

**HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER**

A-1031 WIEN

KUNDMANNGASSE 21

POSTFACH 600

DVR 0024279

VORWAHL Inland: 01, Ausland: +43-1

TEL. 711 32 / KI. 1211

TELEFAX 711 32 3775

Zl. 12-REP-42.01/08 Ht/Er

Wien, 27. Mai 2008

An das
Bundesministerium für
Gesundheit, Familie und Jugend

Per E-Mail

An das
Bundesministerium für
Soziales und Konsumentenschutz

Per E-Mail

An das
Präsidium des Nationalrats

Per E-Mail

Betr.: Krankenversicherungs-Änderungsgesetz – KV-ÄG

Bezug: E-Mail des BMGFJ vom 14. Mai 2008;
GZ: 96100/0010-I/B/9/2008

Sehr geehrte Damen und Herren!

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger nimmt hiemit zum Entwurf des Krankenversicherungs-Änderungsgesetzes – KV-ÄG Stellung.

Anmerkungen, die beim ASVG gemacht werden, erstrecken auch auf die Parallelbestimmungen der übrigen Sozialversicherungsgesetze.

Vor allem für das Vertragspartnerrecht gilt, dass die Rechtsnachfolge bzw. die Beziehung zwischen dem heutigen Hauptverband und der zukünftigen SV-Holding klar geregelt werden muss, damit die bestehenden Verträge ohne Unterbrechung weiterbestehen können.

So wichtig die vorgeschlagenen Änderungen für die Konsolidierung der finanziellen Situation der sozialen Krankenversicherung auch sind: Es darf nicht übersehen werden, dass wesentliche Kosteneinsparungen erst durch ein abgestimmtes

Verhältnis von ambulanter und stationärer Behandlung ermöglicht werden. Der stationäre Sektor ist von der geplanten Novelle ausgenommen, sollte aber in Zukunft ebenfalls in einschlägige Überlegungen einbezogen werden.

Eine Reihe von Bestimmungen des Entwurfes, insbesondere § 635 über das Inkrafttreten, muss noch mit dem Entwurf des SV-Holding-Gesetzes (sowie mit dem SRÄG 2008) abgestimmt werden.

Mit freundlichen Grüßen
Für den Hauptverband:

Der Verbandsvorsitzende:

Der Generaldirektor:

Beilage

**Stellungnahme
des
HAUPTVERBANDES DER
ÖSTERREICHISCHEN
SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER

ZUM

KRANKENVERSICHERUNGS-
ÄNDERUNGSGESETZ – KV-ÄG**

Zu Art. 1 Z 2 – § 31d ASVG – Beteiligung an ELGA

§ 31d ASVG und die Bestimmungen des Berufsrechtes hinsichtlich der Beteiligung an ELGA (Artikel 5 bis 7 - Apothekengesetz, Ärztegesetz 1998 und Zahnärztegesetz) sollten inhaltlich aufeinander abgestimmt werden. § 31d sollte wie die Bestimmung im Berufsrecht formuliert sein, um unterschiedliche Auslegungen zu vermeiden.

Nach den Informationen des Hauptverbandes wird derzeit an einer Rechtsgrundlage für ELGA gearbeitet. Dieses Gesetz sollte möglichst alle einschlägigen Bestimmungen enthalten, sodass vorgeschlagen wird, die Schaffung von Sonderbestimmungen im Zusammenhang mit der vorliegenden Novelle nochmals zu überdenken. Insbesondere wird sich eine Mitwirkungspflicht der Mitglieder der Gesundheitsberufe nicht allein auf die Teilnahme an der Medikationsdatenbank beschränken und eine „Teilnahme an der Elektronischen Gesundheitsakte“ bedürfte ohnedies näherer Erläuterung.

Um dem geplanten Vorhaben ELGA höhere Akzeptanz zu sichern, wird überdies vorgeschlagen, die österreichische Ausdrucksweise „der (Gesundheits- usw.) Akt“ und nicht „die Akte“ zu verwenden (siehe DUDEN, Rechtschreibung, 24. Auflage, Seite 169, vgl. auch den Sprachgebrauch im Artikel in „profil“ vom 26. Mai 2008, S. 30).

Zu Art. 1 Z 3 – § 136 ASVG – Referenzpreise

Zur Dämpfung der Heilmittelkosten enthält der Entwurf im wesentlichen zwei Maßnahmen:

- Regelungen zu Aut-idem und Reference-Pricing
- Price-Cut (Rabattierung)

Beide Maßnahmen sind grundsätzlich zweckmäßig und geeignet, die Heilmittelkosten zu dämpfen, ohne die hohe Qualität der Versorgung der PatientInnen zu gefährden.

An dieser Stelle darf auch hervorgehoben werden, dass der Hauptverband im Sinne

- des Sozialpartnerpapiers,
- der Entschließung des Nationalrates zur Heilmittelkostendämpfung und
- des Regierungsübereinkommens

bereits Anträge zur Senkung der Distributionskosten beim BMGFJ gestellt hat, deren Umsetzung wesentlich zur Dämpfung der Heilmittelkosten beitragen würde.

Hinsichtlich der Abgabe einer anderen Arzneispezialität auf Verlangen des Versicherten sollte ausdrücklich klargestellt werden, dass damit nur eine andere Arzneispezialität aus derselben Referenzgruppe gemeint ist, da sonst auch die Abgabe einer völlig anderen Arzneispezialität (z. B. Antibiotikum anstelle eines Blutfettsenkers) möglich wäre.

