiner Bestellung bei einem Gerichtshof in Arbeits- und Sozialrechtssachen tätig ist. Je zwei Beisitzer sind vom Bundesminister für Justiz auf Vorschlag der Österreichischen Ärztekammer und des Hauptverbandes zu bestellen. Versicherungsvertreter(innen) und Arbeitnehmer(innen) jenes Versicherungsträgers sowie Angehörige und Arbeitnehmer(innen) jener Ärztekammer, die Vertragsparteien des Gesamtvertrages sind, auf dem der streitgegenständliche Einzelvertrag beruht, dürfen im jeweiligen Verfahren nicht Beisitzer sein.“*

Zur vorgeschlagenen Besetzung der Landesberufungskommission wird angeregt, aus Befangenheitsgründen nicht nur die Vertreter des betroffenen Sozialversicherungsträgers sondern auch Vertreter des Hauptverbandes als Beisitzer auszuschließen, da alle Gesamtverträge durch den Hauptverband abgeschlossen werden. Ansonsten bestünde die Gefahr, dass eine Besetzung wieder wegen Mangelhaftigkeit und Verletzung der MRK angefochten wird.

?? Zu § 350 Abs 1 Z 2:

*„Verordnung durch einen Vertragsarzt (eine Vertrags-Gruppenpraxis) oder durch einen Arzt, der bei einer Vertragskrankenanstalt beschäftigt und hiezu ermächtigt ist, und“*

Mit der vorgeschlagenen Änderung soll laut den Erläuternden Bemerkungen eine eindeutige gesetzliche Grundlage dafür geschaffen werden, dass Patienten bei der Entlassung aus dem Spital, bzw. bei ambulanter Nachbetreuung, die für die Fortsetzung der Therapie erforderlichen Medikamente *ohne weitere Inanspruchnahme von niedergelassenen Ärzten* oder Einrichtungen der Krankenkassen auf Rechnung der Krankenversicherungsträger bekommen können.

Wir melden aus mehreren Gründen größte Bedenken gegen diesen Vorschlag an:

- a) Der derzeitige Text lässt offen, ob eine Verschreibung durch einen Krankenhausarzt auch ohne vorangegangenen Krankenhausaufenthalt möglich sein soll. Soll der Patient für Dauerrezepturen etc. die Krankenhausambulanz aufsuchen können?
- b) Weiters ist ungeklärt, was eine „Vertragskrankenanstalt“ ist und vor allem, wer die fragliche Ermächtigung erteilen soll (der Krankenhausträger, die Krankenversicherungsträger, der Hauptverband?).
- c) Die geplante Bestimmung steht in krassem Widerspruch zu der (auch in der Regierungserklärung bekundeten) Absicht, den niedergelassenen Bereich zu stärken. Ganz im Gegenteil dazu wird der niedergelassene Arzt durch sie in wesentlichen Bereichen ausgeschaltet.
- d) Die Bestimmung würde zu enormen Kostensteigerungen im sensiblen Bereich der Medikamentenaufwendungen führen. Während es nunmehr endlich gelungen ist, mit fast allen Krankenversicherungsträgern entsprechende Sparprogramme („Arzneidialoge“) zu vereinbaren, soll dieser Weg nun über die Verschreibung in Krankenhausambulanzen wieder untergraben werden. Dies liegt mit Sicherheit nicht im Interesse einer Sanierung der sozialen Krankenversicherung.

