

Bundesministerium für Gesundheit,
Familie und Jugend
Frau Bundesministerin
Dr. Andrea Kdolsky

Ergeht per E-Mail an:

vera.pribitzer@bmj.gv.at

Wien, 26. 5. 2008

KAD Dr. Kr/Mag. Sch/Mag. Vi.-

**Betreff: Stellungnahme zum Entwurf des Krankenversicherungs-
Änderungsgesetzes (KV-ÄG)**

Sehr geehrte Frau Bundesministerin!

Die Österreichische Zahnärztekammer erlaubt sich zum Entwurf des Krankenversicherungs-Änderungsgesetzes (KV-ÄG) binnen offener Frist folgende Stellungnahme zu erstatten:

Bevor wir auf die einzelnen Punkte des Gesetzesentwurfs eingehen, erlaubt sich die Österreichische Zahnärztekammer festzuhalten, dass – entgegen den zahlreichen Meldungen, die die in Frage stehende Materie zum Inhalt hatten – weder seitens der Sozialpartner, die die Grundlage dieses Gesetzesentwurfs erarbeitet haben, noch seitens der zuständigen Bundesministerin oder von anderen Vertretern der Regierungsparteien ein Gespräch mit der Österreichischen Zahnärztekammer über die geplanten Inhalte des vorliegenden Gesetzesentwurfs gesucht oder geführt wurde. Die Österreichische Zahnärztekammer musste daher davon ausgehen, dass die geplanten Maßnahmen ausschließlich die Berufsgruppe der Ärzte betreffen.

Diese Einschätzung der Österreichischen Zahnärztekammer wurde auch dadurch unterstützt, dass davon auszugehen ist, dass durch die geplanten und diskutierten Maßnahmen im zahnärztlichen Bereich **keinerlei** Einsparungen zu erzielen sind, weil es bei Zahnärzten ausschließlich das so genannte Einzelleistungssystem gibt und weil die durch Zahnärzte eintretenden

Folgekosten der Behandlung, wie beispielsweise Verschreibung von Medikamenten, Überweisungen u. ä. im Regelfall – insbesondere im Vergleich mit dem ärztlichen Berufsstand - völlig bedeutungslos sind.

Darüber hinaus geht nicht nur der Anteil jener Ausgaben der Sozialversicherung, die diese für vertrags- und wahlzahnärztliche Leistungen aufwendet, ständig zurück (**siehe Anlage**), sondern es sinken auch die real aufgewendeten Beträge stetig ab. Dies bedeutet, dass sich im zahnärztlichen Bereich viel mehr die Frage stellt, ob es nicht notwendig wäre, den bestehenden Kassenvertrag deutlich zu modernisieren. Dieser Überlegung wurde auch dadurch Rechnung getragen, dass im Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger eine Arbeitsgruppe „Zahn neu“ eingerichtet wurde, die entsprechende Überlegungen angestellt und bereits ein weitgehend fertig gestelltes Projekt erarbeitet hat, das Gegenstand von Vertragsverhandlungen mit der Österreichischen Zahnärztekammer sein sollte. Eine erste Runde dieser Verhandlungen hat erst im März dieses Jahres stattgefunden.

Mit Einlangen des vorliegenden Gesetzesentwurfs am 14. 5. 2008 wurde für uns klar, dass trotz dieser geschilderten besonderen Umstände offensichtlich daran gedacht ist, auch Zahnärzte in den Wirkungsbereich der getroffenen Maßnahmen einzubeziehen.

Dagegen spricht sich die Österreichische Zahnärztekammer wegen der geschilderten besonderen Umstände klar und deutlich aus.

