

Bundesministerium für Arbeit, Soziales
und Konsumentenschutz

per E-Mail: VII@sozialministerium.at
begutachtungsverfahren@parlinkom.gv.at

Unser Zeichen: Ihr Schreiben vom: Geschäftszahl Wien, 3.6.2015
Mag. Off/Ja 5.5.2015 BMASK-462.101/0012-
 VII/B/9/2015

Betreff: Stellungnahme der ÖÄK zum „Sozialbetrugsbekämpfungsgesetz“

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Österreichische Ärztekammer dankt für die Einladung zur Begutachtung des „Entwurfs zum Sozialbetrugsbekämpfungsgesetz“ und übermittelt im Folgenden ihre diesbezügliche Stellungnahme.

Vorab möchte die ÖÄK festhalten, dass wir gegen „Sozialbetrug“ im Gesundheitswesen auftreten, der vorliegende Gesetzesentwurf enthält jedoch einige überschießende Regelungen im Sinne eines Generalverdachts gegen Ärztinnen und Ärzte sowie Patientinnen und Patienten. Die Österreichische Ärztekammer verwehrt sich jedoch entschieden gegen den Einsatz von agents provocateurs in einem so sensiblen Bereich wie der Patientenbehandlung. Der Erfolg einer medizinischen Intervention hängt wesentlich davon ab, dass die Patienten ihren Ärzten vertrauen und umgekehrt. Die ÖÄK lehnt es ab, dass die staatliche Bespitzelung von Bürgerinnen und Bürgern dieses Landes gleichberechtigt mit anderen Maßnahmen zur Gegenfinanzierung der Steuerreform umgesetzt werden soll. Damit wird das Vertrauensverhältnis zwischen Ärztin bzw. Arzt und Patientin bzw. Patient angegriffen. Mit dem Entwurf werden de facto alle Sozialversicherten aber auch alle Ärztinnen und Ärzte unter Generalverdacht gestellt.

Aber auch das für eine funktionierende Vertragspartnerschaft nötige Vertrauen zwischen Ärzten und Sozialversicherung wird durch „Scheinpatienten“ untergraben. Wir

lehnen es im Übrigen ab, dass Ärztinnen und Ärzte vorgetäuschte Krankheiten mit falschen e-cards als medizinische Leistungen auf Kassenkosten verrechnen sollen.

Die geplanten Maßnahmen könnten zu Absicherungsmedizin und Überdiagnosen führen, um Krankschreibungen jedenfalls zu rechtfertigen. Das wird zu vermeidbaren Belastungen für Kranke und noch mehr Zeitdruck für Ärztinnen und Ärzte sowie zu unnötigen Kosten für das Gesundheitssystem führen.

➤ **ad § 32a Entwurf Änderung ASVG:**

Gemäß § 32a Entwurf zur Änderung des ASVG sind alle Versicherungsträger verpflichtet, die gesetzeskonforme und vertragskonforme Vorgehensweise der Vertragspartner zu überprüfen. Die Kontrollen sollen die Versicherungsträger mittels eigens dafür ausgestellter e-cards und Scheinidentitäten durchführen. Die Kontrollen sind in weiterer Folge zu dokumentieren.

Damit werden im Rahmen des mystery shoppings wie z.B. durch „**eigens hierfür ausgestellte e-cards** für Prüfungsorgane der Versicherungsträger“ Möglichkeiten geschaffen, anhand von sogenannten agents provocateurs unter Vortäuschung falscher Tatsachen Ärztinnen und Ärzte im Zuge deren „Behandlungen“ zu unzutreffenden Diagnosen oder Therapievorschlägen zu bewegen.

Das bedeutet in Wirklichkeit:

- Das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt/Ärztin und Patientinnen und Patienten wird massiv gestört, da die Ärztin/der Arzt nie sicher sein kann, ob ihm ein „mystery shopper“ gegenüber steht.
- Alle Sozialversicherungsträger einschließlich die Sonderversicherungsträger sind verpflichtet, eigene Abteilungen zur Betrugsbekämpfung zu installieren, was zu einem deutlichen Mehraufwand in personeller und organisatorischer Hinsicht führt.
- Um sich abzusichern, verweisen Ärztinnen/Ärzte bei schwer nachweisbaren Diagnosen (Kopfweh, etc.) zur Abklärung an Fachärztinnen/Fachärzte / Ambulanzen. Die Patienten müssen für eine Krankschreibung zusätzliche Wege absolvieren, das System wird durch die zusätzlichen Untersuchungen belastet.
- Es ist zu befürchten, dass das „mystery shoppen“ mit der möglichen Rechtsfolge des Verlusts des Kassenvertrages bei nicht bekannten Patientinnen/Patienten zu einer Verstärkung einer Absicherungsdiagnostik führt.