- Betreffend die Formulierung „*Kassenverkaufspreis bezogen auf die Packungsgröße*“ wird darauf hingewiesen, dass eine 30 Stück Packung zwar absolut teurer sein kann als eine 28 Stück Packung, der Preis pro Einheit jedoch bei der 30 Stück Packung niedriger sein kann.
- Weiters ist bei der Berechnung der vom Versicherten zu tragenden Differenz die Umsatzsteuer entsprechend zu berücksichtigen.

Aufgrund dieser Anmerkungen werden folgende Vorschläge gemacht:

Der 1. Halbsatz des § 136 Abs. 2 zweiter Satz sollte wie folgt lauten:

„Wird auf Verlangen des/der Versicherten eine andere Arzneispezialität aus derselben Referenzgruppe abgegeben, deren Kassenverkaufspreis (inkl. Umsatzsteuer) pro Einheit der Packungsgröße über dem Referenzpreis liegt, so hat der/die Versicherte die Differenz zwischen dem Referenzpreis und dem Kassenverkaufspreis (inkl. Umsatzsteuer) pro Einheit der Packungsgröße vervielfacht mit der Packungsgröße der auf Verlangen des/der Versicherten abgegebenen Arzneispezialität zu tragen.“

Die Formulierungen der §§ 92 Abs. 1 GSVG, 86 Abs. 2 BSVG und 64 Abs. 2 B-KUVG wären entsprechend den Änderungen in § 136 Abs. 2 ASVG anzupassen (zu Artikel 2, 3 und 4).

Dass die in § 136 Abs. 2 vorgesehene Ergänzung mit dem vom Gesetzgeber im Bereich der ärztlichen Hilfe bisher im Wesentlichen eingehaltenen Grundsatz des „ganz oder gar nicht“ bricht, wonach es keine Zu- bzw. Aufzahlungen zu Kassenleistungen geben soll, muss bewusst bleiben; die Tatsache, dass der Gesetzgeber in einem bestimmten Bereich der Krankenbehandlung Aufzahlungen dezidiert vorsieht, lässt die Befürchtung aufkommen, dass dieses Beispiel Schule macht und der Beginn einer gesetzlich festgeschriebenen Zweiklassenmedizin mit Aufzahlungen zu diversen ärztlichen Leistungen ist. Allerdings ist die aut idem-Regelung in den meisten Mitgliedsstaaten der EU üblich; ebenfalls die vorgeschlagene Vorgangsweise zur Zuzahlung.

Das in den finanziellen Erläuterungen angeführte Einsparungspotential von 35 Millionen € ist nicht nachvollziehbar und sollte in den finanziellen Erläuterungen hinsichtlich der Berechnung klarer dargestellt werden. Z.B. sollte dargestellt werden, dass sich dieses Einsparungspotential auf Grund der vom Hauptverband beauftragten Studie des ÖBIG ergibt, die von einer Substitutionsrate von rund 70% ausgeht (Details siehe unten). Diese Substitutionsrate wäre in den Erläuterungen als Ziel zu formulieren und – wie vorgeschlagen – die Zielerreichung vom ÖBIG zu evaluieren.

Auf Grund der Möglichkeit des Patienten, ein anderes Präparat zu wählen und den Differenzpreis zu zahlen, kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Versuchung für Apotheker entsteht, teurere („altbewährte“) Medikamente zu verkaufen, um zusätzliche, über dem Referenzpreis liegende Einnahmen zu lukrieren. Durch die oben angeführte Zielvorstellung und die Evaluierung des ÖBIG bzw. entsprechende Kontroll- und Sanktionsmaßnahmen wäre die Gefahr zu bannen.

Im Entwurf fehlen weiters Bestimmungen betreffend die Kontrolle der gesetzeskonformen Verordnung bzw. Abgabe von Referenzarzneispezialitäten. Es wird die Aufnahme einer gesetzlichen Bestimmung gefordert, die eindeutig regelt, dass entsprechende Kontrollen durch die Sozialversicherungsträger erfolgen und was durch den verordnenden Arzt zu dokumentieren ist. Weiters ist zu normieren, wann welche Sanktionen bei Zuwiderhandeln zu setzen sind, wobei eine Vertragskündi-

gung bei wiederholten Verstößen zwingend vorzusehen ist, ebenso wie Honorarkürzungen bzw. Rückforderungsmöglichkeiten.

Die in § 350 Abs. 1a Z 3 lit. d ASVG vorgesehene Möglichkeit des Ausschlusses der Ersetzung einer Referenzarzneispezialität („die medizinisch-therapeutische Unzweckmäßigkeit der Ersetzung durch eine mögliche Referenzarzneispezialität“) lässt einen weiten Interpretationsspielraum zu. In diesem Sinne sollte z.B. die lit. d wie folgt ergänzt werden: „die medizinisch-therapeutische Unzweckmäßigkeit der Ersetzung durch eine mögliche Referenzarzneispezialität, wenn dadurch eine zusätzliche medizinische Intervention notwendig wäre.“

Um ein auch in der Praxis taugliches Instrument in Händen zu haben, ist die Festlegung von klaren Kontrollmechanismen (wie ist zu dokumentieren; Aushändigung der Dokumentationen; etc.) und Sanktionen z. B. in der Heilmittel-Bewilligungs- und Kontrollverordnung (HBKVO) erforderlich. Die im Entwurf vorgesehene Regelungsmöglichkeit im Apotheker-Gesamtvertrag ist nicht ausreichend, da alle Maßnahmen und Sanktionen von der Zustimmung einer Interessensvertretung abhängig gemacht werden.

Weiters existiert keine gesamtvertragliche Bestimmung für hausapothekenführende Ärzte, womit die Festlegung von Sanktionen auf dieser Ebene nicht möglich ist. Es ist daher auch erforderlich z. B. im Apothekengesetz die oben beschriebenen Sanktionsmöglichkeiten vorzusehen, um diese auch für den hausapothekenführenden Arzt zur Anwendung bringen zu können.