Sollte trotzdem daran festgehalten werden, auch die Zahnärzte in den Wirkungsbereich der getroffenen Maßnahmen einzubeziehen, gibt die Österreichische Zahnärztekammer zum vorgelegten Gesetzentwurf folgende inhaltliche Stellungnahme ab:

Änderungen des **ASVG**:

Ad Z 2. und 25. §§ 31d u. 635 Abs. 3 ASVG – E-Medikations-Datenbanken:

Hier wird – wohlgemerkt ohne dass die Ausgestaltung der Medikationsdatenbanken in irgendeiner Weise gesetzlich determiniert wären – die verpflichtende Teilnahme aller Ärzte und Zahnärzte am System einer E-Medikations-Datenbank festgeschrieben. In welcher Art und Weise diese Teilnahme vor sich gehen soll, die sich daraus ergebenden Rechte und Pflichten usw. sind nicht determiniert (Eingabepflicht, Abfragepflicht, Kostentragung etc).

Diese E-Medikations-Datenbanken, in welchen offensichtlich alle Medikamente die ein Patient zu sich nimmt, gespeichert werden sollen und so angeblich Wechselwirkungen und Mehrfachverschreibungen verhindern sollen, bergen in sich die immanente Gefahr der Abschaffung der Verschwiegenheitspflicht der Zahnärzte. Außerdem ist sowohl die datenschutzrechtliche als auch die haftungsrechtliche Komponente in Bezug auf die Zahnärzte mangels diesbezüglicher gesetzlicher Bestimmungen völlig ungeklärt.

Die verpflichtende Teilnahme der Zahnärzte bedeutet weitere hohe Kosten, wie für die Anschaffung der EDV, Wartung, etc. über deren Tragung aus dem vorliegenden Papier nichts hervorgeht, sowie eine enorme Vermehrung des bürokratischen und administrativen Aufwands, der in keinsten Weise durch die geltenden Honorartarife abgedeckt wird und jedenfalls auch zu Lasten der Zeit des Zahnarztes für seine PatientInnen geht.

Die Einführung dieser Verpflichtung wird daher aus diesen und den vorgenannten Gründen **abgelehnt**.

Ad Z 4. § 340b. - Nachweis über die erbrachten Leistungen:

Mit dieser Bestimmung will der Gesetzgeber eine Verpflichtung des Vertragszahnarztes verankern, den PatientInnen unmittelbar nach jeder Behandlung eine Leistungsaufstellung zu übergeben.

Der Gesetzgeber ist sich dessen bewusst, dass bereits § 81 Abs. 1 letzter Satz ASVG eine jährliche Informationspflicht der Krankenversicherungsträger an die Versicherten über die Kosten der in Anspruch genommenen Sachleistungen vorsieht. Dennoch soll der Vertragszahnarzt aufgrund des zeitlichen Abstandes zur tatsächlichen Inanspruchnahme der Leistungen dazu verhalten werden, eine „PatientInnenquittung“ auszufolgen.

Das ist zum einen **sinnlos**, zum anderen **rechtlich bedenklich** und **erzeugt enorme Verwaltungskosten**:

Mit der „PatientInnenquittung“ sollen die PatientInnen laut Erläuterung sensibilisiert werden. Der Versicherte soll sich der Inanspruchnahme einer Leistung, die durch die Solidargemeinschaft finanziert wird, bewusst werden. Der Charakter der zahnärztlichen Leistungserbringung bringt es mit sich, dass sich PatientInnen der Art und des Umfangs der Leistung ohnehin bewusst sind. Auch die leichte Kontrollierbarkeit durch das im zahnärztlichen Bereich existierende Einzelleistungssystem macht eine zusätzliche Information überflüssig. Inwieweit es daher durch eine Leistungsaufstellung zu einer Einsparung von Kosten kommen soll, bleibt völlig ungeklärt.

