



BUNDESARBEITSKAMMER

PRINZ EUGEN STRASSE 20-22
1040 WIEN
T 01 501 65-0

DVR NR. 1048384

Bundesministerium
für Gesundheit
Radetzkystr 2
1030 Wien

Ihr Zeichen	Unser Zeichen	Bearbeiter/in	Tel	Fax	Datum
-	SV-GSt	Pletzenauer	501 65 DW 2491	501 65 DW 2695	12.05.2010

Bundesgesetz, mit dem das Ärztegesetz 1998 (14. Ärztegesetz-Novelle), das Zahnärztegesetz, das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten, das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz (72. Novelle), das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, das Bauern-Sozialversicherungsgesetz und das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz geändert werden (Bundesgesetz zur Stärkung der ambulanten Gesundheitsversorgung)

Ziel des vorliegen Entwurfs ist, integrierte Versorgungsangebote für PatientInnen vor allem im ambulanten Bereich zu verbessern. Zugleich soll die Entscheidung des Europäischen Gerichtshofs in der Rechtssache Hartlauer umgesetzt werden. Damit verbunden ist eine Stärkung des niedergelassenen Versorgungsbereiches.

Die Bundesarbeitskammer nimmt zum vorliegenden Entwurf über ein Bundesgesetz zur Stärkung der ambulanten öffentlichen Gesundheitsversorgung wie folgt Stellung:

In der internationalen gesundheitspolitischen Diskussion hinsichtlich der Einführung neuer integrierter Versorgungsmodelle wird der Schaffung von medizinischen Versorgungszentren große Bedeutung beigemessen. Medizinische Versorgungszentren sind auch nach Auffassung der Bundesarbeitskammer das Versorgungsmodell der Zukunft. Ihre Vorteile liegen in der Patientennähe der Versorgung (im Vollausbau die gesamtheitliche Versorgung unter einem Dach) und in der verbesserten Leistungsqualität. Es ist wichtiges gesundheitspolitisches Anliegen der Bundesarbeitskammer, vor allem in den bevölkerungsstarken Gebieten Österreichs Einzelpraxen sukzessive durch möglichst heterogen zusammengesetzte Versorgungseinheiten zu ersetzen. Auch nicht-ärztliche Gesundheitsberufe sollten in diese Versorgungszentren aufgenommen werden.

Für die Bundesarbeitskammer steht dabei nicht so sehr die Rechtsform eines Versorgungszentrums (Spitalsambulanz, Ambulatorium, Gruppenpraxis) im Vordergrund, sondern dessen Funktionalität zur Erreichung versorgungspolitischer Ziele. Diese können auch durch Spitalsambulanzen und Ambulatorien verwirklicht werden. So spricht nichts dagegen, künftig zusätzlichen Kassenambulatorien Versorgungsaufgaben zu übertragen. Völlig falsch wäre es in diesem Zusammenhang, Spitalsambulanzen abzubauen und die ambulante Versorgung – womöglich noch ohne entsprechende finanzielle Kompensation – niedergelassenen Stellen (auch Versorgungszentren) zu überlassen. Qualitativ hochstehende Spitalsambulanzen sollen auch weiterhin ein wichtiger Bestandteil des Versorgungsnetzes bleiben. Wichtig ist der Bundesarbeitskammer auch, dass es vor allem im Übergang zu Versorgungszentren nicht zum Aufbau von Parallelstrukturen kommt, die ohne gesundheitspolitischen Nutzen der Sozialversicherung nur unnötige Mehrkosten verursachen.

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen wäre es fatal, würde die im Entwurf geplante Erweiterung der bisherigen Rechtsform der Gruppenpraxis von der offenen Gesellschaft auf eine GmbH nicht zu einer deutlichen Ausweitung der integrierten Versorgung durch Zentren führen. Daher sind jedenfalls Vorkehrung dafür zu treffen, dass es auch tatsächlich zu den erwünschten versorgungspolitischen Reformen und damit zu einer positiven und nachhaltigen Veränderung der Versorgungslandschaft in Österreich kommt. Zwar verkennt die Bundesarbeitskammer nicht, dass die Umsetzung vor allen Dingen vom politischen Willen der Beteiligten (Länder, Sozialversicherung und ÄrztInnen) abhängig ist. Dieser wird sich dann hoffentlich darin manifestieren, dass in den Stadterweiterungsgebieten Wiens Versorgungszentren errichtet werden. Bedeutend schwieriger dürfte es jedoch werden, Versorgungszentren in Gebieten einzurichten, für die bereits die gesamtvertraglich vereinbarten Arztpraxen vergeben sind. In diesen Fällen bedarf es ohne Zweifel innovativer Instrumente, um einen Wechsel in der Versorgungsorganisation des Gesundheitssystems herbeizuführen.