Zudem sieht das KV-Änderungsgesetz so viele Ausnahmebestimmungen vor, dass die zu erwartende Kostenersparnis kaum zu erwarten ist.

Zu Art. 1 Z 4 – § 340b ASVG – Patientenquittung

Angesichts der Tatsache, dass für diese Vorgangsweise in den Softwarepaketen der Arztordinationen selbst dann gewisse Änderungen notwendig sind, wenn es sich um neu eingerichtete Arztordinationen handelt und dass die Grundsätze erst (nach Weisungen des Ministeriums) erlassen werden müssen, ist das Inkrafttreten dieser Bestimmung mit 1. August 2008 zu früh angesetzt.

Dies gilt auch für die Regelung im § 349b des Entwurfes.

§ 340b Abs. 2 sieht vor, dass *„der Hauptverband (die SV-Holding) nach Weisungen ... durch Verordnung Grundsätze über den Inhalt und Umfang des Nachweises festzulegen hat“*.

Nach den Erläuterungen ist durch den Leistungsnachweis mit zusätzlichen Verwaltungskosten von € 20 Millionen per anno zu rechnen. Es sollte darüber hinaus festgeschrieben werden, dass der Vertragspartner die Patientenquittung auf eigene Kosten auszustellen hat, weil daraus sonst mit Honorarforderungen gegen die KV-Träger zu rechnen ist. Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass frühere gesetzliche Maßnahmen, die zu (tatsächlichen oder behaupteten) Mehrkosten der ärztlichen Verwaltungstätigkeit geführt haben, im Endeffekt überwiegend von der Sozialversicherung bezahlt worden sind (EDV-Abrechnungs, e-card usw.).

Außerdem schlagen wir vor, im § 340b eine Verpflichtung der Vertragsärzte zur Diagnosedokumentation und elektronischen Übermittlung an den Krankenversicherungsträger nach ICD 10 bzw. nach einem anderen von der Gesundheitsministerin mit Verordnung festgelegten Code zu normieren. Der Hauptverband würde ein generisches, anpassungsfähiges Codesystem zur Verfügung stellen.

Zu Art. 1 Z 5 – § 341 Abs. 1 ASVG – Keine Gesamtvertragskompetenz der SV-Holding

Da diese Bestimmung mit 1. August 2008 in Kraft treten soll, aber nach dem Entwurf des SV-Holding-Gesetzes (§ 30b) Zielvereinbarungen erst mit 2010 vorgesehen sind, kann es dazu kommen, dass für ca. 1 ½ Jahre keine steuernden Kompetenzen bei Gesamtvertragsabschlüssen bestehen.

Das dürfte nicht gewollt sein.

Weiters ist im Entwurf vorgesehen, dass die österreichische Ärztekammer nach wie vor von den beteiligten Ärztekammern mit dem Gesamtvertragsabschluss betraut werden kann, die SV-Holding aber nicht mehr.

Zumindest in jenen Bereichen, in denen der Sozialversicherung beim Gesamtvertragsabschluss eine bundesweit agierende Institution gegenübersteht, sollte auch für die Sozialversicherung die SV-Holding weiter für Gesamtvertragsabschlüsse zuständig sein.

Ebenso sollte sichergestellt werden, dass auch im Krankenanstaltenbereich, wo pauschale Zahlungen vorgesehen sind (§§ 148 und 149 ASVG) die Kompetenz zum Abschluss von (Gesamt-)Verträgen bei der SV-Holding verbleibt.

Ist tatsächlich Absicht, dass selbst dann, wenn die Krankenversicherungsträger dies wünschen, die SV-Holding nicht einmal mehr durch die Träger bevollmächtigt und beauftragt werden kann, entsprechende Verträge abzuschließen?

Eine solche Bevollmächtigung könnte sinnvoll sein, wenn es darum geht, rasch bundesweit geltende Regeln z. B. mit der österreichischen Ärztekammer oder der österreichischen Zahnärztekammer zu vereinbaren.

Die Zuständigkeit der SV-Holding für bundesweite Verträge bzw. die erwähnten für Krankenanstaltenverträge und eine Möglichkeit der Bevollmächtigung zum Vertragsabschluss sollte beibehalten werden.

Zu Art. 1 Z 6 – § 342 Abs. 1 Z 7 ASVG – Zulässigkeit von Teilkündigungen

Die Teilkündigung eines Gesamtvertrages soll die Möglichkeit bieten, sachgerecht auf Veränderungen in einzelnen medizinischen Bereichen gestaltend reagieren zu können. Ohne Teilkündigung wäre es z. B. bei Veränderungen im Bereich der medizinischen Labors notwendig, mit dem Gesamtvertrag auch die Beziehungen zu Praktischen Ärzten oder Kinderärzten zu beenden, ohne dass dies vom Anlass her notwendig wäre.

Nach dem Gesetzeswortlaut im Gesamtzusammenhang wären Teilkündigungen allerdings nur dann zulässig, wenn sie im § 342 Abs. 1 Z 7 ausdrücklich vereinbart wären, nachdem nicht davon ausgegangen werden kann, dass die Gesetzesbestimmung auch in geltende Gesamtverträge eingreift. Die neue Z 7 im § 342 Abs.1 ASVG ist unpassend formuliert. Der Paragraph regelt, was Inhalt eines Gesamtvertrages ein muss. Die Wortgruppe „sind zulässig“ sollten entfallen. Ferner muss die Bestimmung auch auf die Teilauflösung (nicht nur die Teilkündigung) umfassen.