Der Begriff der „Quittung“ wird im österreichischen Rechtssystem lediglich in § 1426ff. ABGB erwähnt. Danach begründet eine Quittung die Rechtsvermutung der Bezahlung. Gerade dies ist aber durch das Dreiecksverhältnis Patient-Vertragsbehandler-Krankenversicherungsträger im vorliegenden Fall nicht anwendbar. Der Patient hat aus dem Behandlungsvertrag Anspruch auf die Erbringung der vereinbarten Behandlung. Er muss aber bei Vertragsleistungen im Sachleistungssystem nicht zugleich für die in Anspruch genommene Behandlungsleistung aufkommen. Die Leistung ist Kassenleistung und lässt eine Honorarforderung des Vertragsbehandlers gegenüber dem Vertragspartner Kranken- bzw. Sozialversicherungsträger entstehen. Es stehen sich daher in diesem Verhältnis Gläubiger und Zahler nicht gegenüber, was keinen Raum für eine Quittung lässt.

Da die Honorarabrechnung zwischen Vertragsbehandlern und Versicherungsträgern nur vierteljährlich erfolgt, ist bei den

PatientInnenquittungen mit falschen Informationen zu rechnen, da regelmäßig erbrachte Leistungen wegen der bestehenden Honorarordnung letztlich vom Krankenversicherungsträger nicht bezahlt werden (z.B. Beratung, unvollendete Wurzelbehandlung, Teilleistungen in der zahnärztlichen Prothetik und Kieferorthopädie). Die vom Gesetzgeber geplante **PatientInnenquittung** ist somit **dazu geeignet, die Versicherten über die Belastung des Sozialsystems in die Irre zu führen** und ist somit auch aus diesem Gesichtspunkt heraus sinnlos.

Für den einzelnen Behandler bedeutet die Ausfertigung eines Leistungsnachweises jedenfalls einen mit **Mehrkosten verbundenen Mehraufwand** im ohnehin bereits mit einem Geflecht von administrativen Aufgaben und betriebstechnischen Auflagen überwachten Ordinationsbetrieb. Die im Entwurf veranschlagten Kosten dafür in Höhe von € 20 Mio. sind wesentlich zu niedrig angesetzt und bei mehr als 10.000 Vertragsärzten und -zahnärzten bei weitem nicht kostendeckend. Dividiert man die vorgesehenen € 20 Mio. durch die im Jahr 2006 angefallenen vertragsärztlichen und -zahnärztlichen Leistungen (254 Mio.), ergibt sich ein Kostenansatz von lediglich € 0,08 pro Leistung. Dass dieser Betrag die anfallenden Kosten (Personalkosten, EDV-Ausstattung, Verbrauchsmaterial, Zeitaufwand f. die Erläuterung u. a.) nicht einmal annähernd abdeckt, bedarf keiner weiteren Ausführung.

Die von Frau BM Dr. Kdolsky gegenüber den Medien genannte Summe in Höhe von € 400 Mio. dürfte wesentlich näher an der Realität liegen, womit allein mit dieser Bestimmung die erhoffte Einsparung im gesamten Gesetzentwurf obsolet wird.

Daher wird die vorliegende Bestimmung von der Österreichischen Zahnärztekammer **vollinhaltlich abgelehnt**.

Ad Z. 5 § 343 Abs. 1 - Abschlusskompetenz ausschließlich für die Träger der Krankenversicherung:

Bislang gilt im zahnärztlichen Bereich ein bundeseinheitlicher Gesamtvertrag, der zwischen dem Hauptverband und der Österreichischen Dentistenkammer bzw.

der Österreichischen Ärztekammer abgeschlossen wurde und gemäß § 114 Abs. 2 Zahnärztekammergesetz (ZÄKG), BGBl. I Nr. 154/2005, idgF., auf die Österreichische Zahnärztekammer übergegangen ist.

Bei Übertragung der Abschlusskompetenz auf die Träger der Krankenversicherung wäre dieser bundeseinheitliche Vertrag beträchtlich gefährdet. Nach dem vorliegenden Entwurf müsste die Österreichische Zahnärztekammer, die gemäß § 19 Abs. 1 Z 1 ZÄKG auf zahnärztlicher Seite alleine abschlussberechtigt ist, jede Gesamtvertragsänderung mit neun Gebietskrankenkassen, der BVA und der VAEB gesondert verhandeln.