- e) Bei einer Medikamentenverschreibung durch die jeweilige Spitalsabteilung - auch im Rahmen ambulanter Tätigkeiten - wird die erforderliche Betreuungskontinuität leiden. Vor allem kann es zu Komplikationen bei jenen Patienten kommen, die Dauermedikationen benötigen und nach Spitalsaufenthalten neu darauf abgestimmt werden müssen.
- f) Die geplante Vorgangsweise würde zu einer unübersichtlichen "Gesamtmedikation" führen. Patienten kennen in der Regel nicht einmal die Namen der Medikamente, die sie regelmäßig einnehmen müssen. Sie können den Arzt im Krankenhaus gar nicht richtig informieren. Dies birgt die Gefahr von Wechselwirkungen in sich. Die Gesamtübersicht über die Medikation geht dem Hausarzt verloren. Es ist daher unbedingte Sorge zu tragen, dass der Patient nach der Krankenhaus-Entlassung möglichst rasch zum behandelnden Arzt (Hausarzt) kommt.
- g) Schon derzeit besteht eine durchaus funktionierende Medikamentenversorgung nach Spitalsentlassungen, auch am Wochenende. Für die geplante Regelung besteht keinerlei praktischer Bedarf. In Wien etwa gibt es schon seit einigen Jahren die sogenannten "rosa" Rezepte, mit welchen von den Spitalsärzten bei Entlassung von Patienten oder am Wochenende bzw. im Nachtdienst dem Patienten die kleinstmögliche Packung auf Kassenrezepten verordnet werden kann. In anderen Bundesländern finden sich vergleichbare Usancen.
- h) Für die Spitalsärzte würde diese Regelung zusätzliche administrative Belastungen darstellen, da sie sich mit den einschlägigen Kassenvorschriften auseinandersetzen müssten, was letztlich mehr Administration im Krankenhaus bedeutet.
- i) Die Formulierung des § 350 Abs 1 Z 2 müsste allenfalls sicherstellen, dass die Verordnungsermächtigung ausschließlich bei Entlassungen aus einer stationären Behandlung zum Tragen kommt und dann auf die Zeit vor und an Wochenenden sowie auf die kleinste verschreibbare Menge beschränkt bleiben.

Im Folgenden ist auf wichtige - im Entwurf nicht vorgesehene - Anliegen zu verweisen, die anlässlich dieser ASVG-Novelle ebenso dringend umgesetzt werden sollten:

- Rechtsweg für Bewerber um eine Kassenplanstelle:

Derzeit können (zu Unrecht) übergangene Bewerber um eine Kassenplanstelle nur den Zivilrechtsweg beschreiten. In Hinblick auf die zu erwartende Verordnung des BMSG gem. § 343 Abs 1 ASVG und die damit verbundene Neuregelung des Vergabeverfahrens für Kassenplanstellen erscheint die Eröffnung eines Rechtsweges für den übergangenen Bewerber im Rahmen des ASVG geboten. Zuständiges Entscheidungsorgan sollte als erste und einzige Instanz die Bundesschiedskommission sein. Dieser Behörde sollte gleichzeitig eine möglichst kurze Frist zur Entscheidung gesetzt werden. Damit wäre Gewähr für eine möglichst rasche, von einem unabhängigen Organ getroffene Entscheidung geboten.

- Erweiterte Vertretungsmöglichkeiten für Vertragsärzte (§ 341):

In diesem Zusammenhang schlagen wir folgende Erweiterung des § 341 Abs 3 ASVG vor:

„(3) Der Inhalt des Gesamtvertrages ist auch Inhalt des zwischen dem Träger der Krankenversicherung und dem Arzt abzuschließenden Einzelvertrages. Vereinbarungen zwischen dem Träger der Krankenversicherung und dem Arzt im Einzelvertrag sind rechts-unwirksam, insoweit sie gegen den Inhalt eines für den Niederlassungsort des Arztes geltenden Gesamtvertrages verstoßen. *Der Inhaber eines Einzelvertrages kann seine vertragsärztliche Tätigkeit maximal bis zur Hälfte der sich aus seinem Einzelvertrag ergebenden Verpflichtung durch einen Arzt der gleichen Fachrichtung, ist er Arzt für Allgemeinmedizin durch einen anderen Allgemeinmediziner, erbringen lassen. Darüber hinaus sind Vertragsärzte insbesondere im Falle ihrer Erkrankung, sozial begründeter Umstände oder zur Erfüllung von in öffentlichem Interesse gelegenen Aufgaben berechtigt, in der dafür erforderlichen Zeit Vertragsleistungen durch einen Vertreter erbringen zu lassen.*“

- Erstattung von Kosten der Krankenbehandlung (§ 131):

Wenn derzeit ein Patient einen Kassenarzt privat in Anspruch nimmt, so gebührt kein Kostenersatz iSd. § 131 ASVG. Dieses Ergebnis ist nicht mehr zeitgemäß, da immer mehr Versicherte den Arzt ihres Vertrauens, insbesondere auch außerhalb dessen Ordinationszeiten, privat in Anspruch nehmen wollen. Es ist völlig uneinsichtig, warum hier kein Kostenrückersatz gebührt, kommt es in diesem Fall seit der Beschränkung des Wahlarztkosten-Rückersatzes auf 80% für die Krankenversicherung doch sogar zu einer nicht unbedeutenden Kosteneinsparung für die Krankenversicherung gegenüber einer Inanspruchnahme des Arztes als Vertragsarzt. Wir regen dringend an, einen Wahlarztkosten-Rückersatz auch bei privater Inanspruchnahme eines Kassenarztes vorzusehen.

