



Bundesministerium für
Gesundheit, Familie und Jugend
Radetzkystraße 2
1031 Wien

Email: vera.pribitzer@bmgfj.gv.at

Wien, am 27. Mai 2008

**Stellungnahme zum Entwurf des BMGFJ vom 14.05.2008 –
Krankenversicherungs-Änderungsgesetz (KV-ÄG)**

Sehr geehrte Damen und Herren,

zu dem Entwurf des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend über ein Krankenversicherungs-Änderungsgesetz – KV-ÄG wird wie folgt Stellung genommen:

Der vorliegende Gesetzesentwurf soll die Umsetzung des am 7.4.2008 von ÖGB und WKÖ vorgestellten Sozialpartner-Papiers zur Zukunftssicherung für die soziale Krankenversicherung darstellen. Auffallend ist jedoch, dass manche Maßnahmen des Sozialpartner-Papiers nicht umgesetzt wurden (z.B. Finanzierung aus einer Hand, bedarfsorientierte Stellenplanung, Neuregelung der Wahlarztvergütung, Spannungslenkung beim Großhandel und bei den Apotheken, Einfrieren der Pauschalzahlungen an die Landesfondsspitäler, Hanusch-Krankenhaus), wohingegen Maßnahmen enthalten sind, die im Sozialpartner-Papier nicht vorkommen (z.B. verpflichtende Beteiligung an ELGA, verpflichtende Preisnachlässe der pharmazeutischen Unternehmer und Depositeure).

Nach welchen Kriterien die Auswahl der Maßnahmen erfolgte, wird nicht erwähnt; den Erläuterungen ist oftmals nur zu entnehmen, dass eine bestimmte Maßnahme gesetzt werden soll, eine nähere Begründung, warum dies der Fall ist und welchem strukturellen Problem damit begegnet werden soll, fehlt weitgehend (siehe beispielsweise die Erläuterungen zu Aut-idem und Referenzpreissystem sowie zur Wirkstoffverschreibung, Anwendung des Erstattungskodex im Krankenhaus, verpflichtende Preisnachlässe für die Pharmawirtschaft).

Da im Gesetzesentwurf somit in zentralen Punkten die gesetzgeberischen Beweggründe nicht offen gelegt werden, fällt es schwer nachzuvollziehen, warum einzelne Maßnahmen vorgeschlagen werden und von anderen abgesehen wird. Was übrig bleibt, sind die allgemeinen Erläuterungen, wonach Ziel der vorgeschlagenen Maßnahmen die „nachhaltige Absicherung im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung“ (Vorblatt) bzw. die „Sicherstellung der finanziellen Leistungsfähigkeit der Krankenversicherung“ (Allgemeiner Teil) ist.

Festzuhalten ist, dass der in den Erläuterungen festgehaltene Grundsatz, dass die Führung der sozialen Krankenversicherung nach dem Prinzip einer einnahmenorientierten Ausgabengestaltung erfolgen soll, dem Leistungsanspruch der Versichertengemeinschaft nach dem ASVG widerspricht.

Es ist nicht nachzuvollziehen, warum auf signifikante Maßnahmen zur Finanzierungssicherung der Krankenversicherung (z.B. Finanzierung aus einer Hand, bedarfsorientierte Stellenplanung, Neuregelung der Wahlarztvergütung, Spannsenkung beim Großhandel und bei den Apotheken, Einfrieren der Pauschalzahlungen an die Landesfondsspitäler, Hanusch-Krankenhaus) verzichtet wird, aber Maßnahmen wie bsplw. Aut-idem vorgeschlagen wurden.

Zusammenfassend ist daher festzuhalten, dass der Begutachtungsentwurf zum KV-ÄG versorgungspolitisch gravierende Einschnitte für PatientInnen enthält.

Zu den Maßnahmen im Einzelnen:

Referenzpreismodell und Aut-idem-Regelung:

Den finanziellen Erläuterungen zu dem vorliegenden Gesetzesentwurf ist zu entnehmen, dass aufgrund einer Studie des ÖBIG angeblich mit jährlichen Einsparungen beim Heilmittelaufwand von 35 Mio. € nach Einführung von Aut-idem in Verbindung mit einem Referenzpreissystem zu rechnen ist. Die vorgenannte Studie wurde weder veröffentlicht, noch enthalten die erläuternden Bemerkungen weiterführende Hinweise wie dieses Einsparungsvolumen zustande kommt.