Dies stellt somit für den zahnärztlichen Bereich einen eklatanten Rückschritt dar und bringt sowohl eine Verkomplizierung der Verhandlungsabläufe als auch eine Vervielfachung des Aufwands mit sich. Darüber hinaus wird dadurch das schon bestehende bundeseinheitliche Honorartarifsystem massiv gefährdet. Dies obwohl die Bundeseinheitlichkeit der Tarife immer ein erklärtes Ziel der Sozialpartner war. Durch diese Regelung ist zu befürchten, dass es erstmals seit 1958 auch im zahnärztlichen Bereich zu unterschiedlichen Kassentarifen in den einzelnen Bundesländern kommt.

Die Österreichische Zahnärztekammer regt daher an, **für den zahnärztlichen Bereich** eine diesbezügliche **Sonderregelung** zu schaffen und den bestehenden bundeseinheitlichen Gesamtvertrag abzusichern.

Ad Z 8. § 343 Abs. 2a, 2b und 2c – Vertragsverhältnisse:

Mit gutem Grund etablierte der Gesetzgeber zugunsten der Vertrags(zahn-)ärzte einen **Kündigungsschutz**. Dieser berücksichtigt nicht zuletzt die Tatsache, dass der Vertragszahnarzt in der Regel viel Geld in seine Ordination investiert hat und eine Amortisation bei Beendigung des Einzelvertrages nur in eingeschränktem Maße möglich ist. Es ist zwar fraglos ein allgemeiner zivilrechtlicher Grundsatz, dass Dauerschuldverhältnisse befristet werden können, allerdings ist insbesondere bei einer Aneinanderreihung von Befristungen – wie dies die vorgeschlagene Neuregelung vorsieht – nach dem Sachzweck zu fragen, der eine derartige Kettenbefristung rechtfertigen kann.

§ 343 Abs. 4 ASVG verhinderte bisher gesamtvertragliche Regelungen von „Ketten(zahn-)arztverträgen“. Mit dem vorliegenden Entwurf wird der Kündigungsschutz vom Gesetzgeber bewusst aufgeweicht. Das ist angesichts der Vielzahl von Verflechtungen im System der sozialen Krankenversicherung nicht nur kurzsichtig, sondern bringt ein fragiles System erheblich ins Wanken. Insbesondere vermag der Gesetzgeber keine ausreichende sachliche Rechtfertigung dafür zu liefern.

Vor den Realitäten, die den Hintergrund dieses Gesetzesvorhabens bilden, ist ein solcher Rechtfertigungsgrund jedenfalls nicht erkennbar. Ganz im Gegenteil torpediert der Gesetzgeber mit der Schaffung von Rezertifizierungen der Einzelverträge die Zielsetzung des ASVG: die Sicherstellung der (zahn-)medizinischen Versorgung für die gesamte in der gesetzlichen Sozialversicherung versicherte Bevölkerung.

Damit ist keine lückenlose zahnärztliche Versorgung zu bewerkstelligen. Im Gegenteil **gefährdet der Gesetzgeber den Erhalt der Versorgungsdichte** – insbesondere im dezentralen Bereich – und damit das Funktionieren des Systems im niedergelassenen Bereich, womit der schleichende Weg zur Zweiklassenmedizin fortgesetzt wird. Zahnärzte werden sich wohl eher in jenen Gegenden niederlassen, in denen auch nach Wegfall des Kassenvertrags eine Existenz als Wahlbehandler möglich ist, was eine Ausdünnung der Versorgung insbesondere in sozial schwachen Gebieten nach sich ziehen wird.