Damit hat die vorgeschlagene Bestimmung aber keinen Anwendungszweck, weil schon bisher Teilkündigungen vereinbart hätten werden können, wenn dies die jeweiligen Standesvertretungen akzeptiert hätten. Das war aber in der Regel nicht der Fall.

Sollten Teilkündigungen auch für bestehende Verträge zulässig sein, wäre dies in eigenen Bestimmungen festzuhalten, weil es sich dann um einen gesetzlichen Eingriff im Vertragsrecht handelte. Weiters wären Übergangsbestimmungen für bestehende Altverträge zu schaffen. Es wäre dann Folgendes abzusichern:

- Gesamtverträge sind auch dann teilkündbar, wenn der Gesamtvertrag inhaltlich keine diesbezüglichen Bestimmungen enthält.
- Die Regelung gilt auch für bestehende Gesamtverträge.

Zu Art. 1 Z 7 – § 343 Abs. 2 Z 7 ASVG – Vertragserlöschten durch Nichtverlängerung

In den Erläuterungen wird für die Entscheidung von Streitigkeiten in diesem Zusammenhang auf die Zuständigkeit der Schiedskommissionen nach den §§ 344 ff. ASVG verwiesen. Ein Hinweis in den Erläuterungen reicht nicht aus, um Entscheidungskompetenzen außerhalb der Gerichtsbarkeit zu begründen. Dies wäre im Gesetz vorzusehen.

Darüber hinaus weisen wir darauf hin, dass die Evaluierungsregelungen nach dem vorliegenden Entwurf nur für Vertragsärzte, nicht aber für Wahlärzte gelten. Es muss daher durch entsprechende Vorschriften im Ärztegesetz sichergestellt werden, dass die Evaluierungskriterien nach § 343 Abs. 2b auch für Wahlärzte anwendbar sind.

Weiters ist für Vertragsärzte im niedergelassenen Bereich das Verhältnis der Evaluierung nach § 343 des Entwurfes zu den bestehenden Regelungen über die Qualitätssicherung nach dem Ärztegesetz (vgl. 49 Abs. 2a und 2b ÄrzteG) ungeklärt. Demnach haben alle Ärzte regelmäßig eine umfassende Evaluierung der Qualität durchzuführen und die Ergebnisse der Österreichischen Ärztekammer zu übermitteln. Entsprechende Änderungen im Ärztegesetz sind daher vorzunehmen, um Mehrfachevaluierungen durch Krankenversicherungsträger und Ärztekammern zu vermeiden.

Zu Art. 1 Z 8 – § 343 Abs. 2c ASVG – Vertragskündigung bei Nichteinhaltung von Auflagen

Die Bestimmung zitiert Abs. 4, sodass Kündigungen für unwirksam erklärt werden können, wenn sie eine „soziale Härte“ bilden.

Da nahezu jede Kündigung eine „soziale Härte“ enthält, könnte es dazu kommen, dass nach der Bestimmung keine Kündigungen erfolgreich ausgesprochen werden können.

§ 343 Abs. 2c sieht eine Evaluierung von Auflagen alle fünf Jahre vor. Es ist jedoch nicht festgelegt, zu welchem Zeitpunkt Auflagen erteilt werden und ab wann die 5-jährige Evaluierung beginnt. Ferner soll eine Klarstellung erfolgen, dass die Einhaltung von Auflagen in einem kürzeren Zeitraum als 5 Jahre zu prüfen ist.

Zu Art. 1 Z 9 – § 343e ASVG – vertragsloser Zustand

Die neue Möglichkeit von Gesamtverträgen mit einzelnen Fachgruppen sollte konsequenterweise auch in den neuen § 343e Eingang finden. Daher sollte der erste Satz lauten:

„Stehen keine Gesamtverträge **für einzelne oder alle Fachgruppen** in Geltung ...“.

Im übrigen sollte klargestellt werden, dass Ärzte mit Leistungsverträgen als Vertragsärzte im Sinne des ASVG gelten.

Die Kostenerstattung nach § 131 ASVG knüpft an die vertraglichen Regelungen mit den Vertragspartnern an. Nach den beabsichtigten Regelungen können durchaus mehrere Vertragsverhältnisse zu unterschiedlichen Bedingungen mit ein und derselben Vertragspartnergruppe nebeneinander bestehen. Hier wären Klarstellungen wünschenswert, nach welchen vertraglichen Bestimmungen die Kostenerstattung zu erfolgen hat.

Auf Grund der Textierung des § 343e („*Stehen keine Gesamtverträge in Geltung...*“) muss klargestellt werden, dass es im Falle eines gekündigten Gesamtvertrages schon vor dem Wirksamkeitsbeginn dieser Kündigung möglich sein muss, die angesprochenen Leistungsverträge abzuschließen (jedoch unter der Bedingung, dass der Gesamtvertrag tatsächlich außer Kraft tritt). Nach der derzeitigen Bestimmung könnte die Auffassung vertreten werden, dass erst nach dem Eintritt eines vertragslosen Zustandes mit den entsprechenden Handlungen begonnen werden bzw. diese vollzogen werden dürfen.

Im Hinblick auf die Abschlussmöglichkeit von Einzelverträgen während eines vertragslosen Zustandes bedarf die spezifische Situation der Sozialversicherungsanstalt der Bauern einer gesetzlichen Aussage. Dies deshalb, da gemäß § 181 Z 1 BSVG nur die bestehenden Gesamtverträge der Gebietskrankenkassen für die SVB verbindlich sind, während durch § 343 Abs. 1 ASVG eine Bindungswirkung hinsichtlich der Einzelverträge vorgegeben ist. Darunter sind aber laut Gesetz selbstredend nur Einzelverträge im Rahmen eines Gesamtvertrages zu verstehen. Nicht nachvollziehbar ist die einschlägige Aussage in den erläuternden Bemerkungen, der zufolge der Abschluss eines so genannten Spartengesamtvertrages den Abschluss von Leistungsverträgen in diesem Bereich nicht hindert.

