



Hauptstelle, 3100 St. Pölten,
Kremser Landstraße 3
E-Mail: ds@noegkk.at
Telefon: 050899-5209 Telefax: 050899-5280
www.noegkk.at

Hauptverband
der österreichischen
Sozialversicherungsträger
Postfach 600
1031 Wien

Ihr Zeichen	Ihre Nachricht vom 14.05.2008	Unser Zeichen AGSV/2008-0868-STN	Ansprechpartner/in Herr Mag. Muck	Datum 23.05.2008
-------------	----------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	---------------------

Betreff:
Einladung zur Stellungnahme (Krankenversicherungs-Änderungsgesetz - KV ÄG)

Sehr geehrte Damen und Herren!

Zum Entwurf eines Krankenversicherungs-Änderungsgesetzes nimmt die Niederösterreichische Gebietskrankenkasse wie folgt Stellung:

Zu § 136 Abs. 2 ASVG:

Die im Entwurf vorgesehene „aut idem“-Regelung soll nach den Erläuterungen zu Kosteneinsparungen für die soziale Krankenversicherung im Heilmittelbereich führen. Auf Grund der Möglichkeit des Patienten, ein anderes Präparat zu wählen und den Differenzpreis zu zahlen, kann nicht ausgeschlossen werden, dass Apotheken/haus-apothekenführende Ärzte mitunter versuchen werden, teurere („altbewährte“) Medikamente zu verkaufen, um zusätzliche, über dem Referenzpreis liegende Einnahmen zu lukrieren.

Zudem ist darauf hinzuweisen, dass Kassenverkaufspreise im EKO bzw. im Warenverzeichnis ohne USt. ausgewiesen sind. Es ist daher fraglich, wie sich der Aufzahlungsbetrag (bei Kauf einer anderen als der Referenzarzneispezialität) des Versicherten unter Einbindung der MWSt. berechnet. Diesbezüglich sollten ergänzende Klarstellungen in den Normtext aufgenommen werden.

Zu § 340b ASVG:

In den Erläuterungen wird der Verwaltungsaufwand für die Patientenquittung jährlich auf rund 20 Mio.€ geschätzt. Was die Frage der Kostentragung betrifft, ist von „Ver-

./2

waltungskosten für die Vertragspartner/innen ... mit Ausnahme der Apotheker/innen“ die Rede. Es ist zu befürchten, dass im Rahmen von Honorarverhandlungen seitens der Ärzteschaft versucht wird, diese Kosten auf die Krankenversicherung abzuwälzen, wodurch eine zusätzliche Steigerung bei den Ausgaben der Krankenversicherungs-träger für Honorare herbeigeführt werden könnte.

Sofern auf der Patientenquittung auch Kosten für Behandlungen enthalten sein müssen, kann es zu Divergenzen zwischen den in der Patientenquittung enthaltenen und die im Rahmen von LIVE ausgewiesenen Leistungen kommen (z. B. bei Limitierun-gen), was möglicherweise zu vermehrten Rückfragen von Versicherten und damit zu einem höheren administrativen Aufwand für die Kasse führt.

Zu § 341 Abs. 1 ASVG:

Im Entwurf zum SV-Holding Gesetz ist keine Kompetenz der geplanten Holding zum Abschluss von Gesamtverträgen mit Ärzten, Zahnärzten, Dentisten, Hebammen und anderen Vertragspartnern vorgesehen (vgl. § 31 Abs. 3 Z 11 ASVG i. d. g. F.). Der geplante Entfall der genannten Norm ist zwar mit § 341 Abs. 1 vereinbar, es stellt sich jedoch insbesondere im Hinblick auf § 343d und 349 ASVG die Frage, wer künftig Gesamtverträge abschließen darf. Zudem ist ungeklärt, wer bundesweite Gesamtverträge (z. B. Apotheken gemäß § 348a ASVG oder Vorsorgeuntersuchungen nach § 343a ASVG) künftig auf Sozialversicherungsseite abschließt. Der bisherige § 31 Abs. 3 Z 11 ASVG sollte daher in abgeänderter Form (v. a. wegen des Abschlusses bundesweiter Gesamtverträge) erhalten bleiben.