Die derzeit geltenden und besonders restriktiven Preisregelungsmechanismen im österreichischen Sozialversicherungssystem lassen an diesem Einsparungspotential zweifeln.

Die Bestimmung eines Einsparungsvolumens anhand eines Vergleichs mit anderen Referenzpreissystemen in Europa läuft Gefahr, die spezifischen rechtlichen Rahmenbedingungen in Österreich außer Acht zu lassen. Bei Markteintritt eines 3. Generikums ist in Österreich (und nur hier) das Originalprodukt eben auf dieses Preisniveau zu senken. Österreich liegt auf Basis der Fabrikabgabepreise bereits jetzt 18,6 % unter dem Durchschnittspreisniveau der EU-15-Länder bei Medikamenten.

Neben dem fragwürdigen Einsparungspotential bestehen insbesondere im Hinblick auf die inhaltliche Ausgestaltung der Aut-idem-Regelung massive Bedenken, da diese gravierende Einschnitte in der Versorgung der PatientInnen mit sich bringt; im Einzelnen:

- § 350 Abs. 1a Z 1 ASVG: Die Bezeichnung „Verordnung einer ArzneySpezialität unter ihrer Wirkstoffbezeichnung“ ist ein Widerspruch in sich: Entweder es wird eine ArzneySpezialität oder eben nur ein Wirkstoff verschrieben; wird aber nur ein Wirkstoff verschrieben, so kann darunter nicht uno actu die Verschreibung einer ArzneySpezialität verstanden werden. Bei Aut-idem sollte nur die ArzneySpezialität ausgetauscht werden. Aus diesem Grund wäre die Ziffer 1 zu streichen.
- § 350 Abs. 1a Z 2 ASVG: Angesichts dessen müsste die Verordnung der ArzneySpezialität mit ihrem Produktnamen (ohne Aut-idem-Ausschluss) ohne zeitliche Befristung vorgesehen werden.
- § 350 Abs. 1a Z 3 ASVG: Abgesehen davon, dass der Ausdruck „Ausschluss der Ersetzung“ sprachlich nicht besonders glücklich ist, lässt die Aufzählung der medizinischen Gründe, die einen Aut-idem-Ausschluss rechtfertigen würden, - entgegen anderslautender politischer Ankündigungen - die Anführung von chronischen Krankheiten vermissen. Es wird daher folgende Ergänzung vorgeschlagen:

Im § 350 Abs. 1a wäre vor dem letzten Satz folgender Satz einzufügen:

„Dies gilt nicht für ArzneySpezialitäten, die der Behandlung von chronischen Krankheiten dienen (§ 351c Abs. 4), denen eine Medikationsempfehlung aus medizinischen Gründen gemäß § 24 Abs. 2 zweiter Satz KAKuG zugrunde liegt sowie bei ArzneySpezialitäten, auf die der/die Versicherte bereits eingestellt ist oder deren Preis das Referenzpreisniveau nicht übersteigt.“

Warum nach lit. b nur die Therapie-Akzeptanz von Kindern zu einem Aut-idem-Ausschluss führen soll, die Therapie-Akzeptanz von älteren Personen jedoch kein Kriterium ist, ist nicht einsichtig und widerspricht auch den Erläuterungen, in denen die Möglichkeit zum Aut-idem-Ausschluss ausdrücklich mit der Förderung der PatientInnen-Compliance begründet wird. Ist die Therapie-Akzeptanz für ältere Personen kein Ausschluss-Kriterium für Aut-idem, besteht die Gefahr, dass gerade die Compliance bei älteren Patientinnen und Patienten durch Therapieumstellungen leidet, was sowohl gesundheits- als auch versorgungspolitisch zu einer Schlechterstellung führen würde. Es wird daher vorgeschlagen, die Compliance generell als Ausschlusskriterium zu formulieren:

§ 350 Abs. 1a lit. b lautet:

„b) Sicherstellung der Akzeptanz der angeordneten Therapie,“

Als genereller Kritikpunkt an der Aut-idem-Regelung stellt sich die Haftungsfrage dar: Ist gegenüber dem Patienten bisher der Arzt für eine Therapieein- bzw. -umstellung haftungsrechtlich verantwortlich, so führt Aut-idem im Ergebnis zu einer