Zu Art. 1 Z 14 – § 350 Abs. 1a

Wenn es nicht möglich sein soll, eine verordnete Arzneyspezialität zu ersetzen, soll das durch den Verordner durch entsprechenden Vermerk auf der Verordnung anzuordnen sein. Nach der derzeitigen Formulierung hat der Apotheker das Vorhandensein dieses Vermerks nicht zu kontrollieren. Eine Kontrolle und Dokumentation durch den Apotheker sollte im Gesetz verankert und nicht einer allfälligen Regelung im Gesamtvertrag vorbehalten werden. Dies gilt ebenso für eine Abgabe auf Verlangen des Versicherten.

Der zweite Satz sollte daher wie folgt lauten:

„Der Ausschluss der Ersetzung der verordneten Arzneyspezialität durch den/die Verordner/in hat durch entsprechenden Vermerk auf der Verordnung zu erfolgen; dieser ist vom Apotheker oder vom hausapothekenführenden Arzt bei der Abrechnung gegenüber dem Krankenversicherungsträger nachzuweisen.“

Der letzte Satz sollte lauten:

„Die Abgabe einer Arzneyspezialität auf Verlangen des/der Versicherten nach § 136 Abs. 2 dritter Satz ist vom/von der Apotheker/in oder vom/von der hausapothekenführenden Arzt/Ärztin auf der Verordnung zu dokumentieren und bei der Abrechnung gegenüber dem Krankenversicherungsträger nachzuweisen.“

Hinsichtlich der Möglichkeit der Wirkstoffverordnung ist Folgendes zu beachten:

Im Gegensatz zum Entwurf des Hauptverbandes hält die Novelle an der alternativen Verordnung des Wirkstoffes fest. Der Umstellungsaufwand wird dadurch größer, weil alle IT-Systeme (Arzt-EDV, Apotheker, Krankenversicherungsträger, Hauptverband) auf dem Namen der Arzneyspezialität aufbauen; dies gilt insbesondere auch für die chef- und kontrollärztliche Bewilligung im Wege des Arzneimittelbewilligungssystems (ABS).

Ein weiteres Problem besteht in jenen Fällen, in denen ein Wirkstoff sowohl in Arzneyspezialitäten des Grünen und des Gelben Bereichs des Erstattungskodex vorkommt. Es besteht hier die Gefahr, dass die ärztliche Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes umgangen wird.

Es stellt sich die Frage, wie eine Wirkstoffverordnung im Detail auszusehen hat: Die Verordnung eines Wirkstoffes allein wird sicherlich nicht ausreichen. Vielmehr werden zusätzliche Angaben wie Wirkstoffstärke, Darreichungsform, Packungsgröße, etc. notwendig sein (vgl. auch Anmerkungen zu Artikel 8, RezeptpflichtG). Hier bietet sich die Formulierung des neuen § 24 Abs. 2 KAKuG „unter An-

gabe des Wirkstoffs oder der Wirkstoffkombination, Stärke und Darreichungsform“ an. Zudem ergeben sich Abgrenzungsfragen zu magistralen Zubereitungen, für die die Apotheker den KV-Trägern teilweise höhere Kosten in Rechnung stellen dürfen. In der Erläuterungen sollte daher klargestellt werden, dass im Falle des Vorliegens einer Referenzgruppe bei einer Wirkstoffverordnung keine magistrale Zubereitung gemeint sein kann.

Ferner wird darauf hingewiesen, dass die ausschließliche Wirkstoffverschreibung für niedergelassene Ärzte erst ab 1. Jänner 2012 gilt, während die Medikationsempfehlungen der Krankenanstalten bereits ab 1. Jänner 2010 unter Angabe des Wirkstoffes erfolgen sollen (vgl. § 24 Abs. 2 KAKuG idF dieser Novelle). Ist dieser Unterschied tatsächlich beabsichtigt?

Weiters darf darauf hingewiesen werden, dass sich aufgrund der derzeitigen Regelung für die Verordner eine äußerst komplexe Situation ergibt: Die Bestimmungen zur Wirkstoffverordnung gelten nur für den Kassenbereich und innerhalb dieses nur bei Vorliegen einer entsprechenden Referenzgruppe im Erstattungskodex; das heißt z.B. dass bei Vorliegen des identen Krankheitsbildes der Verordner bei einem Privatpatienten die Arzneyspezialität und bei einem Kassenpatienten den Wirkstoff zu verordnen hat; auch bei Kassenpatienten kann diese Regelung zu Unterschieden führen, je nachdem ob der Wirkstoff/die Arzneyspezialität von der entsprechenden Referenzgruppe erfasst ist oder der Verordner Aut-idem bewusst ausschließt.

Der Hauptverband hält ausdrücklich fest, dass für die Umsetzung einer Aut-idem Regelung die Verordnung des Wirkstoffes nicht erforderlich ist. Für die (leichtere) Umsetzung könnte beim bisherigen System geblieben werden.

Bezugnehmend auf aktuelle Medienberichterstattungen, wonach chronisch Kranke von der Ersetzung ausgenommen sind, wird darauf hingewiesen, dass dies einerseits vom vorliegenden Entwurf nicht gedeckt ist und andererseits die gesamte Regelung konterkarieren würde, da diese Patientengruppe den größten Anteil am Arzneimittelverbrauch hat. Bei der Berechnung des Einsparungspotentials wurde diese Gruppe mit einbezogen. Wenn nun eine derartige Ausnahmeregelung geschaffen wird, würde sich das vom ÖBIG errechnete Einsparungspotential in Höhe von rd. € 35 Mio p.a., das nämlich von einer Substitutionsrate von rd. 70 % ausgeht, beträchtlich reduzieren. Bei einer generellen Ausnahme von chronisch kranken Patien-

tlinnen wäre u. U. nur eine Substitutionsrate von lediglich 10 % zu erwarten, es bliebe somit nur ein Einsparungspotential von rd. € 5 Mio.