Zu § 342 Abs. 1 Z 7 ASVG:

Die Teilkündigung eines Gesamtvertrages kann nur für neu abgeschlossene Gesamt-verträge gelten, da die Vorschrift des § 342 Abs. 1 Z 7 nicht Bestandteil derzeit gel-tender Gesamtverträge ist. Der Gesetzgeber schafft sohin mit der geplanten Regelung keine Möglichkeit, in bestehende Gesamtverträge einzugreifen.

Zu § 343 Abs. 2a, 2b und 2c ASVG:

Ob gegenüber einem Vertragspartner § 343a Abs. 2a oder 2c jeweils i. V. m Abs. 2b des Entwurfs anzuwenden ist, hängt davon ab, ob der Einzelvertrag bis zum 31.7.2008 (Abs. 2a - Altverträge) oder nach dem 31.7.2008 (Abs. 2c - Neuverträge) abgeschlossen wurde. Alt- und Neuverträge ziehen unterschiedliche Konsequenzen nach sich: Während Neuverträge auf fünf Jahre befristet sind und bei Nichterfüllung der Evaluierungskriterien ex lege erloschen können, ist für Altverträge ein aufwändi-ges und langandauerndes Procedere mit Auflagen und in letzter Konsequenz mit einer Kündigung (mit aufschiebender Wirkung eines Einspruches) vorgesehen. Die Veran-

kerung einer Überprüfungsfrist von Auflagen innerhalb eines kürzeren Zeitraumes von fünf Jahren erscheint im Sinne der angestrebten Qualitätssicherung sinnvoller, um im Falle der Nichteinhaltung derselben schneller rechtliche Schritte unternehmen zu können. Dies entspräche auch der Intention des Gesetzgebers, eine ausreichende Qualität, Effizienz und Effektivität der Behandlung sicherzustellen. Zudem ist nach dem Wortlaut des § 343 Abs. 2c 1. Satz nicht ersichtlich, wann einem Vertragsarzt, der einen Einzelvertrag bis zum 31.7.2008 abgeschlossen hat, erstmals Auflagen erteilt werden können. Die Norm spricht lediglich von einem Evaluierungsintervall von fünf Jahren. Diesbezüglich sollten entsprechende Klarstellungen getroffen werden.

Die Erläuterungen enthalten keine sachliche Rechtfertigung für die oben beschriebene Ungleichbehandlung von Alt- und Neuverträgen. Selbst wenn man als mögliches (sachliches) Argument für eine gebotene Ungleichbehandlung i. S. d. Abs. 2c einen Eingriff in bereits bestehende Verträge annimmt, ist zu hinterfragen, ob sämtliche Unterscheidungen vom verfassungsrechtlichen Gleichheitsgrundsatz gedeckt sind. Wünschenswert wäre daher für Altverträge eine Norm ähnlich dem § 343 Abs. 2a.

Problematisch gesehen werden könnte auch die Regelung wonach neue Verträge ab 1.8.2008 bereits der Evaluierung unterliegen, obwohl der genaue Inhalt der Verordnung erst ein Jahr später festgelegt und somit erst ab diesem Zeitpunkt dem Vertragsarzt bekannt ist, welche Standards er zu erfüllen hat.

Im Zuge einer Evaluierung gemäß § 343 Abs. 2c können Vertragspartnern Auflagen erteilt werden. Wer diese Auflagen erteilt, ist nicht ausdrücklich festgelegt. Eine entsprechende Klarstellung (z. B. „... sind die Krankenversicherungsträger berechtigt, ... Auflagen zu erteilen.“) wird daher angeregt.

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 Entwurfs 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.

Abschließend ist festzuhalten, dass die Pflicht der Krankenversicherungsträger, künftig Evaluierungen durchzuführen, ohne Zweifel mit einem erhöhten administrativen Aufwand verbunden ist, da – je nach Abschluss des Einzelvertrages – jedes Jahr Evaluierungen in steigender Zahl durchgeführt werden müssen. Aus diesem Grund müssen von den Krankenversicherungsträgern die entsprechenden Personalressourcen geschaffen werden. Diese zusätzlichen Aufwendungen erfordern entweder eine finanzielle Bedeckung bzw. sollten jedenfalls von der Berechnung der Verwaltungskosten-deckelung ausgenommen werden.

