

ÖSTERREICHISCHE ÄRZTEKAMMER

Körperschaft öffentlichen Rechts
Mitglied der World Medical Association

Betrifft	GESETZENTWURF
Zi.	73 - GE/19
Datum:	4. OKT. 1995
Verteilt	5.12.95

An das
Präsidium des Nationalrates

Parlament
1017 Wien

WIEN, I.,
Weihburggasse 10 - 12
Postfach 213
1011 WIEN

Dr. Kojek

Unser Zeichen: Me. Ihr Schreiben vom: Ihr Zeichen: Wien, am 27. September 1995

Betrifft: **Entwurf eines Bundesgesetzes, mit dem das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz geändert wird (53. Novelle zum ASVG);**
Stellungnahme

Sehr geehrte Damen und Herren !

Beiliegend übersendet die Österreichische Ärztekammer in fünfundzwanzigfacher Ausfertigung ihre Stellungnahme zum o. a. Gesetzesentwurf.

Mit vorzüglicher Hochachtung



Prim. Dr. M. Neumann
Präsident

Anlagen w. o. a.

ÖSTERREICHISCHE ÄRZTEKAMMER

Körperschaft öffentlichen Rechts

Mitglied der World Medical Association

Bundesministerium für
Arbeit und Soziales

Stubenring 1
1010 Wien

WIEN, I.,
Weihburggasse 10 - 12
Postfach 213
1011 WIEN

Einschreiben

Unser Zeichen: Dr.K/Me/wie Ihr Schreiben vom: 7.8.1995 Ihr Zeichen: Z1.20.353/21-1/95 Wien, 27. September 1995
4082/95

Betrifft: Entwurf eines Bundesgesetzes, mit dem das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz geändert wird (53. Novelle zum ASVG);
Stellungnahme

Sehr geehrte Damen und Herren !

Die Österreichische Ärztekammer erlaubt sich, zum o. a. Novellierungsentwurf wie folgt Stellung zu nehmen:

1. Teil

Grundsätzliche Feststellungen

Die Österreichische Ärztekammer sieht sich zu ihrem großen Bedauern gezwungen, eine sehr kritische und ablehnende Stellungnahme zu dem vorgelegten Novellierungsentwurf abzugeben. Bevor auf die einzelnen Bestimmungen eingegangen wird, sieht sich die Österreichische Ärztekammer veranlaßt, einige grundsätzliche Feststellungen zu treffen:

Die ambulante ärztliche Versorgung der österreichischen Bevölkerung, die praktisch ident ist mit den Versicherten in der sozialen Krankenversicherung, wird seit Jahrzehnten durch niedergelassene Ärzte und Zahnärzte in einem international absolut vergleichbaren und ausgesprochen hohen medizinischen

Standard erbracht. Dies in erster Linie unter dem besonderen tagtäglichen Einsatz der Vertrags- und Wahlärzte; zu ausgesprochen niedrigen sozialen Tarifen und schon seit Jahren erschwert durch viel zu viel sozialversicherungsrechtliche Legistik und Bürokratie.

Die ärztliche Standesvertretung kann für sich und durchwegs für diese gesamte Zeit wohl zweifelsfrei in Anspruch nehmen, eine staatspolitisch verantwortungsbewußte Haltung bei der Interessenvertretung ihrer Mitglieder und im vertragspartnerschaftlichen Verhalten zur sozialen Krankenversicherung geübt zu haben.

Leistungserbringer sind also nicht die Krankenversicherungsträger, und schon gar nicht deren Hauptverband; diese sind vom Gesetzgeber lediglich als Versicherungsträger mit dem Auftrag, die finanziellen Mittel der Versicherten zu deren Wohl einzusetzen, ausgestattet und als Vertragspartner u. a. zur Ärzteschaft eingerichtet worden.