Dies könnte beispielsweise in der Form geschehen, dass bestimmte, vorab definierte wegen Übertritt in den Ruhestand zur Nachbesetzung frei werdende Planstellen, in Planstellen für künftig zu gründende Gruppenpraxis oder für künftig zu schaffende medizinisches Versorgungszentren umgewandelt und reserviert werden. Um das medizinische Versorgungsangebot an den frei werdenden Planstellen zwischenzeitig aufrecht zu erhalten, sollte vorgesehen werden, dass diese umgewandelten und reservierten Planstellen im Wege befristeter Einzelverträge vergeben werden. Zur wirtschaftlichen Absicherung müsste in diesen Fällen den betreffenden ÄrztInnen verbindlich ein Optionsrecht zum Eintritt in die künftig geplante Gruppenpraxis oder eine Anstellung bzw Gesellschafterstellung im geplanten medizinischen Versorgungszentrum eingeräumt werden. Wenn dieses Optionsrecht nicht wahrgenommen wird, sollte die Möglichkeit eingeräumt werden, den betreffenden ÄrztInnen eine angemessene Investitionsabgeltung zuzusichern.

Nach der Vereinbarung gemäß Art 15a-BVG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens haben Länder und Sozialversicherung die Bedarfsplanung im ambulanten Bereich in den RSG abzustimmen. Diese gemeinsame dynamische Versorgungsplanung muss in Zukunft an Bedeutung gewinnen. Es sollte daher schon im RSG die regionale (unter Berücksichtigung von Synergien auch die überregionale) ärztliche Versorgung festgelegt werden, um

die künftige Versorgungsstruktur verändern zu können. Dadurch würde sich auch eine Bedarfsprüfung im Zulassungsverfahren durch den Landeshauptmann erübrigen. Darüber würde eine solche Konzeption die politisch realistische Variante einer gemeinsamen Finanzierung aus einer Hand verwirklichen. Der zwischen der Sozialversicherung und den Ärztekammern ausgehandelte Stellenplan hat auf den RSG Bedacht zu nehmen.

In diesem Zusammenhang ist anzumerken, dass sich ÄrztInnen nach dem vorliegenden Entwurf zwar aus haftungsrechtlichen Überlegungen zu GmbHs zusammenschließen, ihre Behandlungen aber weitgehend in gewohnten Rahmen erbringen können. Durch die Forcierung von Gruppenpraxen und den Gruppenpraxen eingeräumten Möglichkeiten, die Praxis an so vielen Standorten zu betreiben wie die Gruppenpraxis Gesellschafter hat, bleibt es bei einem „dezentrales Versorgungssystem“, das unter Berücksichtigung der vorgesehenen Bedarfsprüfung die Umsetzung von integrierten Versorgungszentren in Zukunft deutlich erschweren wird. Nach Auffassung der Bundesarbeitskammer muss in den Fällen des dislozierten Zusammenschlusses darauf geachtet werden, dass es dadurch zu einer wesentlichen Verbesserung der Versorgung kommt.

Anstelle einer in der versicherten Summe ohnehin viel zu niedrigen Berufshaftpflichtversicherung schlägt die Bundesarbeitskammer eine verschuldensunabhängige Haftung der ÄrztInnen und diesen gleichgestellten Berufe nach dem Vorbild der gesetzlichen Unfallversicherung vor.

Die Bundesarbeitskammer unterstützt die Änderungen im Bereich des ASVG.