Ob die Umstellung auf ein aut-idem-System angesichts dessen noch sinnvoll ist, muss dahingestellt bleiben. Es sollten nicht zu viele Ausnahmen geschaffen werden, wenn der Erfolg des neuen Systems nicht von vornherein in Frage gestellt werden soll.

Hinsichtlich der in Art. 2, 3 und 4 (GSVG, BSVG und BKUVG) enthaltenen Verweise auf § 350 Abs. 1a Z 1 und Z 2 ist klarzustellen, auf welches Gesetz – offenbar das ASVG – verwiesen wird.

Zu Art. 1 Z 15 -- § 350 Abs. 1a ASVG

Die Z 15 ist ersatzlos zu streichen, da durch die Übergangsbestimmung § 635 Abs. 2 Z 2 das Außer-Kraft-Treten des § 350 Abs. 1a Z 2 ohnehin eindeutig geregelt ist.

Zu Art. 1 Z 17 – § 351c Abs. 3a ASVG

Es wird hier nochmals auf die Vorteile des dem Ministerium vorliegenden Vorschlages zur Bildung der Referenzgruppen hingewiesen. Nach dem Vorschlag würden sich die Referenzgruppen auf Basis der gesetzlichen Definition automatisch ergeben. Es wäre damit kein weiterer Aufwand verbunden.

Die Regelung zur Bildung von Referenzgruppen befindet sich im Abschnitt betreffend die *Aufnahme in den Erstattungskodex*. Wenn diese Regelung nur für *Neuaufnahmen* gilt, ist sie nutzlos. Was gilt für die Vielzahl jener Arzneispezialitäten, die sich bereits im Erstattungskodex befinden?

Der Erstattungskodex des Hauptverbandes ist per Gesetz (§ 31 Abs. 3 Z 12 ASVG) bereits nach ATC-Codes geordnet; für den Apotheker ist es daher ein leichtes mit entsprechender EDV-Unterstützung auf Knopfdruck die entsprechenden Referenzprodukte angezeigt und nach Preis sortiert zu erhalten.

Wenn dem Vorschlag des Hauptverbandes nicht gefolgt wird, schlagen wir alternativ die Bildung der Referenzgruppen in § 350 Abs. 1a vor, wo man darüber hinaus festlegen könnte, dass der Hauptverband zur Information der Versicherten eine Aufstellung der Referenzgruppen im Internet zur Verfügung zu stellen hat.

Alternativvorschlag:

„Eine Referenzgruppe entsteht, wenn mindestens drei laut Warenverzeichnis des österreichischen Apothekerverlages lieferbare Arzneispezialitäten mit identem Wirkstoff oder identer Wirkstoffkombination (ATC-Code Ebene 5), identer Wirkstoffstärke oder identen Wirkstoffstärken, gleicher oder praktisch gleicher Darreichungsform sowie gleicher oder praktisch gleicher Packungsgröße im Grünen oder Gelben Bereich angeführt sind. Referenzpreis ist der jeweils zum 1. Jänner und 1. Juli eines jeden Jahres geltende niedrigste Kassenverkaufspreis pro Einheit der Packungsgröße aus dieser Referenzgruppe. Der Hauptverband (die SV-Holding) hat zur Information der Versicherten eine Aufstellung der Referenzgruppen im Internet zur Verfügung zu stellen.“

Aufgrund der ausgesandten Formulierung könnte der Fall eintreten, dass der Arzt zwar die preisgünstigste Arzneispezialität einer Referenzgruppe verordnet; dies jedoch durch den Apotheker konterkariert wird, weil der Apotheker in der Folge „regelungskonform“ eine teurere Arzneispezialität zum Referenzpreis abgibt und abrechnet. **Auf jeden Fall muss im Gesetz festgehalten werden, dass der Apotheker verpflichtet ist, die preisgünstigste Arzneispezialität abzugeben.**

Zusammenfassend lässt sich daher sagen, dass diese Regelung große Teile des Einsparungspotentials nicht ausschöpft, jedoch das offenbar angestrebte Ziel einer größeren Kontinuität auch nicht erreicht.

Zu Art. 1 Z 18, 19 und 25 -- §§ 351f und 635 Abs. 6 ASVG

Da § 351f die Grundlage für sämtliche Streichungsverfahren des Hauptverbandes im Zusammenhang mit der Herausgabe des Erstattungskodex bildet, kann die Änderung der Überschrift des § 351f von derzeit „Streichung aus dem Erstattungskodex“ in „Evaluierung des Erstattungskodex“ zu Problemen bei diesen Verfahren führen.

Es sollten nicht ohne Not an grundlegenden Bestimmungen des Verfahrensrechts Änderungen vorgenommen werden.

Anstelle der Anführung dieser Bestimmung in § 351f wird daher eine Anführung im BG über die Gesundheit Österreich GmbH oder in § 350 ASVG, wo es um die Abgabe geht, empfohlen.

Entsprechend ist auch die Übergangsbestimmung des § 635 Abs. 6 anzupassen, gleiches gilt für die Erläuterungen.