Diese Klarstellungen sollen die Leistungen und Aufgaben der Beteiligten zurechtrücken und den Gesetzgeber aufmerksam machen, daß durch die vorgeschlagenen Kompetenzverschiebungen die Seite der Krankenversicherungsträger über Gebühr zu Lasten des anderen Partners, der ärztlichen Leistungserbringer, ohne sachlichen Grund bevorzugt wird; und ihm zu bedenken geben, welche nachteiligen Folgen für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung dadurch unnötigerweise ausgelöst werden können. Dieser Novellierungsvorschlag stellt aus der Sicht der Österreichischen Ärztekammer das vom Gesetzgeber eingerichtete System der partnerschaftlichen Struktur von Krankenversicherungsträgern und Ärztekammern, also zweier gleichrangiger und gleichberechtigter Vertragspartner, die medizinische Versorgung durch privatrechtliche Verträge zu regeln, ernsthaft, grundlos, völlig überraschend und für die Österreichische Ärztekammer unverständlich in Frage. Das bisherige System war durch ein Gleichgewicht der Kompetenzen und der Verantwortung ausgegogen. Die vorgeschlagene Novellierung will die Kompetenzen einseitig zu Gunsten der Krankenkassen bzw. des Hauptverbandes verschieben, erwartet aber wohl weiterhin gleich viel verantwortungsvolles Bewußtsein und Verhalten von den Ärztekammern und den Vertragsärzten.

Eine weitere Kompetenzverlagerung, vor allem zu Gunsten des Hauptverbandes, wie sie die Novelle anstrebt, würde bloß zu dessen Machtakkumulation führen und dabei unberücksichtigt lassen, daß die ohnedies rein bürokratische Handlungs- und Denkfähigkeit des Hauptverbandes die Versorgung der österreichischen Bevölkerung mit moderner Medizin schon jetzt und seit Jahren immer wieder behindert. Als wenige Beispiele seien die Verzögerungen bei der Einführung ärztlich-psychotherapeutischer Leistungen, sonographischer Leistungen und medizinisch-technischer Hochleistungen wie CT, MR, etc. erwähnt.

Statt einseitiger bürokratischer Machtakkumulation des Hauptverbandes, also statt weiterer Zentralisation und Bürokratie, sollte jede Novelle des ASVG im Bereich der sozialen Krankenversicherung die gegenteilige Entwicklung einschlagen, nämlich **Kompetenz- und Verantwortungsausgewogenheit auf allen Ebenen der Gesamtvertragspartner, der Einzelvertragspartner sowie zwischen Ärzten und Patienten**. Nur auf diese Weise wird ein ökonomisches Verhalten und Handeln auf allen Ebenen zu erreichen sein und nicht, wie der Hauptverband glaubt, durch legistische Hypertrophie, mit bürokratischen Kontrollen, Sanktionen und Schikanen.

Die Österreichische Ärztekammer fordert daher den Gesetzgeber auf, das seit Jahrzehnten funktionierende System der "gesetzlichen Partnerschaften zwischen Krankenkassen und Ärzteschaft" nicht leichtfertig, grundlos und aus dem Nichts heraus zu gefährden. Die Österreichische Ärztekammer fordert des weiteren den Gesetzgeber auf, eine Umkehr der Tendenz in der Gesetzgebung einzuleiten und Deregulierung und Verantwortungsausbau auf allen Ebenen der Beteiligten zu eröffnen und nicht Zentralisierung und Bürokratie voranzutreiben. Denn diese führen nicht zur Entwicklung von Verantwortungsbewußtsein bei den Betroffenen (= den Kontrollierten), sondern motivieren diese zum tagtäglichen Kleinkrieg und zur Umgehung bürokratischer Kontrollen.

Auf diese Art und Weise wird - wie sich bisher ja schon gezeigt hat - die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen nicht zu beherrschen sein. Die Österreichische Ärztekammer unterbreitet daher im dritten Teil ihrer Stellungnahme konkrete Vorschläge und Forderungen zur modernen und zukunftsorientierten Gestaltung der sozialen Krankenversicherung.

2. Teil

Zu den einzelnen Bestimmungen des Novellierungsentwurfes

Vorweg ist festzustellen, daß die Bestimmungen für die Gruppenpraxen überhaupt verfrüht sind und daß zuerst die Gesetzwerdung des Gruppenpraxengesetzes und die damit verbundenen Erfahrungen abgewartet werden sollten, bevor der legistisch und vertraglich schwierige Bereich der sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen in Angriff genommen wird.