Zu § 343e ASVG:

Die Wortfolge „... oder haben so viele Vertragsärztinnen/Vertragsärzte ... ihren Einzelvertrag gekündigt, dass eine Leistungserbringung ... nicht sichergestellt ist“, kann nur so verstanden werden, dass Leistungsverträge auch dann abgeschlossen werden können, wenn ein Gesamtvertrag besteht, aber nicht genügend Ärzte für eine ausreichende Sachleistungsversorgung im Rahmen des Stellenplans zur Verfügung stehen. Die weitere Vorschrift des § 343e geht jedoch davon aus, dass kein Gesamtvertrag besteht bzw. dieser in weiterer Folge wieder abgeschlossen wird. Es ist daher nicht nachvollziehbar, in welchem Verhältnis ein noch bestehender Gesamtvertrag und ein darin enthaltener Stellenplan zu den neu abgeschlossenen Leistungsverträgen steht.

§ 343 letzter Satz des Entwurfs sieht vor, dass Ärzte, die einen Leistungsvertrag abgeschlossen haben, bei Abschluss eines neuen Gesamtvertrages Anspruch auf Abschluss eines Einzelvertrages im Rahmen des Stellenplans ohne Anwendung der Reihungskriterien-Verordnung haben. Sohin wird ein Arzt, der auf Grund eines Leistungsvertrages Anspruch auf einen Einzelvertrag hat, gegenüber anderen Ärzten, die die Erfordernisse der Reihungskriterien-Verordnung erfüllen müssen, bevorzugt; dies auch dann, wenn er diese Kriterien für eine Invertragnahme im Vergleich schlechter erfüllt. Da keine Kriterien für die Vergabe von Leistungsverträgen bestehen, haben Ärzte die Möglichkeit, einen Einzelvertrag zu erhalten, obwohl sie im Vergleich zu anderen keine ausreichende Qualifikation nach den Voraussetzungen der Reihungskriterien-Verordnung haben.

Ergänzend halten wir fest, dass keine Regelungen hinsichtlich einer Kostenerstattung bei Bestehen von Leistungsverträgen normiert wurden. Es ist nämlich fraglich, welche Tarife in diesem Fall für eine Erstattung i. S. d. § 131 ASVG (Leistungsvertrag oder Gesamtvertrag) zur Anwendung kommen.

Zu § 350 Abs. 1a und 3a ASVG:

§ 350 Abs. 1a Z 3 lit. a sollte hinsichtlich des Nachweises der Unverträglichkeit gegen einen Hilfsstoff (z. B. Allergien) präzisiert werden.

Darüber hinaus ist fraglich, ob mit den bestehenden Ausnahmeregelungen (Abs. 1a Z 3 lit. a-d) alle Ausnahmefälle, insbesondere Personen mit besonderen Bedürfnissen, chronisch Kranke mit Langzeitmedikation etc. berücksichtigt werden. Zudem werden Zulassungsunterschiede von Präparaten im Ausnahmenkatalog nicht berücksichtigt. Zusätzliche Spezialwirkungen von Heilmitteln sollten daher im Entwurf ebenfalls von der „aut-idem“-Regelung ausgenommen werden.

§ 350 Abs. 1a Z 3 lit. d ist zu unbestimmt und könnte von verordnenden Ärzten als (oftmaliger) Grund für die Verschreibung eines Heilmittels unter dem Produktnamen mit Ausschluss der Ersetzung durch eine wirkstoffidene Arzneispezialität genutzt werden. Ein erhöhter Prüfungsaufwand der Kasse und mögliche Rechtsstreitigkeiten in Bezug auf die Zulässigkeit der Verordnung nach § 350 Abs. 1a Z 3 lit. d wären die Folge. Dies würde jedoch den geplanten Zweck der Norm (Kosteneinsparungen) vereiteln. Eine inhaltliche Präzisierung der Norm ist daher unbedingt notwendig.

Zudem ist es denkbar, dass Verordner mittels Verschreibung von Analogpräparaten, die zwar wirkungsgleich, aber nicht wirkstoffgleich sind, versuchen werden, die geplante „aut idem“-Regelung zu umgehen. Hier sollten entsprechende Vorkehrungen getroffen werden.