Dies deshalb, weil mit der Aussicht auf zu rezertifizierende Verträge zu befürchten ist, dass die nicht unerhebliche Existenzsicherung „Kassenvertrag“ nach Ablauf von fünf Jahren weg bricht. **Eine unternehmerische Entscheidung kann allerdings nicht nach „Fünfjahresplänen“ getroffen werden**, was bedeutet, dass versucht werden wird, die Investitionssummen in zahnärztliche Ordinationen so gering wie möglich zu halten und damit die technische Ausstattung so weit wie nur irgendwie möglich zu reduzieren. Dass diese Reaktion nur eine Verschlechterung der erbrachten Qualität mit sich bringen kann, braucht nicht besonders betont zu werden.

Völlig unverständlich ist, warum für den Fall von § 343 Abs. 2a keinerlei Frist für die Feststellung der Verlängerung für jeweils weitere fünf Jahre verankert wurde. Dies bedeutet, dass sowohl der Vertragszahnarzt als auch die Patienten schlimmstenfalls bis zum letzten Tag der vorgesehenen 5-Jahres-Frist darüber im Unklaren bleiben, ob eine Verlängerung stattfindet oder nicht.

Ebenso ist die in § 343 Abs. 2c vorgesehene Frist von einem Monat wesentlich zu kurz bemessen. In dieser kurzen Zeit ist es dem Vertragszahnarzt unmöglich seinen sozialrechtlichen, arbeitsrechtlichen und sonstigen vertraglichen Verpflichtungen nachzukommen.

Außerdem riskiert der Gesetzgeber, dass Nachbesetzungen, die aufgrund der demografischen Lage binnen kurzem in erheblichem Maße anstehen werden, nicht mehr durchgeführt werden können, weil die zunehmend verunsicherten Jungzahnärzte den Schritt in die Selbständigkeit unter unsicheren gesetzlichen Rahmenbedingungen nicht wagen werden.

Dem Interesse der Versicherten und Ihrer Angehörigen an der Qualität der Behandlung ist bereits durch die **Vielzahl von Berufspflichten** der Zahnärzte, wie sie im Zahnärztegesetz (ZÄG), BGBl. I Nr. 126/2005, verankert sind, Genüge getan. Jeder Zahnarzt, nicht nur der Vertragszahnarzt, ist bereits jetzt durch das Gesetz verpflichtet, ausreichende Qualitätsmaßnahmen zu setzen, die durch eine von der Österreichischen Zahnärztekammer **unabhängige** Einrichtung evaluiert und kontrolliert werden. § 22 Abs. 2 ZÄG sieht bereits jetzt vor, dass eine durch den Vertragszahnarzt **zu vertretende nicht rechtzeitige Evaluierung einen Kündigungsgrund nach § 343 Abs. 4 ASVG** darstellt. Geradezu widersinnig erscheint es, wenn noch vor dem Zeitpunkt, zu dem die Qualitätssicherungspflicht nach dem ZÄG überhaupt effektiv wird (31. 12. 2009), bereits eine neue Qualitätssicherungspflicht eingeführt wird. Die Österreichische Zahnärztekammer regt in diesem Zusammenhang an, zumindest den ersten Durchgang der nach ZÄG geforderten Evaluierung **abzuwarten**.

Des weiteren enthält das Zahnärztegesetz wesentlich umfassendere Aufklärungs- und Dokumentationspflichten als das Ärztegesetz 1998, wie die Pflicht zur Fort-

und Weiterbildung usw. Es besteht demnach **kein Regelungsbedarf**, dieselben Kriterien in einer weiteren Rechtsmaterie zu verankern.

Insbesondere die im geplanten Abs. 2b unter Punkt 1. angeführten **Ergebnisqualitätskriterien** finden kein Anwendungsgebiet, da nach übereinstimmender Rechtsauffassung aus dem zahnärztlichen Behandlungsvertrag dem Patienten kein Behandlungserfolg garantiert werden kann. Die Definition von Ergebnisqualitätskriterien ist daher schlicht und einfach unmöglich.

Auch die Begriffe „Effizienz“, „Behandlungsleitlinien und -richtlinien“ werden weder im Gesetzesentwurf noch in den Erläuterungen näher definiert, was aus unserer Sicht gegen das Legalitätsprinzip verstößt.