- Die von Versicherungsträgern entsandten „mystery shopper“ machen sich u.U. der Bestimmungstätterschaft zu zumindest versuchter Beweismittelfälschung gem. § 293 StGB schuldig.
- Staatliches Bespitzelungswesen.
- Die gesetzlich vorgesehene Gesamtvertragspartnerschaft würde dadurch nicht mehr durch das benötigte Vertrauen getragen, sondern vom Grundprinzip des gesetzlich vorgesehenen Misstrauens und der bewussten Täuschung.

Letztlich schadet man mit den vorgeschlagenen Maßnahmen in erster Linie den Versicherten. Krankenstandsmisbrauch ist kein quantitatives Problem. Darüber hinaus verfügen die Krankenkassen schon jetzt über verschiedene Möglichkeiten, Krankenstände von Arbeitnehmern zu kontrollieren. In den letzten Jahren sind die durchschnittlichen Krankenstandstage nachgewiesenermaßen sukzessive zurückgegangen. Es gibt umgekehrt die gesundheitspolitisch äußerst bedenkliche Entwicklung, dass Arbeitnehmer vermehrt trotz Krankheit aus Angst vor Arbeitsplatzverlust zur Arbeit gehen und damit nicht nur ihre eigene Gesundheit, sondern auch die ihrer Kolleginnen und Kollegen gefährden.

Die beabsichtigten Maßnahmen verstärken diese Entwicklung.

➤ § 338 Abs. 5 Entwurf Änderung ASVG

Die Durchführung von Kontrollen der Vertragsärztinnen/Vertragsärzte soll durch Vereinbarungen zwischen Versicherungsträger und Ärztekammer nicht ausgeschlossen werden können. Dies ist ebenfalls ein Eingriff in die Gesamtvertragspartnerschaft, der anhand des bekannten ökonomisch geringen Schadens unverhältnismäßig ist und daher von uns abgelehnt wird.

Zif 18 zu § 338 Abs. 5 ist daher ersatzlos zu streichen!

➤ ad § 32b ASVG:

Mit der Begründung, eine Maßnahme im Sinne der Aufrechterhaltung des finanziellen Gleichgewichts des Gesundheitssystems schaffen zu müssen, wird nunmehr für Versicherungsträger per Gesetz die Möglichkeit geschaffen, Wahlärztinnen/Wahlärzte (im

Bereich jener Leistungen, für die Kostenerstattung, Kostenersatz oder ein Kostenzuschuss gewährt wurde) durch die Kasse zu kontrollieren.

Es ist rechtlich bedenklich, dass nicht im Vertrag stehende Ärztinnen/Ärzte von einem Nichtvertragspartner – also einer auf den Anlassfall bezogen systemfremden Institution (diese könnte ggf. nur ihre Versicherten kontrollieren) – einer Prüfung unterzogen werden können.

Zif 3 § 32b ist daher ersatzlos zu streichen!

➤ **§§ 148 Ziff. 6, 342 Abs. 1 Ziff. 3 und 343 Abs. 4 ASVG**

Im niedergelassenen Bereich sollen Identitätsüberprüfungen durchgeführt werden, wenn die Patientin/der Patient dem behandelnden Ärztin/Arzt nicht persönlich bekannt ist. Diese Regelung bedeutet einen enormen organisatorischen Mehraufwand. Jedenfalls in allen Vertretungsfällen (wg. Urlaub, Krankenstand etc.) ist eine Identitätsprüfung durchzuführen, da der Vertretungsärztin/dem Vertretungsarzt die Patienten nicht persönlich bekannt sind. Behandlungen wären in diesen Fällen also nur mit Ausweis rechtfest.

Für bestimmte Patientengruppen, wie zum Beispiel Kleinkinder, stehen keine Lichtbildausweise zur Verfügung. Soll deren Behandlung demnach durch Privatverrechnung und nicht mehr als Leistung der Sozialversicherung abgerechnet werden?

Außerdem ist die Identität oft kaum zu überprüfen, da auf der e-card häufig die Namen anders geschrieben sind als im Ausweisdokument und der zweite Teil der auf der e-card aufscheinenden Versicherungsnummer nicht mehr wie früher mit dem Geburtsdatum, wie es im Ausweisdokument angegeben ist, ident sein muss.

Offen ist die Frage, wie mit Patientinnen und Patienten, die sich nicht ausweisen können, umzugehen ist. Der Gesetzgeber geht offensichtlich davon aus, dass hier Pravthonorarnoten zu legen sind.

