



Bundesministerium für  
Gesundheit, Familie  
und Jugend  
Radetzkystr 3  
1020 Wien

BUNDESARBEITSKAMMER  
PRINZ EUGEN STRASSE 20-22  
1040 WIEN  
T 01 501 65-0  
DVR NR. 1048384

Ihr Zeichen	Unser Zeichen	Bearbeiter/in	Tel	501 65	Fax	Datum
-	SV-GSt	Ivansits	DW 2479	DW 2695		26.05.2008

Bundesgesetz, mit dem das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, das Bauern Sozialversicherungsgesetz, das Beamten Kranken- und Unfallversicherungsgesetz, das Apothekengesetz, das Ärztegesetz 1998, das Zahnärztegesetz, das Rezeptpflichtgesetz, das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten sowie das Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz geändert werden und ein Bundesgesetz, mit dem der Bundesminister für Finanzen ermächtigt wird, auf Bundesforderungen gegenüber den Gebietskrankenkassen zu verzichten, sowie ein Bundesgesetz zur Dämpfung der Heilmittelkosten für die Jahre 2008 bis 2010 erlassen werden (Krankenversicherungs-Änderungsgesetz – KV-ÄG)

### Allgemeines

Die Bundesarbeitskammer dankt für die Übermittlung des vorliegenden Gesetzesentwurfs und die Gelegenheit zur Stellungnahme, weist jedoch darauf hin, dass gerade angesichts der komplexen Materie der Begutachtungszeitraum unzumutbar kurz ist.

Der vorliegende Gesetzesentwurf enthält die Umsetzung wesentlicher Teile der zwischen dem Österreichischen Gewerkschaftsbund und der Wirtschaftskammer Österreich abgeschlossenen Vereinbarung über die „Zukunftssicherung der gesetzlichen Krankenversicherung“.

Die gesetzliche Krankenversicherung hat es in der Vergangenheit im Wesentlichen bewerkstelligt, dass den Versicherten ein gleichberechtigter Zugang ohne Ansehen des Einkommens zu medizinischer Versorgung nach dem aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand gewährleistet wird. Zentrales Anliegen der Bundesarbeitskammer ist es, die Krankenversicherung in diesem Sinne – unter Anwendung der Prinzipien der Pflichtversicherung und Selbstverwaltung – auch in Zukunft zu erhalten und ihre Leistungsfähigkeit für die Versicherten noch zusätzlich zu stärken. Die Krankenversicherung ist je-

doch in zweierlei Hinsicht finanziell unter Druck geraten: Auf der einen Seite haben – wie auch der Rechnungshof belegt hat – gesetzgeberische Maßnahmen den Krankenkassen von ihnen eigentlich nicht zu tragende Lasten aufgebürdet (Wochengeld als krankenversicherungsfremde Leistung, unzureichende Beitragsleistung für die Krankenversicherung Arbeitsloser, nur teilweise Refundierung der Mehrwertsteuer auf Medikamente ua). Auf der anderen Seite ist die gesetzliche Krankenversicherung dem Phänomen der sogenannten Beitragserosion ausgesetzt – also der Tatsache, dass die Medizinkosten aufgrund des medizinischen Fortschrittes, der Alterung der Bevölkerung und des Zurückbleibens der Lohnquote hinter dem Wirtschaftswachstum schneller steigen als das allein auf den Arbeitnehmereinkommen basierende Beitragsaufkommen.

Der vorliegende Entwurf verfolgt – auf der Grundlage des genannten Sozialpartnerpapiers – zunächst das Ziel, der gesetzlichen Krankenversicherung bis 2012 eine positive Gebarung zu ermöglichen. Diese Zielrichtung wird von der Bundesarbeitskammer nachdrücklich begrüßt. Die Bundesarbeitskammer hält auch die im Entwurf enthaltenen Umsetzungsinstrumente im Wesentlichen für tauglich.