Verlagerung der haftungsrechtlichen Verantwortung ins Nebulose. Da eine Therapieumstellung bei Aut-idem letztlich nicht mehr vom Arzt vorgenommen wird, der Apotheker aber das kostengünstigste Arzneimittel abzugeben hat und der Hauptverband dies im Zuge der Bildung der Referenzgruppen festlegt, wozu er per Gesetz aufgefordert sein würde, besteht für den Patienten keine klare haftungsrechtliche Zuordnung von möglichen Nebenwirkungen nach Therapieumstellungen zu einem Gesundheitsdiensteanbieter mehr. Die haftungsrechtliche Stellung des Patienten wird verschlechtert und mit ihr das Vertrauen des Patienten in unser Gesundheitssystem beeinträchtigt. Nebenwirkungen auf Grund einer Umstellung von medikamentösen Therapien sind aber durch die Erfahrung in anderen Ländern, wo es Aut-idem bereits gibt, belegt (z.B. in Schweden, aber auch in Deutschland); sie können sich gerade bei der Umstellung von einem Generikum auf ein anderes ergeben, da hierbei - zusätzlich zu den unterschiedlichen Hilfsstoffen - die Bioäquivalenzabweichung wesentlich abweichen kann (nach EU-Guidelines bis zu max. 56 %), als bei einer Umstellung von einem Originalpräparat auf ein Generikum.

In Anbetracht dessen ist es wenigstens erforderlich, ein Umstellungsverbot innerhalb der Arzneyspezialitäten auf Referenzpreisniveau zu statuieren. Siehe daher die oben vorgeschlagene Satzergänzung zu § 350 Abs. 1a ASVG.

Hinsichtlich der Bestimmung über die Bildung der Referenzgruppen (§ 351c Abs. 3a ASVG) ist Folgendes anzumerken:

Es fehlt eine Bestimmung dass eine Referenzgruppe erst dann gebildet werden darf, wenn zumindest drei Arzneyspezialitäten gemäß der Definition nach § 1 Z 19 AMG zu unterschiedlichen Zeitpunkten in den Grünen oder Gelben Bereich des Erstattungskodex aufgenommen wurden und deren Preisbildung einschließlich des Originalprodukts bereits nach § 351c Abs. 10 Z 1 ASVG und dem Grundsatzbeschluss der Heilmittellevaluierungskommission zu den ökonomischen Beurteilungskriterien abgeschlossen ist.

Der Referenzpreis hat sich an den drei günstigsten Arzneyspezialitäten zu orientieren. Der Referenzpreis ist so festzusetzen, dass zumindest drei Arzneyspezialitäten am oder unter dem Referenzpreis liegen, sodass die Versorgung der PatientInnen sichergestellt ist.

Es fehlt weiters eine Bestimmung, dass nur eine Referenzgruppe mit jenen Arzneyspezialitäten gebildet werden darf, die für dieselben Anwendungsgebiete zugelassen sind. Überhaupt stellt die Aut-idem-Regelung bei Arzneyspezialitäten für mehrere zugelassene Indikationen ein Problem dar: Da zwischen Apothekenangestellten und Patienten in der Regel kein Therapiegespräch stattfindet, kann es zu Fehlmedikationen kommen, wenn es um die Behandlung bestimmter Indikationen geht. In diesen Fällen wird es vermehrt zu Rückfragen von Apotheken bei den verschreibenden Ärzten kommen.

Laut Erläuterungen sind 28 und 30 Stück Packungen praktisch gleiche Packungsgrößen. Da als Referenzpreis jedoch derjenige für das kostengünstigste Arzneimittel heranzuziehen ist, was in der Regel der Preis für die 28 Stück Packung sein wird, wird es im Ergebnis dazu kommen, dass nur mehr 28 Stück Packungen auf dem Markt gebracht werden. Das bedeutet

jedoch, dass bei niedrigerer Stückzahl pro Packung der Patient öfter Rezeptgebühr zahlen muss. Auf diese Weise kann die Referenzpreisbildung zu einer Verschlechterung für die Patienten führen.

Für den Fall, dass Arzneispezialitäten innerhalb einer Referenzgruppe wegfallen, fehlen überhaupt Bestimmungen über die Auflösung von Referenzgruppen.