Die Österreichische Ärztekammer stellt außerdem klar, daß in mehreren vorab geführten Gesprächen zwischen Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und Österreichischer Ärztekammer die Vertreter der Österreichischen Ärzte-

kammer nachdrücklich gegen die Vorhaben der Novelle argumentiert und sie abgelehnt haben, weil sie der Zielsetzung einer verbesserten ambulanten Versorgung vor allem durch Gruppenpraxen entgegenstehen würden.

Die Österreichische Ärztekammer empfindet es daher als Affront, daß diese Vorschläge trotzdem aufgenommen worden sind und kann dies nur so verstehen, daß der Hauptverband an einer Entwicklung der Gruppenpraxen nicht wirklich interessiert ist und daß das Bundesministerium für Arbeit und Soziales dieser fortschrittshemmenden Einstellung offensichtlich bedingungslos folgt. Der Hauptverband hat mit diesem Novellierungsversuch wieder einmal seine Macht demonstriert und gezeigt, daß er die gesundheitspolitischen Vorgaben der Bundesregierung - nämlich die ambulante Medizin auszubauen - glattweg negiert und konterkariert.

zu Artikel I

zu Z. 12

Die Ermöglichung der **Selbstversicherung in der Unfallversicherung für Notärzte** durch Einfügung einer neuen **Ziffer 4 im § 19 (1)** ist zu begrüßen. Es handelt sich hierbei um jene Notärzte, deren Notarztstätigkeit weder einer Praxis zuzurechnen ist noch einem Dienstverhältnis und die wegen des Entgelts hierfür auch nicht unter den beitragsfreien Unfallversicherungsschutz des bisherigen **§ 176 (1) Z 7** fallen. Zielgruppe wird gemäß den Erläuterungen somit die hauptberuflich in einem Angestelltenverhältnis tätige Kollegenschaft sein, deren Notarztstätigkeit jedoch in keinem direkten Konnex mit einem Dienstverhältnis erfolgt.

zu Z. 45 (§ 123 Abs 9 ASVG)

Die Bestimmung des § 123 Abs 9 sollte ersatzlos gestrichen werden, damit die Angehörigeneigenschaft auch für Ärzte und andere Freiberufler wieder auflebt. Gegen die vorgesehene Regelung erheben sich verfassungsrechtliche Bedenken wegen der sachlich nicht gerechtfertigt erscheinenden Ungleichbehandlung der Angehörigeneigenschaft.

zu Z. 50, 51 und 52 (§ 131 Abs 3 und 6 ASVG)

Die Notwendigkeit, die Gruppenpraxis in Abs 3 anzuführen (Inanspruchnahme des nächst erreichbaren Arztes oder der Gruppenpraxis bei im Inland eingetretenen Unfällen usw.) wird offensichtlich dazu benutzt, um im Abs 6 eine generell einschränkende Kostenerstattungsbestimmung zu formulieren. Zu erstatten sind nur Kosten, die dem Versicherungsträger in einer gleichwertigen, **nächstgelegenen** Vertragsgruppenpraxis erwachsen würden.

Wenn es keine gleichwertige Vertragsgruppenpraxis gibt, sind Pauschalbeträge festzusetzen; dabei

soll - laut erläuternden Bemerkungen, der Gesetzestext regelt dieses nicht - der Tarif von Einzelordinationen herangezogen werden, wobei "Einsparungspotentiale" der Gruppenpraxis gegenüber der Einzelordination zu berücksichtigen sind. Diese offensichtlich einschränkenden Erstattungsbestimmungen sind abzulehnen; es sollte unverändert § 131 Abs 1 gelten, d.h. die Erstattung von Beträgen vorgesehen werden, wie sie bei Inanspruchnahme anderer Vertragspartner vom Versicherungsträger aufzuwenden wären. Mit diesem Novellierungsvorschlag wird wieder einmal versucht, eine den Kassen mißliebige, für die Versicherten allerdings positive höchstgerichtliche Entscheidung zu korrigieren, die sich aus der bisherigen Systematik und Gesetzeslage ergibt: Der Oberste Gerichtshof hat bekanntlich in seiner Entscheidung vom 7. 4. 1992, 10 Ob S 22/92; ZAS 1993, 27, einem Dialysepatienten einer Wahlärztin eine Kostenerstattung zugesprochen, die sich am - wesentlich höheren - Ambulanzpauschale einer Krankenanstalt (S 2.900,--!) orientiert hat und nicht an den Vertragsarztтарifen, in welchen die erbrachten Dialyseleistungen gar nicht enthalten waren, weshalb der Krankenversicherungsträger die Kostenerstattung für den Patienten mit dem Grundleistungshonorar (ca. S 102,--!) abgelden wollte. Aus rechtlicher Sicht ist anzumerken, daß die Ungleichbehandlung von Gruppenpraxen (§ 131 Abs 6) und niedergelassenen Ärzten (§ 131 Abs 1) sachlich nicht zu rechtfertigen ist, weshalb diese Bestimmung als gleichheitswidrig anzusehen ist.