Die Bundesarbeitskammer macht jedoch darauf aufmerksam, dass damit die geschilderte finanzielle Gesamtsituation nur teilweise bereinigt wird. Mittel- und langfristig wird es zu einer Verbreiterung der Beitragsgrundlage über die reinen Arbeitseinkommen hinaus – also etwa im Sinne eines Anknüpfens an Vermögen bzw Vermögenszuwachs und/oder der betrieblichen Wertschöpfung – kommen müssen, soll die Krankenversicherung nicht wieder in der Falle der Beitragserosion landen.

Unverständlich ist in diesem Zusammenhang aus Sicht der Bundesarbeitskammer, dass das vorgelegte Paket die politisch paktierte und angekündigte Vermögenszuwachssteuer als Beitrag zur nachhaltigen Absicherung der sozialen Krankenversicherung nicht enthält – zumal die oben genannten vom Gesetzgeber der Krankenversicherung aufgebürdeten Lasten im Entwurf nur zum Teil bereinigt werden.

Weiters verweist die Bundesarbeitskammer darauf, dass mit Sparmaßnahmen im niedergelassenen Bereich, wie sie im vorliegenden Entwurf enthalten sind, nur ein Teil der Sparpotenziale im Gesundheitswesen genützt wird. Ein wesentlicher anderer Teil liegt im stationären Bereich bzw in den Schnittstellen zwischen diesen beiden Bereichen, deren Bereinigung mit dem Gedanken der „Finanzierung aus einer Hand“ angesprochen wird. Eine umfassende Zukunftssicherung des Gesundheitswesens erfordert die Einbindung auch dieses Aspekts; ihn bis 2013 (bis zum nächsten Finanzausgleich) aufzuschieben, wäre verfehlt. Die Aufarbeitung dieser komplexen Materie muss jetzt beginnen, wozu die Bundesarbeitskammer das Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend auffordert.

Der Entwurf enthält unmittelbar finanziell wirksame Schritte (volle Abgeltung der nicht abziehbaren Vorsteuer an die Krankenversicherungsträger, Verzicht auf Bundesforderungen, Einführung des Zusatz-Hebesatzes) sowie Effizienzmaßnahmen in vor allem zwei Bereichen: die Verschreibung von Heilmitteln nach dem Prinzip der Kosteneffektivität.



tät (Substitutionsrecht der Apotheken, Einschränkungen in den Spitälern) und eine stärkere Effizienzkontrolle ärztlichen Verhaltens (Rezertifizierung, Kündigungsrecht bei „alten“ Kassenverträgen, Nachweis über erbrachte Leistungen). Die Bundesarbeitskammer unterstützt sowohl diese Maßnahmen als auch die zuerst genannten rein finanziellen Schritte, wird dazu aber im Folgenden neben den oben erhobenen grundsätzlichen Einwänden einige Detailanmerkungen machen. Hervorzuheben ist insbesondere:

- Die bloße Ermächtigung des Finanzministers, 450 Millionen Euro als Beitrag zur akut erforderlichen Entschuldung der Krankenkassen zu leisten, soll zur Verpflichtung umformuliert werden.
- Der Hebesatz („Dienstgeberbeitrag“ des Bundes für krankenversicherte Pensionisten) soll nicht nur vorübergehend, sondern als Dauereinrichtung erhöht werden.
- Die aut idem-Regelung (Gabe des jeweils kostengünstigsten wirkstoffidenten Medikaments) soll so gestaltet werden, dass es möglichst zu keiner Selbstbehalt-Wirkung (durch kostenpflichtige Entscheidung des Patienten für ein anderes Medikament) kommt und dass die Patienten-Compliance (korrekte Einnahme des Medikaments entsprechend der ärztlichen Verschreibung) bestmöglich gesichert wird. Dazu bedarf es größtmöglicher Transparenz im Generika-Einsatz und großzügiger Ausnahmeregelungen.
- Die Instrumente der Rezertifizierung und der Vertragskündigung gegenüber niedergelassenen Ärzten müssen ausschließlich der Qualitätssicherung dienen und dürfen nicht zur Verringerung der Ärztedichte eingesetzt werden.
- Einige Krankenkassen konnten trotz erheblicher Abgänge der Unselbständigen-Kassen auch in den letzten Jahren Rücklagen bilden. Dazu gehört insbesondere die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, die von der Einbeziehung der Vertragsbediensteten in ihren Geltungsbereich profitiert. Von dieser Anstalt werden angemessene Überweisungen an die defizitären Kassen erwartet.
- Soweit sich erweist, dass die vorgeschlagenen Maßnahmen zur finanziellen Sanierung der Krankenversicherung nicht ausreichen und dass die oben geforderte Verbreiterung der Beitragsgrundlage nicht erfolgt, ist die Bundesregierung aufgefordert, die Krankenversicherung auch von den vorliegend nicht in Angriff genommenen sachfremden Belastungen zu befreien.
- Einer der wirksamsten Sparansätze im Gesundheitswesen ist ein vermehrtes Setzen auf die Prävention von Krankheit. Das schon im Koalitionsübereinkommen angekündigte Präventionsgesetz soll daher ebenso rasch angegangen werden wie die im „Aktionsplan für ältere ArbeitnehmerInnen“ geforderten Präventivmaßnahmen, insbesondere der gesetzliche Auftrag an die AUVA, nicht nur Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten im engeren Sinn, sondern berufsbedingten Krankheiten umfassend vorzubeugen.

## **Zu einzelnen Bestimmungen**

### **Zu § 31d des Entwurfs:**

Eine Verpflichtung der Vertragspartner zur Teilnahme an Informationssystemen (ELGA, E-Medikations-Datenbanken) der Sozialversicherung ist aus rechtssystematischen Gründen in dieser Gesetzesstelle verfehlt. Dazu sind ohnehin Novellen in den betroffenen Berufsgesetzen vorgesehen. Unklar ist, was unter „verpflichtend beteiligen“ zu verstehen ist.

### **Zu den §§ 136 Abs 2, 350 Abs 1a und 351c Abs 3a des Entwurfs sowie zur Novelle zum Rezeptpflichtgesetz (Referenzpreissystem):**

Die Einführung des Substitutionsrechts der Apotheken bzw der Hausapotheken führenden ÄrztInnen auf der Grundlage des Referenzpreissystems macht gesetzliche Anpassungen im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG) und im Rezeptpflichtgesetz notwendig. Im ASVG wird die Abgabeverpflichtung „aut idem“ von Arzneispezialitäten durch ApothekerInnen und Hausapotheken führende ÄrztInnen eingeführt. § 136 Abs 2 des Entwurfs regelt die Kostenübernahme von Arzneispezialitäten durch die Sozialversicherung. Im Rezeptpflichtgesetz wird die Möglichkeit eröffnet, Heilmittel entweder unter dem Markennamen oder unter Anführung der Wirkstoffgruppe (inklusive Darreichungsform und Packungsgröße) rechtswirksam verschreiben zu können.

Nach § 350 Abs 1 lit a des Entwurfs kann die Arzneispezialität bei Vorliegen einer entsprechenden Referenzgruppe entweder unter der Wirkstoffbezeichnung oder unter dem Produktnamen verordnet werden. In beiden Fällen haben der/die Apotheker/in bzw die Hausapotheken führenden ÄrztInnen jene Arzneispezialität abzugeben, für die der Referenzpreis gilt (Substitutionsrecht). Der Referenzpreis ist der Kassenverkaufspreis (bezogen auf die Packungsgröße) der in der Referenzgruppe günstigsten Arzneispezialität. Referenzgruppen sind vom Hauptverband zu bilden, wenn mindestens drei laut Warenverzeichnis lieferbare Arzneispezialitäten mit identem Wirkstoff und identer Wirkstoffstärke, Darreichungsform und Packungsgröße im Erstattungskodex angeführt sind. Nach § 350 Abs 1a ASVG kann das Substitutionsrecht durch ein „nec idem“ aus medizinischen Gründen „unterdrückt“ werden.

