

BUNDESKURIE  
NIEDERGELASSENE ÄRZTE



An das  
Bundesministerium für  
Gesundheit, Familie und Jugend  
Postfach 63  
1016 Wien

Unser Zeichen:  
Mag.Z./MKA

Ihr Schreiben vom:  
12.10.2007

Ihr Zeichen:

Wien, 18.10.2007

**Betrifft: Stellungnahme zum Entwurf eines Bundesgesetzes, mit dem das ASVG, GSVG, BSVG, B-KUVG, AIVG, SUG, HVG, KOVG und das FLAG geändert werden**

Sehr geehrte Damen und Herren!

Die Österreichische Ärztekammer nimmt zum o.g. Entwurf wie folgt Stellung:

Wir verweisen zunächst auf die unzumutbar kurze Frist für die Erstellung einer Stellungnahme! Innerhalb einer Woche ist die Einbindung der Landesärztekammern unmöglich, was angesichts der Bedeutung der in diesem Entwurf angesprochenen Themenbereiche aber dringend erforderlich gewesen wäre. Wir ersuchen daher dringend, hinkünftig adäquate Stellungnahmefristen vorzusehen!

**Zu Z 5 (§ 31 Abs 5 Z 16 ASVG) iVm Z 39 (§ 635 Abs 5 ASVG):**

Hinzuweisen ist auf die allgemeine Problematik, der in § 31 Abs 5 ASVG genannten Richtlinienkompetenzen des Hauptverbandes: Die Beziehungen der Träger der Sozialversicherung (des Hauptverbandes) zu den freiberuflich Tätigen Ärzten/Ärztinnen sowie Gruppenpraxen nach den §§ 52a und 52b Ärztegesetz sind gem § 338 Abs 1 ASVG durch privatrechtliche Verträge zu regeln. Auch § 341 Abs 1 ASVG normiert unmissverständlich, dass die „Beziehungen zwischen den Trägern der Krankenversicherung und den freiberuflich tätigen Ärzten sowie den Gruppenpraxen jeweils durch Gesamtverträge geregelt werden“.

In diesem, auf vertragliche Beziehungen aufgebauten System bildet § 31 Abs 5 ASVG einen Fremdkörper, da diese Bestimmung einem Vertragspartner, nämlich dem Hauptverband, eine

einseitige Richtlinienkompetenz einräumt. Damit hat es ein Partner in der Hand, ganz zentrale Materien der wechselseitigen Beziehungen eigenmächtig durch Verordnung zu determinieren. Abgesehen von der verfassungsrechtlichen Problematik dieser Konstruktion (sie steht in einem offensichtlichen Spannungsverhältnis zum Gleichheitssatz) stellt die genannte Bestimmung eine nicht nachvollziehbare Bevorzugung des einen Vertragspartners dar. Die in § 31 Abs 5 ASVG genannten Richtlinienkompetenzen sollten daher, soweit sie freiberuflich tätige Ärzte/Ärztinnen bzw. Gruppenpraxen betreffen, generell in § 342 Abs 1 ASVG aufgenommen und damit zum Inhalt der Gesamtverträge gemacht werden.

Die nunmehr vorgeschlagene Formulierung für § 31 Abs 5 Z 16 ASVG ist aber darüber hinaus aus folgenden Gründen problematisch:

Statt einer - rechtlich indifferenten - „Einbindung“ der Österreichischen Ärztekammer sollte unbedingt ein Zustimmungsrecht vorgesehen werden.

Die Handhabung der E-Card in den Ordinationen niedergelassener Ärztinnen und Ärzte sowie in Gruppenpraxen ist ausführlich in einer gesamtvertraglichen Vereinbarung, abgeschlossen zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und der Bundeskurie niedergelassene Ärzte der Österreichische Ärztekammer, vom 16.12.2004 geregelt. In dieser Vereinbarung ist derzeit aus guten Gründen nicht vorgesehen, dass die E-Card zwingend bei jedem Arztkontakt einzulesen ist. Dies ist insbesondere im Falle des Vergessens der E-Card durch den Patienten/die Patientin, insbesondere aber auch im Rahmen von Hausbesuchen, Konsultationen in Heimen etc. faktisch gar nicht möglich.