Zu Art. 1 Z 20 -- § 447a Abs. 3 Z 2 ASVG

§ 447a Abs. 3 Z. 2 sollte lauten:

„2. die Einnahmen nach Abs. 11,“

Die Einnahmen nach dem neuen § 447a Abs. 10 (Tabaksteuer) sind für den Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen lediglich ein Durchläufer und keine verbleibenden Einnahmen. Diese Einnahmen waren auch bisher nicht unter § 447a Abs. 3 als Mittel des Fonds berücksichtigt.

Die Unterscheidung ist deshalb so wichtig, weil die Mittelverwendung (§ 447a Abs. 6) davon abhängt.

Zu Art. 1 Z 25 -- § 635 ASVG

Die Aufhebung des § 447 Abs. 5 soll aus folgendem Grund erst mit 1. Oktober 2008 erfolgen (§ 635 Abs. 2 Z 1):

33 Mio. € der Mittel der Katastrophenrücklage sind derzeit eine Forderung an die Wiener Gebietskrankenkasse. Mit 1. Oktober 2008 erfolgen sämtliche Abrechnungen im Ausgleichsfonds (Beitragseinzahlungen, Leistungsauszahlungen, Rückzahlung der Darlehen). Sinnvollerweise – auch aus Liquiditätsgründen der Wiener Gebietskrankenkasse, die das Darlehen zurückzahlen muss – sollte daher auch die Rücklage gemäß § 447a Abs. 5 ASVG mit diesem Darlehen aufgelöst werden.

Zu § 635 Abs. 7:

Die Verteilung der Mittel aus der aufzulösenden Katastrophenrücklage (in der auch noch die nach dem SV-Holding-Gesetz aufgelöste Trägerkonferenz erwähnt ist) soll nach folgender Bestimmung erfolgen:

„(7) Die Aufteilung der Mittel nach § 447a Abs. 5 ist von der SV-Holding nach den Proportionen der Beitragseinzahlungen für 2007 vorzunehmen.“

Das würde eine Auflösung der Katastrophenrücklage entsprechend der Beitragseinzahlung der Gebietskrankenkassen für 2007 bedeuten.

Zu den Erläuterungen zu Art. 1 Z 13, 14, 16 und 17, Art. 2 Z 1, Art 3 Z 1 und Art. 4 Z 1

In der Überschrift sind anstelle der Z 13 die Z 1 und Z 3 anzuführen.

Im 5. Absatz wird folgendermaßen begründet, warum der Referenzpreis mit 1. Jänner und 1. Juli festgesetzt wird: „Durch die halbjährliche Festlegung soll hinsichtlich der Abgabe an die/den Versicherte/n die erforderliche Kontinuität in der medizinische Behandlung (insbesondere im Hinblick auf die PatientInnen-Compliance) gewährleistet werden.“

Diese Begründung stimmt nicht, weil der Apotheker unter jenen Arzneyspezialitäten einer Referenzgruppe wählen kann, die höchstens diesen Referenzpreis haben. Somit kann der Apotheker bereits mit 1. Jänner und 1. Juli bei Gleichpreisigkeit bzw. mit 1. Feber bzw. 1. August bei Preissenkungen alternative Arzneyspezialitäten abgeben, die der Patient bisher nicht erhalten hat. Die Kontinuität kann daher nur der Patient auf Verlangen herstellen. Daher ist – wie bereits vorne vorgeschlagen – der Apotheker zu verpflichten, die preisgünstigste Alternative aus der Referenzgruppe abzugeben.

Der 6. Absatz betreffend die Wirkstoffverordnung sollte wie folgt ergänzt werden: „Bei einer Wirkstoffverordnung kann im Falle des Vorliegens einer Referenzgruppe jedenfalls keine magistrale Zubereitung gemeint sein.“

Stellungnahme des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger

zu Artikel 8

Änderung des Rezeptpflichtgesetzes

Zu Art. 8 Z 2 - § 3 Abs. 1a

Eingangs stellt sich die Frage, warum die Möglichkeit zur Wirkstoffverordnung nur für auf Kosten der sozialen Krankenversicherung oder einer Krankenfürsorgeanstalt erfolgte Verordnungen gelten soll und nicht auch bei Privatrezepten. Da das Verordnen von Wirkstoffen eine Umstellung der Arzt-EDV-Systeme bedingt, erscheint es unpraktikabel, dem Verordner auf der anderen Seite bei der Ausstellung von Privatrezepten die Wirkstoffverordnung nicht zu ermöglichen. Weiters geht dieser Ansatz in Richtung einer 2-Klassen-Medizin.

Das Wort „Verschreibung“ ist aus Gründen der Systematik durch „Verordnung“ zu ersetzen.

Der in dieser Bestimmung enthaltene Verweis auf Abs. 1 lit. c ist um einen Verweis auf Abs. 1 lit. d zu ergänzen, da auch in dieser auf das verordnete Arzneimittel abgestellt wird.

Weiters wird darauf hingewiesen, dass die Formulierung „Anführung des Wirkstoffs oder der Wirkstoffkombination der verordneten Arzneyspezialität“ falsch ist, da bei Verordnung eines Wirkstoffes eben gerade keine Arzneyspezialität verordnet wird. Wichtig ist jedoch vorzusehen, dass die Anführung des Wirkstoffes oder der Wirkstoffkombination jedenfalls unter Angabe der Darreichungsform, Menge und Stärke erfolgt.

In den Erläuterungen sollte vorgesehen werden, dass bei Unklarheiten jedenfalls Rücksprache mit dem Verordner zu halten ist.