Die vorgeschlagene Einführung der aut idem-Regelung ist Ausdruck der Tatsache, dass die schon jetzt bestehenden Richtlinien über ökonomische Verschreibweise die Ärztinnen und Ärzte nicht ausreichend motivieren konnten, den Generika-Anteil an den insgesamt verschriebenen Medikamenten so zu erhöhen, dass damit die in den Generika liegenden Sparpotenziale – natürlich ohne Verschlechterung der Behandlungsqualität! – genutzt werden konnten. Grundsätzlich wäre eine Generika-Verordnung bereits durch den behandelnden Arzt im Sinne der Compliance der Patienten wünschenswerter als die Substitution durch die Apotheker; sollte sich im Zuge der Anwendung des neuen Vertragspartnerrechts herausstellen, dass mit einer erhöhten Wirksamkeit der Richtlinien über



ökonomische Verschreibweise zu rechnen ist, könnte zukünftig über eine Neubewertung des Substitutionsrechts diskutiert werden.

Derzeit hält die Bundesarbeitskammer die aut idem-Regelung jedoch für einen tauglichen Ansatz der Verminderung der dramatisch steigenden Heilmittel-Ausgaben der Kassen. Dabei sollten flankierend jedoch folgende Maßnahmen gesetzt werden:

- In der ganz überwiegenden Anzahl der Fälle ist die Verabreichung eines wirkstoffidenten Medikaments auch von therapeutisch identer Wirksamkeit. Es gibt jedoch spezielle Konstellationen, in denen etwa die Isomerie des Wirkstoffs oder die Beistoffe eine entscheidende Rolle spielen (etwa in der brisanten Fallgruppe der Immunsuppressiva oder bei bestimmten Retard-Präparaten). Ärzte und Patienten müssen das absolute Vertrauen gewinnen, dass seitens der Krankenversicherung mit offenen Karten gespielt wird und die völlige Unbedenklichkeit der Generika in den allermeisten Fällen ebenso offengelegt und dokumentiert wird wie die medizinisch-wissenschaftliche Evidenz in jenen Fallgruppen, in denen Bedenken über die therapeutische Äquivalenz bestehen. Eine allgemein zugängliche Datenbank, etwa vergleichbar dem „Orange book“ der US-amerikanischen FDA, wäre hier ein möglicher Weg.
- Neben der beschriebenen Transparenz sind ausreichend großzügige Ausnahmeregelungen das zweite Erfordernis, damit es weder zu Compliance-Störungen noch zu massenhaften Aufzahlungen mit de facto Selbstbehaltwirkung durch misstrauische Patienten kommt: Bei medizinischen Bedenken der oben geschilderten Art muss der Wegfall der aut idem-Regelung ebenso selbstverständlich sein wie bei den ohnehin im Entwurf enthaltenen Ausnahmeregeln, die auch großzügig ausgelegt werden müssen.
- Bei Nichtverfügbarkeit des kostengünstigsten Medikaments in der vom Patienten aufgesuchten Apotheke in zumutbarer Zeit muss sichergestellt werden, dass der Aufpreis auf das dann verfügbare wirkstoffidenten Medikament nicht vom Patienten getragen wird.
- Die in § 351f Abs 3 des Entwurfs vorgesehene Evaluierung der Entwicklung der Abgabe von Arzneyspezialitäten durch die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) soll jedenfalls auch beinhalten müssen, welche PatientInnengruppen von der Möglichkeit der Aufzahlung Gebrauch gemacht haben.
- Entscheidend wäre schließlich, auch die Krankenanstalten verpflichtend in eine aut idem-Regelung einzubinden. Wenn etwa Spitalsärzte auf der Basis großzügiger Rabatte seitens der Pharmaindustrie teure Originalpräparate einsetzen, die aber aus medizinischer Sicht ohne jede Bedenken durch Generika ersetzt werden könnten, kann dies trotz der medizinischen Unbedenklichkeit zu Compliance-Problemen nach Spitalsentlassung führen: Der Patient kann den (im geschilderten Fall unbe-

rechtigten) Eindruck bekommen, im Spital sei er erstklassig versorgt worden, von der Krankenversicherung werde er billig abgespeist.