Die erläuternden Bemerkungen zu § 131 Abs 6 führen überdies aus, daß bei Fehlen von (Gesamt-) Verträgen mit Gruppenpraxen § 131 b gelten würde. § 131 b spricht aber nur von Kostenzuschüssen im Gegensatz zu § 131 a, in denen bei Fehlen von Verträgen mit Ärzten die Kostenersatzung und vor allem auch die Möglichkeit der Erhöhung der Kostenerstattungssätze über die ehemaligen Tarife (bei gekündigten Verträgen) geregelt sind. Von Ärzten geführte Gruppenpraxen bzw. das Fehlen von Verträgen mit diesen sind dem § 131 a zuzuordnen und nicht dem § 131 b. Das ist zumindest in den erläuternden Bemerkungen klarzustellen. Richtiger wäre eine ausdrückliche Erwähnung der ärztlichen Gruppenpraxis in § 131 a!

Im Abs 6 ist überdies vorgesehen, daß eine Gruppenpraxis nur dann eine Wahlgruppenpraxis ist, wenn sie für die ärztliche Hilfe keinen Vertrag abgeschlossen hat. Die erläuternden Bemerkungen sind dazu, wie zu fast allen vertragsrechtlichen neuen Bestimmungen, äußerst dürftig und wenig aufklärend. Diese Bestimmung kann aber wohl nur als Angriff auf den "außervertraglichen Raum" gewertet werden; d.h. es wird aus dem Blickwinkel des Kostenerstattungsanspruches des Patienten klargestellt, daß ein solcher Anspruch dann nicht besteht, wenn eine Gruppenpraxis einen Kassenvertrag hat und daneben außervertragliche Leistungen erbringt. Auch diese Bestimmung ist strikte abzulehnen, widerspricht sie doch der jüngsten Judikatur und den Interessen der Versicherten, die aufgrund ihrer Wahlfreiheit gem. § 135 Abs 2 ASVG - einer Grundnorm dieses Gesetzes - auch außervertragliche Leistungen samt Kostenerstattung von Vertragspartnern in Anspruch nehmen wollen. Es vermag doch heutzutage niemand mehr einzusehen, weshalb ein Versicherter - wenn er außervertragliche Leistungen braucht - diese nicht bei "seinem Kassenarzt", sondern gegen Kosten-

erstattung nur bei einem "Fremdarzt" - sprich Wahlarzt - in Anspruch nehmen darf! Der Kasse entstehen **keine** höheren Kosten, egal ob der Vertragsarzt oder der Wahlarzt derartige Leistungen erbringt.

zu § 177 ASVG

Die Österreichische Ärztekammer ersucht, die **Zytomegalie** als Berufskrankheit in die Anlage 1 dieser Bestimmung aufzunehmen. Als Begründung wird angeführt, daß arbeits- und sozialrechtliche Verfahren ergeben haben, daß es sich dabei um eine Infektionskrankheit handelt, und der Infektionsweg in erster Linie über Speichel, Blut und Exkrememente - wodurch Ärzte besonders gefährdet sind - führt.

zu Z. 89 (§ 338 Abs 1 Z 1 u. 2 ASVG)

Die Gruppenpraxen sollen in das Vertragssystem systematisch so einbezogen werden, daß in Zi 1 die Beziehungen zu den freiberuflich tätigen Ärzten usw. angeführt sind und in der neuen Zi 2 die Beziehungen zu Gruppenpraxen oder anderen Vertragspartnern, wobei bei diesen Gruppenpraxen nicht unterschieden wird zwischen Gruppenpraxen, die ausschließlich von Ärzten gebildet sind, zwischen Gruppenpraxen, bei denen neben anderen Berufen auch Ärzte vertreten sind und nicht-ärztlichen Gruppenpraxen.