Vorschlag:

§ 3 Abs. 1a sollte daher wie folgt lauten:

„Sofern die Verordnung auf Kosten der sozialen Krankenversicherung oder einer Krankenfürsorgeanstalt erfolgt, kann unter den nach sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen vorgesehenen Voraussetzungen anstelle der Angaben nach Abs. 1 lit. c und d die Anführung des Wirkstoffs oder der Wirkstoffkombination unter Angabe der Darreichungsform, Menge und Stärke, sofern vorhanden unter Nennung des von der Weltgesundheitsorganisation empfohlenen internationalen Freinamens (INN), erfolgen.“

Hinsichtlich der Erläuterungen ist Folgendes anzuführen:

Der 2. Absatz „Für die Einführung eines Referenzpreissystems in Österreich ist es erforderlich, im Rahmen des Rezeptpflichtgesetzes die Möglichkeit zu eröffnen, eine Verschreibung auch unter der Anführung des Wirkstoffs/der Wirkstoffgruppe

- 25 -

anstelle des Namens der Arzneyspezialität zuzulassen.“ ist ersatzlos zu streichen, weil inhaltlich falsch; die Wirkstoffverordnung ist weder für ein Referenzpreissystem noch für eine aut-idem Regelung erforderlich.

Der 3. Absatz sollte um folgenden Satz ergänzt werden: „Bei Unklarheiten ist jedenfalls Rücksprache mit dem Verordner zu halten.“

Stellungnahme des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger

zu Artikel 9

Änderung des Bundesgesetzes über Kranken- anstalten und Kuranstalten

Zu Z 1 (§ 19a Abs. 4 Z 3):

Hinsichtlich der Formulierung der ökonomisch günstigsten Arzneyspezialität ist darauf hinzuweisen, dass eine 30 Stück Packung zwar absolut teurer sein kann als eine 28 Stück Packung, der Preis pro Einheit jedoch bei der 30 Stück Packung niedriger sein kann.

Vorschlag:

Der zweite Halbsatz dieser Bestimmung sollte daher wie folgt lauten: „und das ökonomisch günstigste pro Einheit der Packungsgröße, gegebenenfalls unter Beachtung des von der SV-Holding festgelegten Referenzpreises, gewählt wird.“

Stellungnahme des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger

zu Artikel 10

Änderung des Gesundheits- und Sozialbereich- Beihilfengesetzes

Zu Art. 10

Die vorgeschlagenen Änderungen sehen einen 1:1 Ersatz der Vorsteuer im Rahmen des GSBG für Leistungen der Sozialversicherungsträger untereinander vor, nicht jedoch für gleichgelagerte Tätigkeiten, welche von Tochtergesellschaften der Sozialversicherung für die Sozialversicherung geleistet werden. Dieser Steuernachteil verhindert Einsparungspotenziale für die Sozialversicherung und könnte auch als Gegenargument zur laufenden Rechenzentrumskonsolidierung verwendet werden, da die Einsparungspotenziale (bei Beibehaltung der steuerlichen Ungleichbehandlung) vergleichsweise geringer ausfallen.

Lösung:

Beihilfenrechtlich sollte ITSV GmbH eine 1:1 Erstattung der nicht abziehbaren Vorsteuer NAV erhalten und umsatzsteuerrechtlich sollte die ITSV GmbH als „Hilfseinrichtung“ im Sinne der Randziffer 749 Umsatzsteuerrichtlinien 2000 qualifiziert werden.

Vorgangsweise:

1. Ergänzung der Novelle in § 2 durch Schaffung eines neuen Absatzes 5:

„(5) Die Regelung des Absatz 1 gilt auch für Unternehmer, die gemäß § 6 Abs. 1 Z 28 UStG 1994 befreite Umsätze bewirken.“

2. Abänderung bzw. Ergänzung der Umsatzsteuerrichtlinien 2000 in der Randziffer 749, 2. Satz, wie folgt:

„Hilfsgeschäfte von eigenen Einrichtungen eines Sozialversicherungsträgers und/oder der SV-Holding sind nach § 6 Abs. 1 Z 18 UStG 1994 befreit (vgl. Rz 928); ebenso Hilfseinrichtungen, die nach § 6 Abs. 1 Z 28 UStG 1994 befreite Umsätze erbringen.“

Die ITSV GmbH hätte diesfalls nur noch „Nettoaufwendungen“ im Rahmen der sonstigen Leistungen an die Sozialversicherungsträger und die SV-Holding zu verrechnen. Damit würde die nicht abziehbare Vorsteuer bei den Verrechnungen von der ITSV GmbH an die Sozialversicherungsträger und die Holding keine Rolle mehr spielen. Die bestehende Beihilfenverteilung nach dem GSBG für die Träger und die SV-Holding/den Hauptverband würde daher nicht beeinflusst werden.

Stellungnahme des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger

zu Artikel 12

Bundesgesetz zur Dämpfung der Heilmittelkosten für die Jahre 2008 bis 2010

Zu Art. 12 - § 1 Abs. 1

In dieser Bestimmung ist noch der konkrete Prozentsatz unter Beachtung des Ziels der Entschließung des Nationalrates zur Heilmittelkostendämpfung festzulegen.

Zu Art. 12 - § 1 Abs. 2

Zur Klarstellung betreffend die Abrechnung der Apotheker mit den Krankenversicherungsträgern ist folgende Konkretisierung nach dem ersten Satz erforderlich: „Der Apotheker hat hierbei zur Berechnung der Aufschläge gemäß der Österreichischen Arzneitaxe den entsprechend reduzierten Apothekeneinstandspreis heranzuziehen.“

Zu Art. 12 - § 4 Abs. 1

Hinsichtlich des sehr raschen Inkrafttretens wird auf die insbesondere von EDV-Seite vorzunehmenden umfangreichen Änderungen in den Abrechnungsprogrammen hingewiesen.

Zu den Erläuterungen zu Art. 12

Der erste Halbsatz des 3. Absatzes hat wie folgt zu lauten: „Die Apotheker und hausapothekenführenden Ärzte haben das Recht ...“