Im Gesetzesentwurf gar nicht angesprochen sind die möglichen Auswirkungen einer Wirkstoffverschreibung auf das österreichische System der Pharmakovigilanz. Das gesamte Regime der Nebenwirkungsmeldungen ist nach den Bestimmungen des Arzneimittelgesetzes produktbezogen und nicht wirkstoffbezogen ausgestaltet. Ohne flankierende Bestimmungen besteht die Gefahr, dass Nebenwirkungen, die bei einem Produkt auftreten, automatisch allen Produkten derselben Wirkstoffgruppe zugerechnet werden, ohne dass es bei den anderen Produkten überhaupt zu Nebenwirkungen gekommen sein muss. Entsprechende administrative und wirtschaftliche Auswirkungen wären zu befürchten.

Zuzahlung des Patienten:

Die Krankenkasse soll in Zukunft Arzneispezialitäten nur mehr höchstens bis zum Referenzpreis erstatten. Da unklar ist, bis zu welchem Betrag nach welchen Kriterien dann tatsächlich erstattet wird, sollte der Ausdruck „höchstens bis“ entfallen.

Grundsätzlich ist zu dieser Aufzahlungsmöglichkeit des Patienten anzumerken, dass dies als ein Stück **gesetzlich verankerter Zwei-Klassen-Medizin** verstanden werden könnte: Wer aufzahlt oder aufzahlen kann, hat die Möglichkeit, das vom Arzt verordnete Arzneimittel zu bekommen, alle anderen bekommen das kostengünstigste vom Apotheker. Mit dieser Aufzahlungsmöglichkeit wird im Übrigen das in der Krankenversicherung geltende Sachleistungsprinzip verlassen und eine grundsätzliche systemfremde Mischleistung zwischen Sach- und Geld- bzw. Kassen- und Privatleistung kreiert. So wird vom Patienten für den von der Kostenübernahme durch die Kassen betroffenen Leistungsteil die Rezeptgebühr eingehoben und zusätzlich der Aufzahlungsbetrag als Differenz zwischen Referenzpreis und Kassenverkaufspreis. Dieser Umstand muss beim Patienten als die Einführung eines zusätzlichen Selbstbehalts empfunden werden. Hat er beispielsweise die 30 Stück Packung (= Monatsbedarf) bis jetzt anstandslos gegen Zahlung der Rezeptgebühr erhalten, so würde er nun die 28 Stück Packung bekommen und die 30 Stück Packung nur gegen Aufzahlung.

Im Übrigen heißt es im – unverändert bleibenden – § 136 Abs. 3 ASVG, dass die Rezeptgebühr für jedes auf einem Rezept verordnete und auf Rechnung des Versicherungsträgers bezogene Heilmittel zu bezahlen ist. Wie oben gezeigt, wird bei Wirkstoffverschreibungen – die ab 1.1.2012 verpflichtet sein sollen – gar kein Heilmittel als solches verordnet; bei Aufzahlungen ist das Arzneimittel zudem nur zum Teil auf Rechnung des Versicherungsträgers bezogen. Es stellt sich die Frage, ob die Rezeptgebührenbestimmung dann überhaupt noch anwendbar ist.

Ebenso scheinen die Grenzen zwischen Sach- und Geldleistungsberechtigten nach dem GSVG zu verschwimmen: Wird gemäß § 85 Abs. 2 lit. c GSVG für Geldleistungsberechtigte ein

Kostenersatz von 80 % des Kassenverkaufspreises abzüglich der Rezeptgebühr gewährt, so kann dies unter Umständen eine höhere Kostenübernahme bedeuten, als im Aufzahlungsfall für Sachleistungsberechtigte.

Eine weitere Frage stellt sich im Zusammenhang mit der Rezeptgebühren-Befreiung: Gilt die Befreiung auch für den Aufzahlungsbetrag? Mangels konkreter gesetzlicher Anordnung muss davon ausgegangen werden, dass dies nicht intendiert ist. Das würde aber umgekehrt bedeuten, dass derjenige, der auf Grund von besonderer sozialer Schutzbedürftigkeit von der Zahlung der Rezeptgebühr befreit ist, Aufzahlungen trotzdem zu leisten hätte, will er bei seiner Therapieeinstellung bleiben. Auf diese Weise wird die Abwägung medizinische Therapie vs. Einsatz finanzieller Mittel auf den Versicherten verlagert, was dem der sozialen Krankenversicherung zugrunde liegenden Versicherungsprinzip zuwider läuft und vom Ansatz her einen Rückschritt in Zeiten vor Bestehen der Sozialversicherung bedeutet. Mit Einführung der sozialen Krankenversicherung sollte ja gerade die finanzielle Belastung des Einzelnen im Krankheitsfall diesem abgenommen und auf eine Solidargemeinschaft übertragen werden.