Um die Dokumentation der verordnenden Ärzte überprüfen zu können, ist mit einem erhöhten administrativen Aufwand zu rechnen, wodurch im Ergebnis ein Teil der geplanten Einsparungen wegfällt. Die anfallenden Kosten sollten jedenfalls bei der Berechnung des Verwaltungskostenaufwandes unberücksichtigt bleiben. Zudem erscheint es notwendig, die Datensätze der EDV-Heilmittelabrechnung dahingehend zu adaptieren, dass eine Nachvollziehbarkeit hinsichtlich des verordneten und (auf Wunsch des Patienten nach § 136) tatsächlich abgegebenen Heilmittels gewahrt ist.

Der in § 350 Abs. 3a vorgesehene Verweis auf § 31 Abs. 5 Z 13 ASVG betrifft die derzeit geltende Ermächtigung zur Erlassung der Richtlinie über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen (RöV) durch den Hauptverband. Dieser Verweis ist unter Beachtung der gesetzlichen Änderungen nach dem SV-Holding Gesetz anzupassen.

Zu § 351 Abs. 3a ASVG:

Die Wortfolge „oder praktisch gleicher Packungsgröße“ ist zu unbestimmt und sollte daher näher präzisiert werden. Weiters wird vorgeschlagen, kürzere Intervalle in Zusammenhang mit der Festlegung neuer Referenzgruppen (z. B. quartalsweise) zu normieren, da auf diese Weise neue Referenzgruppen schneller gebildet und weitere Kosten im Heilmittelbereich eingespart werden könnten.

Zu § 635 Abs. 7 ASVG:

Die Aufteilung der Mittel nach § 447a Abs. 5 ASVG sollte nicht, wie im Entwurf vorgesehen, zu 80 % negatives Reinvermögen und 20 % besonderer Ausgleichsbedarf erfolgen, sondern vom Hauptverband entsprechend der gemäß § 447a Abs. 4 ASVG im Jahr 2007 geleisteten Beitragszahlungen (2 % der Beitragseinnahmen) auf die Kas sen aufgeteilt werden.

Zu §§ 19a Abs. 4 Z 3 und 24 Abs. 2 KAKuG:

Nach den Erläuterungen sollen sowohl EKO als auch RöV im Zuge der Verordnung von Heilmitteln für die Versorgung nach der Entlassung aus einer Krankenanstalt verbindlich sein. Diese Maßnahme ist zu begrüßen, es sollte die Verpflichtung zur Einhaltung der genannten Normen im Gesetzestext noch stärker (z. B. mit dem Wort „ver bindlich“) hervorgehoben werden. Weiters halten wir fest, dass keine Sanktionen bei Nichtbeachtung von EKO und RöV vorgesehen sind.

Nach der Wortfolge „aus medizinischen Gründen“ sollte in § 24 Abs. 2 ein Verweis auf § 350 Abs. 1a des vorliegenden Entwurfs aufgenommen werden.

Des Weiteren regen wir an, die gesetzliche Möglichkeit für Krankenanstalten zu schaffen, im Rahmen der Entlassung dem Patienten auch Medikamente zur Überbrückung (für die ersten drei Tage nach der Entlassung) direkt mitzugeben. Damit könnten ins besondere Lücken in der Versorgung durch den Hausarzt bei Entlassungen vor Wo chenenden und Feiertagen geschlossen werden.

Finanzielle Erläuterungen zu Art. 11:

Die Festlegung eines einmaligen Stichtages für die Aufteilung der 450 Mio.€ auf die begünstigten Gebietskrankenkassen kann nicht nachvollzogen werden. Laut unseren Berechnungen erfolgt dies zu Ungunsten der Niederösterreichischen Gebietskranken kasse. Es wird daher vorgeschlagen, die Aufteilung des Betrages für das Jahr 2008 entsprechend dem Verhältnis der ungedeckten Allgemeinen Rücklage zum 31.12.2007 und die Aufteilung des Betrages für das Jahr 2009 entsprechend dem

- 7 -

Verhältnis der ungedeckten allgemeinen Rücklage zum 31.12.2008 auf die einzelnen Gebietskrankenkassen vorzunehmen.

Wir ersuchen, unsere Ausführungen in Ihrer Stellungnahme zu berücksichtigen und verbleiben

Mit freundlichen Grüßen

Nö. Gebietskrankenkasse
in St. Pölten
Obmann KR G. HUTTER

Nö. Gebietskrankenkasse
in St.Pölten
Generaldirektor K. KÖCK