Wie wir dem BMGFJ gegenüber bereits mehrfach dargestellt haben, ergeben sich durch das generelle Abstellen auf die E-Card in Zusammenhang mit der Deckelung der Rezeptgebühren zahlreiche praktische Probleme:

- In Wien etwa tritt im Durchschnitt drei Mal pro Tag und Ordination der Fall ein, dass eine Patientin, ein Patient einen Versicherungsstatus behaupt, der im E-Card-System nicht abgebildet ist. Gründe dafür sind: Versicherungswechsel, inaktuelle Übernahme von AMS-Daten, Entfall des Versicherungsschutzes bei Schülern bei Vollendung des 18. Lebensjahres, Studenten, etc.
- In den SV-Datenbanken sind Patienten teilweise doppelt angelegt oder falsch geführt. Dies gilt insbesondere für PatientInnen mit Migrationshintergrund, die falsche oder in der Zwischenzeit veränderte Versicherungsnummern haben.
- Teilweise werden PatientInnen in der Sozialversicherung doppelt geführt, da sie in den Datenbanken mit zwei verschiedenen Namensschreibweisen aufscheinen (insbes. bei schwierigen fremdländischen Namen).

- Es mehren sich die Fälle, in denen mehrere PatientInnen dieselbe Karte verwenden und dadurch falsche Rezeptgebührenbefreiungen angezeigt werden. Kontrollen durch die Ärzteschaft sind in Ermangelung eines Photos auf der E-Card nicht möglich.

Schließlich ist darauf hinzuweisen, dass zahlreiche Wahlärzte über eine Rezepturbefugnis verfügen, ohne notwendigerweise auch mit einer E-Card-Infrastruktur ausgestattet zu sein.

Insgesamt bedeutet die nunmehr vorgesehene Regelung jedenfalls einen erhöhten bürokratischen (Erfordernis der jedesmaligen E-Card-Abfrage, Dokumentation etc.), aber auch einen finanziellen Aufwand (sämtliche, über die reine Abfrage des Versichertenstatus hinausgehende Anwendungen der E-Card sind wirklich effektiv nur handhabbar, wenn eine Implementierung der jeweiligen Anwendung in die Arzt-Software vorgenommen wird!). Wir fordern daher eine adäquate Abgeltung dieses zusätzlichen Aufwands, da dieser ausschließlich im Interesse der Sozialversicherung getätigt werden muss, nicht aber für den Arzt/die Ärztin einen Vorteil bringt.

Aufgrund der dargestellten faktischen Probleme, die sich aus dem Abstellen auf die E-Card ergeben, sollte daher eine Alternative vorgesehen werden.

Die in § 635 Abs 5 vorgesehene Regelung (Kundmachung der Richtlinie vor Kundmachung ihrer gesetzlichen Grundlage im BGBI) erscheint verfassungsrechtlich höchst bedenklich.