Zu den Änderungen im Einzelnen:

Zur Abgrenzung Ambulatorien und Gruppenpraxen:

Auch wenn der Bundesarbeitskammer die kompetenzrechtlichen Herausforderungen einer Abgrenzung von ärztlichen Gruppenpraxen zu selbständigen Ambulatorien in Form einer Krankenanstalt durchaus bewusst sind, ist aus Gründen der Rechtssicherheit eine klarere Definition des Anstaltsbegriffs notwendig. Die Verweisungskette § 2 Abs 1 Z 5 KAKuG, § 2 Abs 2 lit d KAKuG, § 2 Abs 3 KAKuG und § 52a Abs 3 ÄrzteG und § 26 Abs 3 ZahnärzteG und § 52a Abs 3 Z 8 ÄrzteG und § 26 Abs 3 Z 8 ZahnärzteG lässt derzeit eine klare Abgrenzung, wann ein selbständiges Ambulatorium und wann eine Gruppenpraxis vorliegt, nicht zu. Im Besonderen ist unklar, wann eine „Anstaltsordnung“ im Sinne der § 2 Abs 3 KAKuG, § 52a Abs 3 Z 8 ÄrzteG und § 26 Abs 3 Z 8 ZahnärzteG erforderlich ist. Die Bundesarbeitskammer regt daher an, in Form einer widerlegbaren gesetzlichen Vermutung nähere Abgrenzungskriterien zu definieren.

Zu § 52d Ärztegesetz und 62g des Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten:

Die Einführung einer Berufshaftpflichtversicherung wird von der Bundesarbeitskammer im Prinzip begrüßt. Die im Entwurf angeführte Mindesthaftpflichtsumme von 2 Millionen Euro ist jedoch zu niedrig bemessen. Sie deckt bei jüngeren Menschen mit akademischer Ausbildung und einem durchschnittlichen Einkommen bei Schadensfällen, die zur völligen Arbeitsunfähigkeit füh-

ren, gerade das Schmerzgeld und den Verdienstentgang. Aus der Haftpflichtsumme sollten jedoch neben Verdienstentgang, Schmerzgeld, Pflegekosten, Unterhaltsansprüchen auch allfällige Regressansprüche der Sozialversicherungsträger befriedigt werden können. So betragen in der Rechtssache des zur Geschäftszahl 10 ObS 68/04d vom 21.06.2004 ergangenen Urteils des Obersten Gerichtshof allein die Kosten der Hauskrankenpflege monatlich € 23.302,49. Auch wenn diesem tragischen Fall ein Verkehrsunfall zugrunde lag, ist es nicht ausgeschlossen, dass ein gleichartiger Betreuungsaufwand und der damit verbunden materielle Schaden als Folge einer Fehlbehandlung auftritt.

Um zu verhindern, dass die von Behandlungsfehlern betroffenen PatientInnen und deren Angehörigen mit den materiellen Folgen einer Fehlbehandlung alleine gelassen werden, fordert die Bundesarbeitskammer jedenfalls die Anhebung der Mindestversicherungssumme auf 5 Millionen Euro sowie eine gesetzliche Haftungsübernahme der Ärztekammer in jenen Fällen, in denen selbst diese Summe nicht zur Befriedigung sämtlicher Schadenersatzansprüche ausreicht.

Im Anbetracht dessen, dass am privaten Versicherungsmarkt diese Versicherungssumme für ÄrztInnen für Allgemeinmedizin um eine Jahresprämie von € 140,- und für FachärztInnen für kosmetische Operationen um € 620,- angeboten wird, ist die Anhebung der Mindestversicherungssumme auf 5 Millionen Euro den ÄrztInnen durchaus zumutbar, zumal durch diese hohe Versicherungssumme und die geforderte Haftungsübernahme durch die zuständige Ärztekammer nicht nur die Schadenersatzansprüche von PatientInnen, sondern auch die wirtschaftliche Existenz der schadenersatzpflichtigen ÄrztInnen gesichert werden.

Da aber nach wie vor große Schwierigkeiten für PatientInnen bestehen, berechnete Ansprüche gegenüber ÄrztInnen durchzusetzen, wird ausdrücklich die Einführung einer verschuldensunabhängigen Haftung gefordert.