Die in § 350 Abs 3a des Entwurfs genannte Dokumentationspflicht muss die medizinischen Gründe für den Ausschluss der Ersetzung ausreichend substantiieren, ansonsten würde der Verweis auf § 350 Abs 3 des Entwurfs vorletzter Satz wirkungslos bleiben. Diese Bestimmung sieht nachteilige Folgen für ÄrztInnen vor, die den Ausschluss mangelhaft dokumentieren.

In § 351c Abs 3 ist die Wendung: „...gleiche oder praktisch gleiche Darreichungsform...“ unklar.

Die Festlegung des Referenzpreises zweimal im Jahr weist auf Schwierigkeiten bei der Administration des Referenzpreissystems hin. Um einen stärkeren Preiswettbewerb zu ermöglichen, sind in Zukunft monatliche Referenzpreise oder laufende Preise anzustreben, die den ÄrztInnen in Form eines elektronischen „Tools“ zur Verfügung gestellt werden.

#### **Zu den §§ 343 Abs 2 ff des Entwurfs (Rezertifizierung):**

Zur Umsetzung der sog Rezertifizierung (besser: Reakkreditierung) sieht § 343 Abs 3 ASVG die „Nichtverlängerung“ des Einzelvertrages nach Ablauf von fünf Jahre vor, wenn bestimmte Verhaltensstandards von den VertragsärztInnen nicht erfüllt wurden. Umgekehrt besteht ein Rechtsanspruch auf eine Vertragsverlängerung, wenn den ÄrztInnen keine Verfehlungen vorwerfbar sind. Somit liegt ein mit fünf Jahren gesetzlich befristeter Einzelvertrag vor, der unter bestimmten Voraussetzungen von den Kassen verlängert werden muss. Zu diesen Voraussetzungen gehören „jedenfalls“ die im § 343 Abs 2a des Entwurfs angeführten „Kriterien“, die in einer Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend nach Anhörung der Österreichischen Ärztekammer und des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger zu konkretisieren sind. Die Verordnung darf nur Verträge erfassen, die nach dem 31.7.2008 abgeschlossen werden.

Zu den Kriterien zählen insbesondere Qualitäts- und Ausbildungsanforderungen an die Vertragspartner und die Erfüllung von Dokumentationspflichten. Als „Treuhänder“ der Versicherten und deren DienstgeberInnen müssen die Kassen verlangen können, dass Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Leistungen stimmen. In diesem Sinne könnte die Verordnung eine dringend notwendige Aufwertung der im Qualitätssicherungsgesetz zwar vorgesehenen, aber noch weitgehend unbearbeiteten Qualitätsstandards (Behandlungsleitlinien und -richtlinien) bewirken. Mit Hilfe der GÖG und der ärztlichen Fachgesellschaften könnte die Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend wichtigen „Behandlungspfaden“ rechtliche Verbindlichkeit zuerkennen.

Die „Standards“ der Fort- oder Weiterbildung beziehen sich vor allem auf § 49 Ärztegesetz, wonach ÄrztInnen verpflichtet sind, sich im Rahmen von anerkannten Ausbildungsprogrammen der Ärztekammer fort- oder weiterbilden zu lassen. Diese Auflagen müssen



von der Ärztekammer strenger kontrolliert, zertifiziert und gemäß § 136 Ärztegesetz auch sanktioniert werden.

Von grundlegender Bedeutung für die im Entwurf geplante Rezertifizierung, aber auch für das Verhältnis von VertragsärztInnen und Kassen ist die Einhaltung einer ökonomischen Verschreib- und Behandlungsweise. Darauf hat der Rechnungshof wiederholt hingewiesen (zuletzt im Vergleich WGKK mit OÖGKK, 2008). Beide „Verhaltenskodizes“ sind derzeit in Richtlinien des Hauptverbandes geregelt.