Die Einführung einer Aufzahlungsmöglichkeit in diesem Gesetzesentwurf konterkariert im Übrigen das Regierungsprogramm und die im Zuge dessen mit der letzten ASVG-Novelle eingeführte Rezeptgebührenobergrenze von 2 % des Nettoeinkommens per 1.1.2008.

Erstattungskodex im Krankenhaus:

Bei den Bestimmungen des Artikel 9 (Änderungen des KAKuG) fällt insbesondere auf, dass sie nicht auf die Regelungen über den niedergelassenen Bereich abgestimmt zu sein scheinen. Nach § 19a Abs. 4 Z 3 KAKuG ist jedenfalls das ökonomisch günstigste Arzneimittel, nur gegebenenfalls unter Beachtung des vom Hauptverband festgelegten Referenzpreises zu wählen. Im § 24 Abs. 2 KAKuG wird bestimmt, dass ab 1.1.2010 Wirkstoffempfehlungen stattzufinden haben, „sofern sich nicht die Empfehlung aus medizinischen Gründen auf ein bestimmtes Präparat beziehen muss“. Im niedergelassenen Bereich fehlt aber eine ausdrückliche Bestimmung, dass diesfalls Aut-idem auf jeden Fall ausgeschlossen ist. Siehe daher die oben vorgeschlagene Satzergänzung zu § 350 Abs. 1a ASVG.

Verpflichtende Preisnachlässe:

Artikel 12 des KV-ÄG enthält ein eigenes Bundesgesetz zur Dämpfung der Heilmittelkosten für die Jahre 2008 bis 2010. Als ob die Steigerung der Heilmittelkosten ausschließlich auf die hohen Medikamentenpreise zurückzuführen wäre (was nachweislich nicht stimmt) und es keine anderen Maßnahmen zur Dämpfung der Heilmittelkosten gäbe, enthält dieses Gesetz als einzige Maßnahme die Einführung von verpflichtenden Preisnachlässen für die pharmazeutischen Unternehmer und Depositeure (Zwangsrabatte). Wie hoch die Rabatte sein sollen, ist dem Begutachtungsentwurf nicht zu entnehmen, er setzt die Höhe der Preisnachlässe mit „x %“ fest. Dass daher auch eine finanzielle Erläuterung fehlt, vermag daher nicht zu verwundern. Umso mehr Verwunderung lösen indes die erläuternden Bemerkungen aus, wenn sie davon sprechen, dass ein bestimmter Prozentsatz vorgesehen

wurde. Ungeachtet dessen, dass ein gesetzlicher Zwangsrabatt aus wirtschaftspolitischen und eigentumsrechtlichen Gründen abgelehnt werden muss, nachstehend ein paar Anmerkungen zur legislatischen Ausgestaltung:

Der verpflichtende Preisnachlass ist so konzipiert, dass er von der Pharmawirtschaft erst gar nicht zu gewähren ist (Widerspruch zur Anordnung im § 1 Abs. 1 dieses Bundesgesetzes), sondern ihr gleich vorenthalten wird (kommt einer Enteignung gleich), indem die Apotheker bzw. Großhändler ermächtigt werden, den Preisnachlass selbständig gegenüber dem Lieferanten in Abzug zu bringen (§ 1 Abs. 3 und 4). Dass dies mitunter zu Rechtsstreitigkeiten führen wird, da dem liefernden pharmazeutischen Hersteller ja gar nicht ersichtlich ist, ob der selbständig abgezogene Rabatt auch tatsächlich vom Apotheker bzw. Großhändler dem gesetzlichen Krankenversicherungsträger weitergegeben wurde (was aber Voraussetzung laut § 1 Abs. 2 ist), war den Erfindern dieses Bundesgesetzes offenbar bewusst, denn § 3 sieht vor, dass Streitigkeiten aus den Forderungen nach § 1 Abs. 3 und 4 im Rechtsweg vor den ordentlichen Gerichten geltend zu machen sind. Damit kommt implizit zum Ausdruck, dass es zu Forderungen der Pharmawirtschaft kommen kann, die einklagbar sind. Nicht erwähnt wird jedoch, worin diese Forderungen konkret bestehen könnten und wie sie im Zivilprozess bewiesen werden können, da ja die Beweisführung hinsichtlich der Rabattweitergabe an die Krankenversicherung vom klagenden Pharmaunternehmen mangels Unterlagen nahezu unmöglich ist.