Da in der Folge unterschiedliche Regelungen für Gruppenpraxen, die ausschließlich aus Ärzten gebildet sind, getroffen werden, sollte schon aus systematischen Gründen die ärztliche Gruppenpraxis in Zi 1 angeführt werden und in Zi 2 nur die anderen Gruppenpraxen, wobei sich die Frage stellt, wie Gruppenpraxen, bei denen neben anderen Berufsgruppen auch Ärzte beteiligt sind, einzuordnen sind. Eine solche Zuordnung zum Bereich der freiberuflich tätigen Ärzte ist auch ein Signal, daß alle Differenzierungen und Verschlechterungen zum Gesamt- und Einzelvertragssystem der niedergelassenen Ärzte von der Österreichischen Ärztekammer strikte abgelehnt werden müssen.

zu Z. 91 (§ 343 Abs 1 ASVG)

Ohne Zusammenhang mit der Neuregelung der vertraglichen Bestimmungen über die Gruppenpraxis ist vorgesehen, daß die Ausschreibung der Planstellen und vor allem die Auswahl der Vertragsärzte durch den Krankenversicherungsträger zu erfolgen hat, der lediglich zu **versuchen** hat, das **Einvernehmen** mit der zuständigen Ärztekammer herzustellen. Das bedeutet faktisch freie und personell ungebundene Ausschreibung der Planstellen und Auswahl der Vertragsärzte. Die Erläuternden Bemerkungen sind eine **Zumutung und eine objektive Unwahrheit**, wenn sie darauf hinweisen, daß es den Ärztekammern in der Praxis möglich gewesen ist, die Nachbesetzung von Planstellen zu verhindern. Diese Feststellung ist inhaltlich falsch - ganz im Gegenteil - die Ärztekammern haben sich immer um forcierte Ausschreibungen der Nachbesetzung von Planstellen bemüht; Ausnahmen gibt es nur dort, wo sich gravierende Reduktionen in der Bedarfssituation

ergeben haben - auch dort sind die Planstellen in der Regel nicht ersatzlos gestrichen oder nicht nachbesetzt worden, sondern verlegt worden. Die Österreichische Ärztekammer unterläßt es **vorerst** bewußt, im Begutachtungsverfahren aufzuzeigen, in welchen Fällen die Krankenkassen die (Neu)Invertragnahme von Ärzten ver- oder behindert haben, weil etwa ein Kassenambulatorium eingerichtet werden sollte!

Überdies sind lt. gesamtvertraglicher Rechtslage freie Stellen zunächst auszuschreiben, d.h. es kann keiner der Vertragsparteien einseitig die Nichtausschreibung einer Planstelle verfügen - dies geht nur im Einvernehmen. Bei abweichenden Personenbeschlüssen hat die Landesschiedskommission die Kompetenz zur Entscheidung, sodaß sich dort eine objektive Richtschnur für die Vergabe von Planstellen herausgebildet hat und die Willkür beider Seiten, vor allem der Kassen, ausgeschlossen ist. Dazu kommt, daß in fast allen Landesärztekammerbereichen **strikte Reihungsrichtlinien** und -systeme für die Bewerbung und Nominierung für eine Kassenplanstelle geschaffen wurden, die für alle Beteiligten offen liegen, womit die Vorschläge der Ärztekammern, den Krankenkassen und anderen Ärzten gegenüber, immer nachvollzogen werden können. Die **Invertragnahme** durch diese Reihungssysteme und für den Fall der Nichteinigung zwischen Kassen und Kammern durch die Entscheidung der Landesschiedskommission **ist also seit Jahren objektiviert**. Dies scheint den Krankenkassen nicht genehm zu sein, und wollen sie offensichtlich vom Gesetzgeber die Möglichkeit erhalten, **allein und ohne objektivierende Vorgangsweise**, ohne Entscheidung einer Schiedsinstanz,- damit unter Umständen auch willkürlich, Ärzte in Vertrag nehmen zu können. Auch aus rechtsstaatlicher Sicht ist ein derartiges Vorhaben öffentlich-rechtlicher Körperschaften, wie es die Krankenkassen sind, unverständlich, unakzeptabel und daher kategorisch abzulehnen! Die Österreichische Ärztekammer schlägt daher im Gegenzug vor, die Landesschiedskommission zusätzlich für die Entscheidung der Schaffung und Besetzung **neuer** Planstellen zuständig zu machen.