Die verpflichtende Identitätskontrolle sowie die verpflichtende Vorlage eines Ausweises bringen eine zusätzliche Barriere zu medizinischen Leistungen. Der Ausweis wird somit auch das wichtigere Dokument als die e-card für den Zugang zur Medizin und die e-card wird entwertet, da sie ohne Ausweis nicht mehr nutzbar ist. Die ÖÄK tritt dafür ein,

die aktuelle gesetzliche Pflicht der Identitätsfeststellung für den Zweifelsfall zu belassen und wiederholt ihre jahrelange Anregung, die e-card künftig mit einem Lichtbild zu versehen, sodass die Identitätsfeststellung alleine durch deren Vorlage erfolgen kann.

Die tatsächlichen Malversationen im Vertragspartnerbereich haben geringe ökonomischs Auswirkungen und rechtfertigen nicht die in Aussicht genommenen vertrauenszerstörende Maßnahmen wegen Missbräuchen einzelner weniger Vertragspartner bzw. Versicherungsnehmer.

Bezüglich der missbräuchlichen Inanspruchnahme von Krankenständen und der missbräuchlichen Verwendung der e-card, sowie dem den Gebietskrankenkassen daraus entstanden Schaden ist auf die parlamentarische Anfrage (3527/J) zu verweisen, wonach zwischen 2008 und 2013 insgesamt 421 Missbrauchsfälle mit der e-card nachgewiesen wurden, 39 Fälle zur Anzeige gebracht wurden und es in sieben Fällen zu Verurteilungen kam. Von dem Schaden von € 101.000,-- in diesen fünf Jahren, konnten € 18.100,-- eingebbracht werden.

In einer Beantwortung der parlamentarischen Anfrage Nr. 4391/J vom 21.5.2015 führt Bundesministerin Dr. Oberhauser MAS aus, dass „die Missbrauchsfälle keine erhebliche Belastung der Krankenversicherungsträger darstellen und für die Finanzlage der Versicherungsträger keine reale Bedeutung haben.“

Den geplanten Aufwand für Ärztinnen und Ärzte kann man der Tatsache entnehmen, dass im niedergelassenen Bereich jährlich 130 Millionen Konsultationen mit Einsatz der e-card durchgeführt werden. Der zu erwartende ökonomische Nutzen der geplanten Pflicht zur Identitätsfeststellung ist daher gegenüber den Kosten so gering, dass er den Eingriff in das Vertrauensverhältnis zwischen Ärztinnen und Ärzten sowie Patientinnen und Patienten nicht rechtfertigt.

Die ohnedies angespannte Situation im ärztlichen Versorgungsbereich in Österreich wird durch solche ungerechtfertigten Maßnahmen weiter verschärft. Schon jetzt haben nur mehr 30% der ausgebildeten Ärztinnen und Ärzte Interesse, einen Kassenvertrag abzuschließen. Bald wird es tatsächlich nur mehr schwer möglich sein, einzelne Kassenzentren zu besetzen. Statt sich daher zu überlegen, wie man die vertragspartnerschaftliche Situation besser gestalten und die Ärztinnen/Ärzte motivieren und ihnen

Wertschätzung entgegen bringen kann, wird das Klima mit solchen einseitigen Maßnahmen nachhaltig verschlechtert.

Ziff 17 zu § 149 Abs. 2 ist somit zu streichen!

➤ **§ 148 Z 6 Entwurf Änderung ASVG**

Krankenanstalten sollen jedenfalls verpflichtet werden, die Identität der zu behandelnden Patientinnen/Patienten und die rechtmäßige Verwendung der e-card zu überprüfen. Durch die Identitätsüberprüfung entsteht ein enormer personeller und bürokratischer Zusatzaufwand, immerhin sind von allein 18 Mio. zu überprüfenden Ambulanzfällen pro Jahr auszugehen.

➤ **§ 343 Abs. 4 Entwurf Änderung ASVG**

Die geplanten neuen Kündigungsgründe insbesonders jener der wiederholten gesetz-/vertragswidrigen Vorgehensweise bei der Identitätsfeststellung des Versicherten verschärft die oben beschriebenen negativen Steuerungseffekte, insbesondere im Hinblick auf das geförderte Misstrauen.

Es besteht auch kein Anlass zur Erweiterung der Kündigungsgründe, weil schon bisher die Möglichkeit der Kündigung von Einzelverträgen bei wiederholten nicht unerheblichen Vertragsverletzungen gegeben ist.

Ziff 20 zu § 343 Abs. 4 ASVG ist daher zu streichen!

Die Österreichische Ärztekammer ersucht um Berücksichtigung ihrer Bedenken durch Aufrechterhaltung der derzeit gültigen Regelung zur Identitätskontrolle durch Ärztinnen und Ärzte, um Einführung eines Lichtbildes auf der e-card sowie um Streichung der Bestimmung zum mystery shopping.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Artur Wechselberger
Präsident