Das Gesetz könnte demnach im Ergebnis eine Klagsflut innerhalb der Versorgungskette zur Folge haben. Ob es jedoch sinnvoll ist, die Gesundheitspartner untereinander vor die Zivilgerichte zu treiben, darf bezweifelt werden. Einer gesicherten Gesundheitsversorgung für die Patienten dient dies jedenfalls nicht.

Verpflichtende Preisnachlässe im Zusammenhang mit dem Referenzpreismodell bzw. Autidem wird besonders auch für in Österreich produzierende Generikahersteller zu einem Price-cut führen, der wirtschaftlich kaum zu verkraften sein wird. Umso erstaunlicher muten daher die wirtschaftspolitischen Aussagen zu den Auswirkungen des Gesetzesentwurfes auf Beschäftigung und Wirtschaftsstandort Österreich auf dem Vorblatt der Erläuterungen an, wo von der „Absicherung der Beschäftigungslage im Gesundheitssektor“ und der „Schaffung hochqualifizierter Arbeitsplätze im Bereich der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen“ gesprochen wird.

(Einzel-)Leistungsverträge und Rezertifizierung:

(Einzel-)Leistungsverträge sollen für den Fall ermöglicht werden, dass keine Gesamtverträge abgeschlossen werden und eine ausreichende Versorge der Versicherten mit Leistungen der Krankenbehandlung nicht mehr gesichert ist. Es ist aber keineswegs sicher, ob durch Einzelverträge diese Versorgungssicherheit gewährleistet werden kann. Setzt ein Gesamtvertrag die Einigung zwischen Krankenversicherung und Ärztekammer voraus, so braucht es bei Einzelverträgen genügend Ärzte, die solche auch abschließen wollen. Wenn aber im gesamtvertragslosen Zustand die Ausstellung höherer Privathonorarnoten möglich ist, so kann es in Teilbereichen (z.B. bei technischen Fächern) dazu kommen, dass sich bei den Krankenkassen nicht genügend einzelvertragswillige Ärzte melden. Das Ergebnis ist nicht

ein Mehr an Versorgungssicherheit, sondern privat zu finanzierende Medizin mit sozialen Härtefällen und entsprechenden Konsequenzen für unser Gesundheitssystem.

Unterstützt würde eine solche Entwicklung dadurch, dass es in Zukunft alle 5 Jahre eine Rezertifizierung des Einzelvertrages braucht, um weiter Vertragsarzt sein zu können. Rechtspolitisch besonders bedenklich ist dabei, dass der Einzelvertrag per Gesetz ohne Kündigung erlöschen soll, wenn bestimmte durch Verordnung festzulegende Kriterien nicht erfüllt sind, d.h. es wird dem Vertragsarzt die Möglichkeit genommen, die von der Kasse festgestellte Nicht-Erfüllung der Kriterien zu bekämpfen.

Bei den Kriterien ist besonders auffällig, dass für den Weiterbestand des Vertragsverhältnisses „effizientes Vorgehen bei ärztlichen und ärztlich veranlassten Leistungen“ verlangt wird. Wird dem Arzt jedoch die Möglichkeit eingeräumt, Aut-idem aus medizinischen Gründen ausschließen zu können, so kann es ihm nicht auf der anderen Seite angelastet werden, wenn es um die Rezertifizierung seines Vertrages geht (denn da geht es offensichtlich nur mehr um die Effizienz). Der Gesetzesentwurf lässt hier in der Zusammenschau der Bestimmungen ein nicht ausgewogenes Verhältnis von Medizin und Ökonomie erkennen.