Diese Bestimmungen werden daher **zur Gänze abgelehnt**.

Ad Z 9. § 343e – Sicherstellung der Leistungserbringung bei Fehlen vertraglicher Regelungen:

Ähnlich wie bei den in der Rechtsprechung **höchst umstrittenen** „Ketten(zahn-)arztverträgen“ (siehe oben) beendet auch hier der Gesetzgeber die lang geführte Diskussion in der Lehre, ob es im vertragslosen Zustand überhaupt möglich ist, Einzelverträge zu schließen, mit einem Streich. Die Lehre ging zum weit überwiegenden Teil davon aus, dass das ASVG Einzelverträge im vertragslosen Zustand ausschließen wollte, und das aus gutem Grund: Es sollte eine Übermacht der Sozialversicherungsträger gegenüber den Zahnärzten und Ärzten verhindert werden. § 131a ASVG spricht ebenso für eine Unzulässigkeit von Einzelverträgen ohne Gesamtvertrag wie auch die an mehreren Stellen verankerte Mitwirkung der Kammern bei der Auswahl der Vertragszahnärzte und -ärzte. Nun soll dieses **strenge, historisch gewachsene ordnungspolitische Konzept** in kurzsichtiger Manier zu Grabe getragen werden.

Der Abschluss von Verträgen ohne einen gleichwertigen Verhandlungspartner auf Seiten der Zahnärzte wird dazu führen, dass Kollegen aus wirtschaftlichem Druck heraus in Honorarvereinbarungen einwilligen, die nicht nur eine

Schlechterstellung für sie selbst bedeuten, sondern durch den so erzeugten Preisdruck auch zu einem Qualitätsverlust der Versorgung aufgrund fehlender Kostendeckung führen werden. Das kann weder im Interesse des Gesetzgebers noch der Patienten liegen.

Wie fast alle Bestimmungen in diesem Entwurf leidet auch § 343e ASVG an Unbestimmtheit. Auch hier ist dem **Determinierungsgebot in keinsten Weise entsprochen**, wenn vage formuliert wird wie folgt:

*„Stehen keine Gesamtverträge in Geltung **oder haben so viele VertragsärztInnen/Vertragsärzte sowie Vertrags-Gruppenpraxen ihren Einzelvertrag gekündigt, dass eine Leistungserbringung im Sinne des § 23 Abs. 5 nicht sichergestellt ist**, können [...]“.*

„So viele, dass nicht sichergestellt ist“ ist eine völlig untaugliche Formulierung, die sich jeder Objektivierbarkeit entzieht. Hier würden auch alle zur Verfügung stehenden Interpretationsmethoden kläglich versagen. Diese Norm verletzt daher klar die in § 18 B-VG statuierten rechtsstaatlichen Erfordernisse.

Interessant auch der letzte Satz, der da lautet: *„Es besteht jedoch Anspruch auf Abschluss eines Einzelvertrages im Rahmen des Stellenplans, wobei § 343 Abs. 1 zweiter Satz nicht anzuwenden ist.“* Das bedeutet, dass die Reihungskriterien-Verordnung, BGBl. II Nr. 487/2002, die festlegt, welche Kriterien im Feld der Bewerber um eine Planstelle letztlich entscheidend sein sollen, hier nicht zur Anwendung kommen soll. Damit führt sich der Gedanke einer bestmöglichen Versorgung der Versicherten und auch das Abstellenwollen auf Qualitätskriterien im Entwurf zu § 343 Abs. 2b ASVG **selbst ad absurdum**, denn damit wird auf eine fachliche Eignung der Vertragspartner von vornherein verzichtet.

Auch die Frage, ob der Anspruch auf einen Kassenvertrag im Rahmen des Stellenplans sich auf einen konkreten Standort bezieht oder nicht, bleibt im Gesetzesentwurf völlig ungeklärt.