Zu den §§ 49 Abs 2b 118a bis 118e ÄrzteG – Qualitätssicherung:

Die geplanten Änderungen in Bezug auf die ärztliche Qualitätssicherung zielen auf eine engere Kooperation mit den Sozialversicherungsträgern und dem Bundesminister für Gesundheit. So werden beispielsweise Pflichten der Österreichischen Ärztekammer zur Betreibung der Österreichischen Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH (ÖQMed) im eigenen und übertragenen Wirkungsbereich festgeschrieben (§ 118a Ärztegesetz), der wissenschaftliche Beirat unter den Vorsitz einer/s Vertreters/in der Gesundheit Österreich GmbH gestellt und neu zusammengesetzt (§ 118b Ärztegesetz) und darüber hinaus regionale Evaluierungsausschüsse geschaffen (§ 118d Abs. 4 Ärztegesetz). Alle diese Maßnahmen sollen zu einer einheitlichen Qualitätssicherung für den gesamten ambulanten Sektor beitragen. Dennoch bleibt die Frage, warum eine Gesellschaft der Ärztekammer mit zusätzlichen Organen ausgestattet wird, die zu einem wesentlich höheren Aufwand für alle Beteiligten führt, statt einem unabhängigen Institut oder der Gesundheit Österreich GmbH diese Aufgaben und Kompetenzen zu übertragen.

Angemerkt sei noch, dass in den neuen § 118a Ärztegesetz neben der Prozess- und Strukturqualität auch die Ergebnisqualität bei der Erarbeitung und Durchführung qualitätssichernde

Maßnahmen aufgenommen wird. Dies ist als Fortschritt zu werten, sollte allerdings die Evaluierung und Kontrolle eine unmittelbare Gefährdung der Gesundheit ergeben, wird zur Beurteilung einer schwerwiegenden Berufspflichtverletzung (Kündigungsgrund laut ASVG) wiederum nur auf die Prozess- und Strukturqualität abgestellt, die Ergebnisqualität bleibt unverständlicherweise unberücksichtigt (§ 49 Abs 2b sowie § 118e Abs 2 ÄrzteG).

Zu den Änderungen des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes:

Zu § 8 Abs 1 Z 3 lit I ASVG:

Bei Einbeziehung der zum Kindergartenbesuch verpflichteten Kinder in den gesetzlichen Unfallversicherungsschutz wird begrüßt.

Zu § 122 Abs 3 ASVG:

Die vorgesehene Änderung des § 122 Abs 3 ASVG stellt eine Anpassung an die Judikatur des OGH dar. Vorgesehen ist, dass aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft nach § 122 Abs 3 ASVG auch dann Mutterschaftsleistungen zustehen, wenn sich die Arbeitnehmerin zum Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfall der Mutterschaft in einer Karenz nach § 15 MschG befindet, die Pflichtversicherung aber wegen Inanspruchnahme einer Kurzvariante des Kinderbetreuungsgeldes zu diesem Zeitpunkt nicht mehr besteht.

Zu § 125 Abs 1 ASVG:


Mit der vorgesehenen Änderung bei der Berechnung des Krankengeldes für freie DienstnehmerInnen wird eine Forderung der Bundesarbeitskammer umgesetzt. Diese Regelung stellt eine klare Verbesserung für freie DienstnehmerInnen dar und wird als ein weiterer Schritt zur Gleichstellung von freien DienstnehmerInnen mit ArbeitnehmerInnen begrüßt.

Zu § 347 Abs 4a ASVG:

Der Entwurf sieht vor, dass die Österreichische Ärztekammer und der Hauptverband gemeinsam in einer Richtlinie festlegen, nach welchen Methoden der medizinischen und statistischen Wissenschaften jene Parameter ermittelt werden, die von der Kommissionen nach den §§ 344, 345, 345a und 346 ASVG zur Beurteilung der Einhaltung von Vertragspflichten zu berücksichtigen sind. Da aus dem vorliegenden Entwurf weder der Zweck dieser Richtlinie ersichtlich ist noch gesetzliche Vorkehrungen für den Fall getroffen sind, dass innerhalb einer angemessenen Frist die gemeinsame Richtlinie nicht zustande kommt, sollten diesbezüglich Ergänzungen vorgenommen werden.



Herbert Tumpel
Präsident



Alice Kundtner
iV des Direktors