Nach der Richtlinie über die ökonomische Verschreibweise müssten schon derzeit VertragsärztInnen das wirksamste und bei mehreren gleich wirksamen das kostengünstigste Heilmittel verschreiben (siehe auch § 350 Abs 1 Z 3 ASVG). Die Rechtsnatur dieser Richtlinie ist jedoch seit jeher umstritten; nach herrschender Lehre bindet sie lediglich die Versicherungsträger, nicht aber die Vertragspartner (siehe aber § 30 Abs 5 Z 10 ASVG), Verstöße gegen die Richtlinie (auch gegen die Richtlinie über die ökonomische Krankenbehandlung) haben aber auf das Vertragsverhältnis selbst keinen Einfluss. Gerade das aber wäre notwendig, um die Vertragspartner zu einem „ökonomischen“ Handeln zu verhalten. Derzeit gibt es keine gesetzliche Handhabe der gesetzlichen Krankenversicherung, wirksam gegen ÄrztInnen vorzugehen, die nachhaltig das Ökonomiegebot verletzen.

Was bisher fehlt, ist eine klare Rechtslage mit gesetzlichen Verhaltenspflichten für VertragsärztInnen (wie in Deutschland) mit einem wirksamen Sanktionssystem. Eine Verordnung nach § 343 Abs 2b ist deshalb besonders wichtig, da Richtlinien der neuen SV-Holding etwa über „ökonomisches Verhalten“ die Ärzte, die ja gegenüber der Holding nicht Vertragspartner sondern Dritte sind, juristisch nicht binden können. Das juristische Verhältnis zwischen der genannten Verordnung und entsprechenden Richtlinien der Holding wäre jedoch zu klären (etwa in dem Sinne, dass die Richtlinien durch die Verordnung genehmigt und insofern rechtlich in Verordnungsrang erhoben werden).

Nach Auffassung der Bundesarbeitskammer wären Bestimmungen, die für neue (nach dem 31.7.2008 abgeschlossene) Verträge eine Rezertifizierung ausschließen, aber bei gleichartigen Verfehlungen „alter“ Vertragspartner keinerlei Sanktionen vorsehen, inkonsequent und gegenüber den neuen Vertragspartnern unfair. Die Tatsache, dass im Rahmen des Vertragspartnercontrollings die Verschreibungs- und Behandlungspraxis bis ins Detail durchleuchtet werden kann, wäre sinnlos, wenn Qualitäts- oder ökonomische Probleme gegenüber einem Teil der Vertragspartner zu keinerlei Veränderungen führen könnten. Es wird daher begrüßt, dass nunmehr in § 343 Abs 2 lit c des Entwurfs auch für alte (bis zum 31. Juli 2008 abgeschlossene) Verträge die in der gemäß § 343 Abs 2b des Entwurfs erlassenen Verordnung aufgestellten Kriterien zur Anwendung kommen.

Vor diesem Hintergrund erhebt sich allerdings die Frage, warum es bei neuen Verträgen des eigenen Instruments der Rezertifizierung bedarf, wenn auch hier stattdessen die gegenüber den bisherigen Vertragspartnern ermöglichte Kündigung – als einheitliches Instrument – in Frage käme.

Wenn die Bestimmungen über die Rezertifizierung in Kraft treten, ist zur Entscheidung von Streitigkeiten über die Nichtverlängerung des Kassenvertrages die Landesschiedskommission (§ 345a ASVG) für zuständig zu erklären. Die Bedeutung solcher Rechtssachen für die betroffenen ÄrztInnen erfordert die maßgebliche Mitwirkung eines unabhängigen Richters/in an der Entscheidung.