zu Z. 93 (§ 343 Abs 2 Z 7 ASVG)

Der Vertrag des Vertragsarztes in seiner Einzelpraxis soll ohne Kündigung erlöschen, wenn der Arzt einen zweiten Berufssitz in einer Gruppenpraxis ohne Zustimmung von Kasse und Ärztekammer begründet, oder wenn der Arzt Gesellschafter einer Gruppenpraxis ist, der Vertrag mit der Gruppenpraxis endet und der Arzt aber Gesellschafter bleibt, also aus der Gesellschaft nicht ausscheidet. Begründet wird diese ex lege Vertragsauflösung mit der Vertragsparallelität, d.h. es solle im Interesse der krankenversicherten Personen sichergestellt werden, daß der betreffende Vertragsarzt beide Tätigkeiten entweder im Rahmen eines Kassenvertrages oder außerhalb ausübt. Ein derartiger Sachverhalt wird somit schweren straf- und zivilgerichtlichen Vergehen anderer gesetzlicher Auflösungsgründe gleichgestellt !

Die erläuternden Bemerkungen wollen dies damit begründen, daß ein Vertragsarzt in seiner Einzelpraxis einen Patienten in die Gruppenpraxis, bei der er beteiligt ist, überweist und bei Fehlen

des Vertrages in der Gruppenpraxis der Patient dann in der Gruppenpraxis bezahlen müßte. Damit verschweigen die erläuternden Bemerkungen aber, daß nach der heutigen Rechtslage ein derartiges Verhalten (z.B. Überweisung an die Zweitordination des Vertragsarztes) eine krasse Vertragsverletzung darstellt und eine Kündigung des Einzelvertrages rechtfertigen würde.

Die Notwendigkeit einer solchen Einengung des Rechtes des Arztes, an einer Gruppenpraxis teilzunehmen, auf Gruppenpraxen, die über einen Kassenvertrag verfügen, ansonsten er den Kassenvertrag seiner Einzelordination gefährden würde, ist nicht einzusehen. Noch gravierender ist der zweite Tatbestand, daß der Arzt als Gesellschafter einer Gruppenpraxis seinen Einzelvertrag verliert, wenn der Gruppenpraxen-Einzelvertrag endet (**es gibt keinen Kündigungsschutz !**) und er Gesellschafter bleibt. Diese Bestimmung ist abzulehnen, sie ist ein Beweisstück mehr für die offenkundige Behinderungstendenz des Hauptverbandes in bezug auf die Umsetzung des Gruppenpraxisgesetzes im kassenärztlichen Bereich.

zu § 343 Abs 4 ASVG

Die Österreichische Ärztekammer schlägt zu diesem Paragraphen folgende, in der Novelle nicht enthaltene Bestimmung vor:

- Nicht bewährt hat sich die im § 343 Abs 4 ASVG enthaltene Bestimmung, wonach eine vom gekündigten Arzt eingebracht Berufung an die Bundesschiedskommission ohne Zustimmung des Krankenversicherungsträgers keine aufschiebende Wirkung hat. Die Erfahrung hat gezeigt, daß die Krankenversicherungsträger praktisch niemals die Zustimmung zur aufschiebenden Wirkung erteilt haben, daß aber von der Landesschiedskommission bestätigte Kündigungen von der Bundesschiedskommission - allerdings oft erst nach Monaten - wieder aufgehoben worden sind. Der gekündigte Arzt war somit also wieder in Vertrag zu nehmen, was in der Praxis große Schwierigkeiten bereitet hat, vor allem dann, wenn in der Zwischenzeit ein anderer Arzt in Vertrag genommen wurde, um die Sachleistungsversorgung aufrecht zu erhalten. Es widerspricht daher nicht nur dem rechtsstaatlichen Gedanken, sondern auch den Notwendigkeiten in der Realität, Berufungen gegen Kündigungen **ohne** aufschiebende Wirkung zuzuerkennen.
- Die Kündigungsfrist des § 343 Abs 4 ist von einem Monat auf drei Monate zu verlängern; dies auch aus Gründen der Praxis, um einen Nachfolger in den Kassenvertrag rechtzeitig finden zu können.