#### **Zu Z 20 (§ 84a Abs 6 ASVG)**

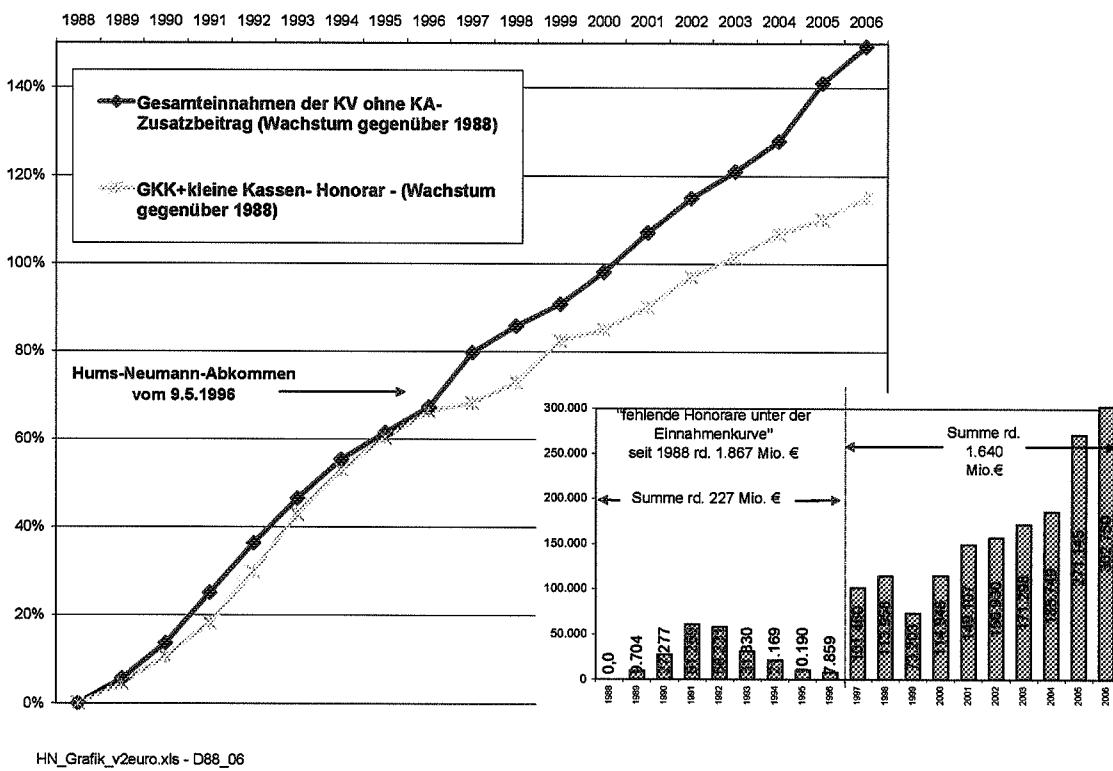
Aus den Erläuternde Bemerkungen ergibt sich, dass es hinsichtlich der Administration von Reformpoolprojekten drei verschiedene Formen der Zur-Verfügung-Stellung von Daten geben soll: Anonymisierte Daten, pseudonymisierte Daten und personenbezogene Daten ohne irgendeine Form der Verschlüsselung. Letztere dürfen nach dem vorgesehenen Gesetzestext nur verwendet werden, „wenn und solange dies für die Zwecke des jeweiligen Projektes notwendig ist“. Diese Formulierung ist völlig unbestimmt und daher bereits unter dem Blickwinkel des Art 18 Abs 1 B-VG problematisch. Insbesondere ist völlig unklar, wer definiert, was für Zwecke eines Projektes jeweils notwendig ist. Wir fordern daher in diesem Zusammenhang eine deutliche Präzisierung innerhalb des letzten Satzes.

#### **Zu Z 39 (§ 635 Abs 6 ASVG)**

Die Österreichische Ärztekammer spricht sich vehement gegen diese Bestimmung aus, da es dringlich erforderlich ist, dem niedergelassenen Bereich höhere Geldmittel zur Verfügung zu stellen, um den Fortschritt der Medizin und die Entlastung des Spitalssektors zu ermöglichen. Die in dieser Bestimmung vorgesehene Mittelreduzierung müsste im niedergelassenen Bereich zu einer Rationierung und Leistungseinschränkung führen, die angesprochene Effizienzsteige-

nung scheitert bei niedergelassenen Ärzten unter anderem an der jahrelangem Verweigerung von Kooperationsmöglichkeiten.

Wenn der HV in dieser geplanten Bestimmung aufgerufen wird, bis zum 30.06.2008 konkrete Maßnahmen zu Effizienzsteigerung und Kostendämpfung in der gesetzlichen Krankenversicherung zu beschließen, so ist bereits heute unmissverständlich klarzustellen, dass es im Bereich niedergelassener Ärztinnen und Ärzte bzw. Gruppenpraxen weder Möglichkeit noch Anlass für kostendämpfende Maßnahmen gibt. Solche würden nämlich, wie dargestellt, dem Fortschritt der Medizin nicht gerecht und eine Entlastung des Spitalssektors unmöglich machen. Dass in diesem Segment aber auch kein Anlass für Reduktionen besteht, zeigt deutlich nachfolgende Grafik:



Zumindest seit dem Jahr 1996 („Hums-Neumann-Abkommen“) hinkt die Entwicklung der Kassenhonorare immer stärker hinter den Gesamteinnahmen der Krankenversicherung nach. Die Honorare für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte bzw. Gruppenpraxen sind somit eindeutig nicht verantwortlich für die finanziellen Probleme einzelner Gebietskrankenkassen; deren finanzielle Absicherung kann daher nachweislich nicht über eine Kostendämpfung im Bereich der Kassenhonorare erreicht werden.

Wir ersuchen um Berücksichtigung der in dieser Stellungnahme angeführten Einwände und weisen nochmals nachdrücklich auf die Problematik derart überkurzer Stellungnahmefrist hin.

Mit freundlichen Grüßen

VP Dr. Günther Wawrowsky eh.  
Obmann



MR Dr. Walter Dorner  
Präsident