Weiters würde diese Bestimmung im Falle der „Unterversorgung“ bei bestehendem Gesamtvertrag dazu führen, dass **parallel unterschiedliche Kategorien von Verträgen unterschiedlicher Qualität existieren**. Auf diese Weise würden nicht nur Schutzvorschriften unterlaufen, sondern sich eine sachlich ungerechtfertigte ungleiche Behandlung von Gleichem, damit eine **Verletzung des Gleichheitssatzes**, ergeben.

Die Österreichische Zahnärztekammer spricht sich daher **entschieden gegen diese Bestimmung** aus.

Änderung des Zahnärztegesetzes:

Dieser Vorschlag bildet den krönenden Abschluss einer Reihe von unausgegorenen **Absichtserklärungen** im vorliegenden Entwurf. Hier sollen **Zielvorgaben**, die aktuell noch nicht einmal ins Stadium einer vorbereitenden Umsetzung gelangt sind, als Berufspflicht freiberuflich tätiger Angehöriger des zahnärztlichen Berufs verankert werden.

In concreto verrät die vorgeschlagene Bestimmung weder, wann die notwendige Infrastruktur sichergestellt werden soll, noch durch wen, noch wer feststellen soll, dass eine Verfügbarkeit besteht. Die Form der Beteiligung ist ebenso fraglich wie die Tragung der damit verbundenen Zusatzkosten.

Gerade bei Gesetzen, die ein Grundrecht, nämlich das der **Erwerbsausübungsfreiheit** berühren („**eingriffsnahe Gesetze**“), muss der Eingriffstatbestand besonders deutlich umschrieben werden, was hier nicht einmal ansatzweise der Fall ist. Der Zahnarzt, insbesondere der Vertragszahnarzt, kann nicht dazu verhalten werden, teure Investitionen zu tätigen, wenn er gleichzeitig durch den Honorartarif limitiert ist, diese Kosten zurück zu verdienen.

Beim derzeitigen uns bekannten Planungsstand des Projekts ELGA ist jedenfalls davon auszugehen, dass jeder Arzt und Zahnarzt (nicht nur Vertragsbehandler) ein geeignetes EDV-System anzuschaffen hat, die gesamte Dokumentation (inkl. Röntgen) digital zu erfolgen hat, wozu umfangreiche Investitionen wie die

Ansaffung eines digitalen Röntgengerätes erforderlich sind, und eine 24-stündige Anbindung an das Internet sicherzustellen hat. Alleine aus diesen Basisanforderungen ist ein enormer Kostenaufwand zu erwarten (kostet doch allein ein digitales Zahnröntgengerät [Panorama- und Kleinbildröntgen kombiniert] ca. € 80.000,- womit ein Gesamtaufwand nur für diesen Posten und nur für die niedergelassenen Zahnärzte in Höhe von ca. € 300 Millionen entstehen würde). Dass dieser enorme Aufwand sich in voller Höhe auf die Gesundheitskosten niederschlagen wird, bedarf keiner weiteren Erläuterung.

Die Österreichische Zahnärztekammer ersucht daher, diese Bestimmung zur Gänze zu streichen und regt an, zum gegebenen Zeitpunkt, nämlich dann wenn zumindest die wesentlichen Parameter für die Einführung von ELGA bekannt sind, in Gespräche über die Art der gesetzlichen Umsetzung einzutreten.

Die Österreichische Zahnärztekammer ersucht höflich, die vorgebrachten Argumente und Änderungsvorschläge zu berücksichtigen.