zu Z. 95 (§ 347 Abs 1 ASVG)

Die Aufnahme von Arbeitnehmern der gesetzlichen Interessensvertretungen in die Funktion als Beisitzer in den Schiedskommissionen wird begrüßt. Es sollten im zweiten Satz des § 347 Abs 1 zur

Klarstellung aber die §§ 344, 345, 345 a und 346 angeführt werden, da zweifelsfrei festgestellt werden soll, daß auch die paritätische Schiedskommission mit Angestellten der Interessensvertretungen beschickbar ist.

Abschnitt V

zu Z. 97

(Beziehungen der Sozialversicherungsträger zu den Gruppenpraxen)

In den §§ 351 c bis 351 g bzw. im Abschnitt V werden die Regelungen über die Gruppenpraxen zusammengefaßt. Dabei sind auch Bestimmungen für die Gruppenpraxen ausschließlich von Ärzten vorgesehen. Wie schon vorstehend ausgeführt wurde, sollten zumindest die Regelungen von Gruppenpraxen, die ausschließlich aus Ärzten bestehen, in dem Bereich der §§ 341 folgende getroffen werden. Dies aus systematischen Gründen, aber auch aus Gründen der Gleichheit der gesetzlichen Bestimmungen in bezug auf Gruppenpraxen und Einzelvertragsärzte.

Nicht ersichtlich ist, warum die Zählung mit § 351 c beginnt, da es im ASVG wohl einen § 351 a, aber keinen § 351 b gibt.

zu § 351 c Abs 2 Z 2 ASVG

Zur Auswahl der Vertragsgruppenpraxen, den Abschluß und die Lösung der Einzelverträge, ist zunächst klar zu stellen, daß Ausschreibung und Auswahl, wie bei den Individualpraxen im **Einvernehmen** zwischen Krankenkasse und Ärztekammer zu geschehen haben, einschließlich der Kompetenz der Landesschiedskommission bei differenten Entscheidungen. Offensichtlich soll die Ärztekammer aus der Mitwirkung ausgeschlossen werden (gleich wie in § 343 Abs 1 für die niedergelassenen Ärzte). Die Gesamtverträge haben laut Entwurf auch Regelungen zu Lösung der Einzelverträge vorzusehen. Der Gesetzentwurf sieht aber **keinerlei Kündigungsschutzbestimmung** in bezug auf die Kündigung von Einzelverträgen mit Vertragsgruppenpraxen durch die Kasse vor - dies weder in § 351 c noch in § 351 g über die Auflösung des Einzelvertrages zwischen Vertragsgruppenpraxis und Krankenversicherungsträger! Selbstverständlich sind die analogen Kündigungsbestimmungen, wie sie in § 343 Abs 4 für Einzelvertragsverhältnisse von Vertragsärzten vorgesehen sind, auch für Gruppenpraxen anzuwenden.

zu § 351 c Abs 2 Z 3 ASVG

In **lit. a** wird den Gruppenpraxen verpflichtend vorgeschrieben, daß ärztliche Hilfe ausschließlich aus Sachleistung erbracht werden darf, d.h. es sollen damit die außervertraglichen Leistungen von Vertragsgruppenpraxen ausgeschlossen werden (siehe korrespondierend auch dazu die vorgeschlagene Änderung des § 131 Abs 6). Das ist ebenso abzulehnen, wie die Bestimmung der **lit. b**, die die Verpflichtung vorsieht, Kostenvorteile der Gruppenpraxis gegenüber der Einzelordination bei der