Keinesfalls darf über die Rezertifizierung die Ärztedichte im niedergelassenen Bereich verringert werden. Wo ärztliche Leistungen erbracht werden sollen, ist in einem integrierten Versorgungskonzept zu klären, das Regeln darüber enthält, unter welchen Voraussetzungen PatientInnen in Spitälern, Spitalsambulanzen oder von niedergelassenen ÄrztInnen behandelt werden dürfen und das die Grundlage für die Leistungsangebotsplanung sein soll. Damit sollen ungerechtfertigte Verlagerungen von PatientInnen in den Spitalsbereich vermieden werden, weil die Spitalsträger darauf erwartungsgemäß mit Gegenmaßnahmen zu Lasten der PatientInnen reagieren würden.

#### **Zu § 343e des Entwurfs (Gesamtverträge – Leistungsverträge):**

Stehen keine Gesamtverträge in Geltung („vertragsloser Zustand“) oder werden Einzelverträge in einem solchen Umfang gekündigt, dass eine Leistungserbringung nicht mehr sichergestellt ist, können die Träger in Zukunft mit einzelnen ÄrztInnen „Leistungsverträge“ abschließen. Diese Verträge sind ihrem Wesen nach „Leistungssicherstellungsverträge“, also nicht Dienstleistungsverträge zwischen ÄrztInnen und PatientInnen, wie der Begriff „Leistungsvertrag“ unterstellen könnte, sondern Verträge zwischen Kassen und ÄrztInnen für den Fall eines vertragslosen Zustandes. Klargestellt werden sollte, dass die Leistungsverträge schon ab Aufkündigung eines Gesamtvertrages und nicht erst mit dessen Erlöschen abgeschlossen werden können.

Die Definition des „Leistungsvertrages“ im zweiten Satz des § 343e des Entwurfs kann entfallen.

Die Bundesarbeitskammer stellt in Frage, ob ÄrztInnen, die im vertragslosen Zustand einen Leistungsvertrag erhalten haben, ein Rechtsanspruch auf Abschluss eines Einzelvertrages zugestanden werden soll, sobald wieder ein Gesamtvertrag vorliegt. Damit sollen ÄrztInnen, die sich nicht am vertragslosen Zustand beteiligt und Leistungsverträge abgeschlossen haben, gegenüber ÄrztInnen, die etwa auf Grund eines Beschlusses der Ärztekammer keine Leistungsverträge eingehen wollten, begünstigt werden.

LeistungsvertragsärztInnen, die den Anspruch auf einen Einzelvertrag gegenüber einer Krankenkasse geltend machen, müssten nach dem Entwurf bevorzugt vor anderen ÄrztInnen in den Einzelvertrag genommen und im Stellenplan untergebracht werden. Daraus folgt, dass unter Umständen auch ÄrztInnen, die früher über einen Einzelvertrag verfügten, leer ausgehen könnten, weil keine Planstelle mehr vorhanden ist, obwohl sie in qualitativer Hinsicht nachweislich die besseren Vertragspartner für die Krankenkassen wären. Demgegenüber wird angeregt, den Abschluss von Leistungsverträgen nicht nach-



träglich durch ein Recht auf einen Einzelvertrag zu gratifizieren, sondern auch hier die Reihungskriterienverordnung anzuwenden, wobei für den Leistungsvertrag Zusatzpunkte vergeben werden könnten. Der letzte Satz des § 343 e des Entwurfs sollte daher gestrichen werden.

#### **Zu § 340b des Entwurfs (Nachweis über erbrachte Leistungen):**

Der im neuen § 340 b des Entwurfs geplante „Nachweis über die erbrachten Leistungen“ (fälschlicherweise auch Patientenquittung genannt) soll PatientInnen die Möglichkeit geben, zu überprüfen, ob die vom Arzt quittierten – und dementsprechend wohl auch der Krankenversicherung verrechneten – Leistungen deckungsgleich mit den an ihm erbrachten Leistungen sind. Stimmen die tatsächlich erbrachten mit den in der Quittung ausgewiesenen Leistungen nicht überein, können PatientInnen vom Arzt/von der Ärztin eine Berichtigung verlangen und/oder sich an die zuständigen Krankenkasse wenden. Diese Maßnahme soll Leistungstransparenz und Eigenverantwortung steigern.