Laut finanziellen Erläuterungen erwartet man sich mit den vorgeschlagenen Maßnahmen im Vertragspartnerbereich bis 2010 eine Kostendämpfung von 98 Mio. €. Vollkommen unklar ist, wie diese Kostendämpfung zustande kommen soll bzw. wie sie berechnet ist. In Anbetracht der bereits jetzt geltenden Richtlinien über die ökonomische Krankenbehandlung und über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen, deren Kontrolle ja den Krankenversicherungsträgern obliegt, kann eine zur Erreichung des Dämpfungspotentials offenbar intendierte weitergehende Ökonomisierung der Krankenbehandlung nur eine versorgungspolitische Verschlechterung für die Versicherten zur Folge haben. Keine Kostendämpfungsprognosen werden für den Zeitraum nach der ersten Rezertifizierungswelle gestellt. Sollte dieses Instrument jedoch eingesetzt werden, um die Zahl der Vertragsärzte zu reduzieren, so hat auch das versorgungspolitische Auswirkungen und kann das Arzt-Patienten-Verhältnis enorm beeinträchtigen.

Patientenquittung:

Ein unmittelbar nach jeder Inanspruchnahme auszustellender Nachweis über die erbrachten Leistungen, so der Textentwurf, ist im geltenden degressiv gestaffelten Tarifsysteem faktisch nicht realisierbar. Im Übrigen werden die in den Erläuterungen angeführten Verwaltungskosten von (nur) 20 Mio. € angesichts der Fülle von Arztkontakten bezweifelt.

In den Erläuterungen ist die Einführung einer Patientenquittung mit der „Sensibilisierung der Versicherten für die mit einer Inanspruchnahme der Vertragspartner/innen einhergehenden Leistungen“ erklärt. Dies setzt voraus, dass der Inhalt der Patientenquittung für den medizinisch ungeschulten Laien auch verständlich ist. Leistungsbeschreibungen nach medizinischem Fachvokabular werden zu Missverständnissen und Nachfragen seitens des Patienten führen, ob damit eine Sensibilisierung erreicht werden kann, ist zweifelhaft.

Konkrete Maßnahmen zur Effizienzsteigerung und Kostendämpfung in der gesetzlichen Krankenversicherung im Ausmaß von 150 Millionen Euro:

In diesem Zusammenhang ist erstaunlich, dass die erst kürzlich mit dem SVÄG 2007 beschlossene Übergangsbestimmung des § 634 Abs. 8 ASVG gestrichen werden soll und das Ziel der finanziellen Absicherung der Krankenversicherung überwiegend durch Bundesmittel erreicht werden soll. Auf Grund dieser Bestimmung hätte aber – in Entsprechung des Regierungsprogramms – der Hauptverband im Gegenzug für die erfolgte Beitragserhöhung per 1.1.2008 zur finanziellen Absicherung der Krankenversicherung „konkrete Maßnahmen zur Effizienzsteigerung und Kostendämpfung in der gesetzlichen Krankenversicherung im Ausmaß von 150 Millionen Euro“ zu beschließen gehabt, wobei die Gesundheitsministerin im Einvernehmen mit dem Finanzminister die Möglichkeit gehabt hätte, die Beitragserhöhung rückgängig zu machen, sollten die Maßnahmen nicht ausreichend sein. Mit der Streichung der Bestimmung entzieht man sich nun ohne ersichtlichen Grund der Bewertung durch die Bundesregierung.

In dem beigefügten Verteilungsschlüssel über die Aufteilung der Gelder aus dem Forderungsverzicht durch den Finanzminister ergibt sich, dass der überwiegende Anteil an den 450 Mio. € der WGKK zufließt. Auffallend gering ist der Betrag, der der NÖGKK zukommt, womit sich die Frage nach der Ausgewogenheit der finanziellen Entlastung innerhalb der Krankenkassen stellt. Dem Entwurf ist im Ergebnis nicht zu entnehmen, ob tatsächlich alle finanziell angeschlagenen Kassen abgesichert werden.

Abschließend ist festzuhalten, dass der Begutachtungsentwurf zum KV-ÄG versorgungspolitisch gravierende Einschnitte beinhaltet, eine Zwei-Klassen-Medizin einführt und sich nicht an den Notwendigkeiten der PatientInnen orientiert.

Eine weitere Ausfertigung dieser Stellungnahme ergeht an die Email-Adresse begutachtungsverfahren@parlinkom.gv.at.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Jan Oliver Huber

Generalsekretär