- Private Zuzahlungen zu Kassenhonoraren (§ 133 Abs 2) sollten in Hinkunft ebenfalls ermöglicht werden.

- Vorsorge(Gesunden)untersuchung (§ 132 a und b):

Es wird angeregt, entsprechend der neuen Volljährigkeitsgrenze das Anspruchsalter für Gesundenuntersuchungen von 19 auf 18 Jahre zu senken. Dementsprechend wären die Jugendlichenuntersuchungen (§ 132 a ASVG) mit derselben Altersgrenze zu begrenzen.

- Wahlarztkosten-Rückersatz (§ 131 Abs 1):

Wir regen dringend an, § 131 ASVG insoweit zu präzisieren, dass eine Reduzierung des Wahlarztkostenrückersatzes unter die dort genannte 80-Prozent-Grenze nicht möglich ist. Wir könnten uns zum Beispiel folgende Ergänzung in § 131 Abs. 1 letzter Satz vorstellen: „Wird die Vergütung für die Tätigkeit des entsprechenden Vertragspartners nicht nach den erbrachten Einzelleistungen bestimmt, hat die Satzung des Versicherungsträgers Pauschbeträge für die Kostenerstattung derart festzusetzen, dass der Wert der jeweils pauschalierten Leistungen den Durchschnittskosten des Vorjahres für diese Leistungen, wertgesichert nach dem Lebenshaltungs-kostenindex VPI/2000, entspricht.“ In den Erläuternden Bemerkungen sollte dann als Beispiel festgehalten werden, dass bei bepunkteten Leistungen (dies ist in den meisten Honorarordnungen der Fall) die Jahressumme aller für diese Leistungen berechneten Punkte durch die Jahressumme der ausbezahlten Geldbeträge für diese Leistungen dividiert wird und der somit ermittelte Jahresdurchschnittspunktwert die Berechnungsbasis für die Kostenerstattung (80 Prozent vom Jahresdurchschnittspunktwert x Punkte pro Leistung) ist.

- Zu § 135 Abs 3 letzter Satz ASVG :

Bei (jeder) Kostenerstattung für eine wahlärztliche Inanspruchnahme ist die Krankenscheingebühr zu Lasten der Kostenerstattung zu berücksichtigen. Selbst, wenn man grundsätzlich einer Gleichstellung mit der Krankenscheingebühr für die Inanspruchnahme von Vertragsärzten etwas abgewinnen könnte, ist das Ausmaß der Kürzungen der Kostenerstattung im wahlärztlichen Bereich unvertretbar. Diese Bestimmung sollte daher im Rahmen der 59. ASVG-Novelle gestrichen werden.

- Richtlinie über die ökonomische Krankenbehandlung (§ 31 Abs 5 Z 10 ASVG):

Die Festlegung von ökonomischen Behandlungsrichtlinien muss Sache des Gesamtvertrages sein. Die Verordnungsermächtigung an den Hauptverband, zu der wir die Auffassung haben, dass eine solche Regelung jedenfalls zusätzlich einer vertraglichen Vereinbarung mit der Ärztekammer bedarf, ist daher ebenfalls zu streichen.

- Zu § 19 Abs 1 Z 5 B-KUVG:

Die Österreichische Ärztekammer ersucht um Klarstellung in § 19 Abs 1 Z 5 BKUVG, dass Sonderklassehonorare nach dem ASVG und B-KUVG sozialversicherungsrechtlich gleich zu behandeln sind. § 19 Abs 1 Z 5 B-KUVG sollte daher lauten: „für die im § 1 Abs. 1 Z 17 genannten Versicherten das Entgelt im Sinne des § 49 ASVG“.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Otto Pjeta e.h.  
Präsident