Eine Rechnungslegung über erbrachte Leistungen ist im gesamten Dienstleistungsbe-  
reich eine Selbstverständlichkeit („Klare Rechnung, gute Freunde“), und da sollte auch die ärztliche Behandlung keine Ausnahme bilden, zumal hier ein Dritter – die Krankenversicherung – die Rechnung begleicht.

Es muss allerdings darauf geachtet werden, dass die Patientenquittung so formuliert wird, dass damit in keiner Weise Schuldgefühle des Patienten über die empfangene Behandlung insinuiert werden. Es ist auch die Gefahr nicht zu vernachlässigen, dass bei dieser Maßnahme Anspruch und Wirklichkeit auseinander fallen. Infolge des besonderen Vertrauensverhältnisses zwischen PatientInnen und den behandelnden ÄrztInnen und der Abhängigkeit der PatientInnen vom Expertenwissen des Arztes/der Ärztin wird die Courage des Patienten, zugunsten der Krankenversicherung auf allfällige Ungereimtheiten aufmerksam zu machen, begrenzt sein. Damit die Patientenquittung Sinn entfalten kann, sollte jedenfalls sichergestellt sein, dass die Krankenversicherungsträger die Übereinstimmung der Quittungen mit den ihnen (also den Krankenversicherungsträgern) verrechneten Leistungen überprüfen können. Ebenso sollte – insbesondere durch Evaluation – gesichert werden, dass die Kosten-Nutzen-Relation der Patientenquittung für die Krankenversicherung passt.

Der Begriff „Patientenquittung“ ist übrigens insofern unzutreffend, als im Entwurf auf den Nachweis der Höhe der Vergütung der erbrachten Leistungen verzichtet wurde. Das ist insofern eine gute Entscheidung, als in den Ordinationen vielfach auch Leistungen erbracht werden, die wegen der Behandlungspauschale oder der degressiven Honoraransätze nicht gesondert abgegolten und daher auch nicht ausgewiesen werden können. Diese Funktion übernimmt derzeit die von den Kassen den Versicherten jährlich übermit-

telten Auskünfte über den Wert der von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommenen Leistungen (LIVE).

#### **Zu den Grundsatzbestimmungen des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten:**

Die Bundesarbeitskammer unterstützt die in § 24 des obgenannten Bundesgesetzes vorgesehene Verordnung von Heilmitteln für die Versorgung nach der Entlassung aus dem Spital. Sie müssen unter Beachtung des Erstattungskodex, der Richtlinie über die ökonomische Verschreibweise und des Referenzpreissystems erfolgen. Damit aber auch die Erfahrung und Expertise der hoch qualifizierten SpitalsärztInnen hinsichtlich innovativer Heilmittel genützt wird, soll jedenfalls zur Vorbereitung der Entlassung eine Abstimmung (also nicht: Zustimmung) mit dem cheförztlichen Dienst erfolgen. Ausnahmsweise soll somit auch dann ein für den/die Patienten/in nachweislich wirksames Heilmittel außerhalb des Spitals bezogen werden können, wenn es nicht im Erstattungskodex steht.

#### **Zu den Schlussbestimmungen:**

Erstaunlich ist der in den Schlussbestimmungen (§ 635 Abs 1 Z 2 des Entwurfs) vorgesehene Wirksamkeitsbeginn der Substitutionsregelung mit dem 1.1.2010. Es ist unverständlich, warum für die Vorbereitung einer an sich relativ einfachen Maßnahme so viel Zeit benötigt wird. Der Wegfall des § 350 Abs 1 Z 2 ASVG ist dabei nicht zwingend erforderlich.

Die Verordnung nach § 343 Abs 2b ASVG sollte früher als am 1.8.2009 erlassen werden.



Herbert Tumpel  
Präsident



Christoph Klein  
IV des Direktors