Mit vorzüglicher Hochachtung

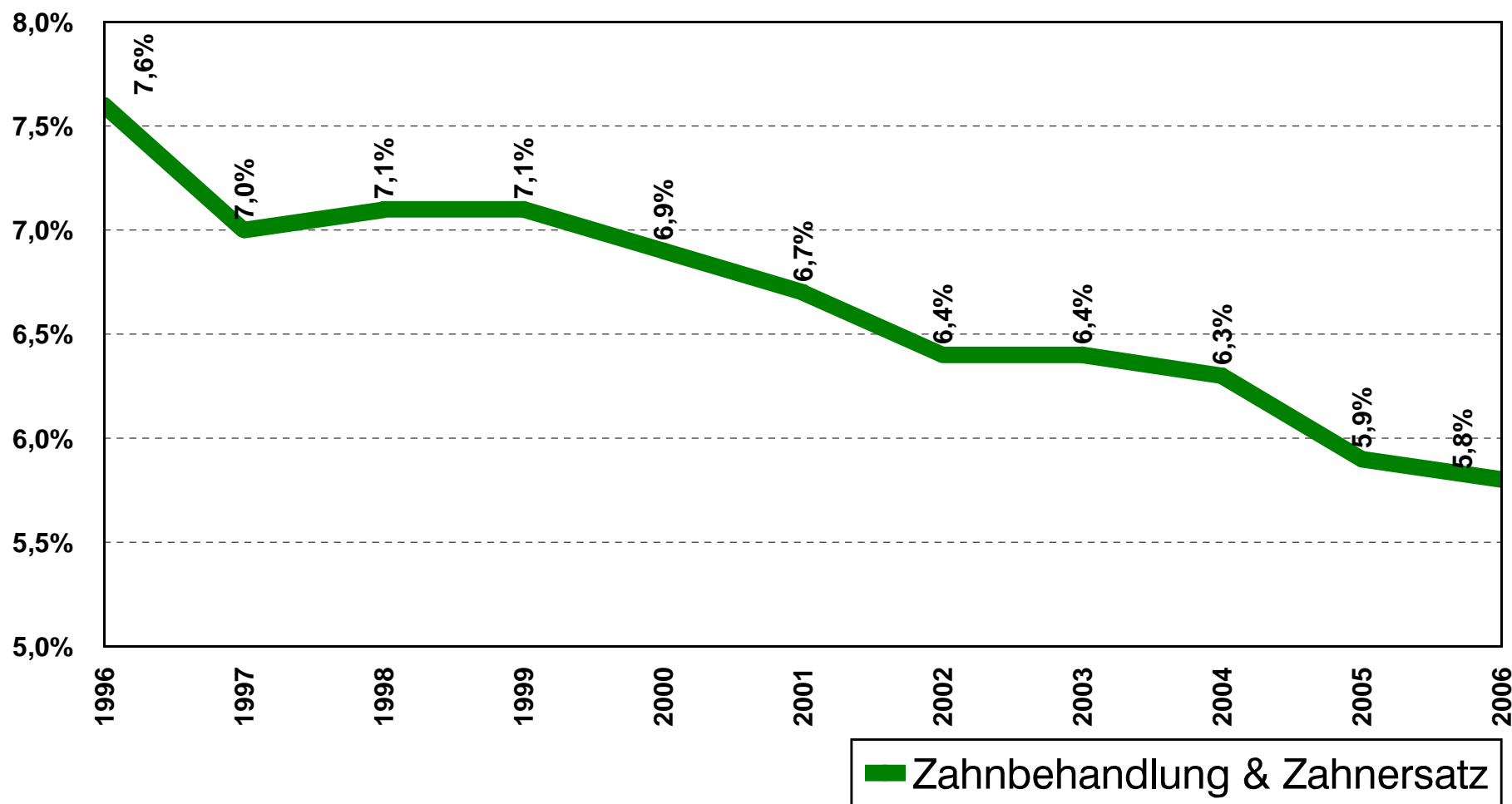


MR. Dr. H. Westermayer
Präsident

Anlage wie erw.

Anteil der Ausgaben für Zahnbehandlung und Zahnersatz an den Gesamtausgaben der Krankenversicherung

ENTWICKLUNG 1996 - 2006



Quelle: Stat. Handbuch d. österr. SV Tab.5.09
erstellt v. Mag. Ibaschitz; 4.3.2008; AUSV9666.PRS