Honorargestaltung zu berücksichtigen. Es ist zwar verständlich, daß die Krankenkassen versuchen, am Rationalisierungseffekt der Gruppenpraxen zu partizipieren, andererseits sind die Kassenhonorartarife aber derartig knapp kalkuliert, daß in vielen Fällen erst durch die Gründung von Gruppenpraxen mit der damit verbundenen rationellen Ausnutzung von Ressourcen eine Kostendeckung einschließlich auch einer geringfügigen Gewinntangente erreicht wird. In der Realität der Kassenvertragsverhandlungen werden ohnedies entsprechende Argumente der Krankenkassen bei den Tariffestsetzungen vorgebracht werden. Diese Frage sollte also aus dem Gesetz herausgenommen und der praktischen Verhandlungsrealität überlassen werden.

Unverständlich ist die in lit. c vorgesehene Bestimmung, daß bei der Honorargestaltung auch zu beachten sei, ob und in wie weit eine Vertragsgruppenpraxis die Versorgung in schlecht versorgten Gebieten verbessern würde; heißt das, daß damit individuell bessere Honoraransätze für Gruppenpraxen in unterversorgten Gebieten ermöglicht werden sollen?

zu § 351 c Abs 2 Z 4 ASVG

Die Gesamtverträge sollen auch die Folge von Verstößen gegen die wirtschaftliche Behandlung und Verschreibweise regeln. Diese Bestimmung ist in Relation zu den einschlägigen Bestimmungen des § 342 neu und ist abzulehnen. Das übliche Instrumentarium der schiedskommissionellen Instanzen einschließlich der Entscheidungspraxis reicht aus.

zu § 351 c Abs 3 ASVG

Die erläuternden Bemerkungen begründen die **zeitliche Begrenzung der Regelung über die ärztlichen Gruppenpraxen bis zum 31.12.1998** mit der Notwendigkeit des Sammelns von Erfahrungen. Das ist offensichtlich nur eine vorgeschobene Begründung. Es wird schon aufgrund der Erläuterungen in der Folge klar, daß in Wirklichkeit diese Befristung eine Drohung für die Ärzteschaft sein soll; bei Unmöglichkeit der Neufassung der Bestimmungen im Einvernehmen mit den Ärzten, die Möglichkeit von **Einzelverträgen auch ohne Gesamtverträge** mit ärztlichen Gruppenpraxen zu eröffnen! Diese Absicht ist striktest abzulehnen und stellt einen absoluten Grund für einen Konflikt um das ganze System dar! Das bisher unbestrittene Grundprinzip "**keine Einzelverträge ohne Gesamtverträge**" muß unverändert auch für die Gruppenpraxen gelten! Wird es in Zweifel gezogen, wird der Ärzteschaft und der Ärzte-Interessensvertretung die **Grundlage für das Vertragssystem entzogen!** Außer einer Machtakkumulation beim Hauptverband, gibt es dafür keinen Grund! Sollten sich gesamtvertragliche Adaptierungsnotwendigkeiten ergeben, so wird, wie in der Vergangenheit, darüber zu verhandeln und Einvernehmen zu erzielen sein.

zu § 351 d ASVG

Bei Gruppenpraxen ausschließlich von Psychotherapeuten oder klinischen Psychologen wird im

Gegensatz zur derzeitigen Rechtslage (§ 349 Abs 2) das System der Gesamtverträge mit dem System der Einzelverträge gleichgestellt, d.h. es steht im Ermessen der Kassen, entweder Gesamtverträge oder Einzelverträge direkt abzuschließen. Die Ärzteschaft ist von solchen Bestimmungen zwar nicht direkt betroffen, es erscheint aber angemessen, gegen eine solche Verschlechterung schon aus kollegialer Unterstützung und unter dem Blickwinkel von Beispielsfolgerungen Einspruch zu erheben.

zu § 351 e ASVG

Die Beziehungen der Kassen zu gemischten Gruppenpraxen, denen Ärzte und andere Gesundheitsberufe angehören, sollen ausschließlich durch Einzelverträge geregelt werden; das gleiche gilt für Gruppenpraxen, bei denen nur andere Gesundheitsberufe als Ärzte teilnehmen. Das ist jedenfalls für gemischte Gruppenpraxen unter Teilnahme von Ärzten strikte abzulehnen.

Wenn man schon gemischte Gruppenpraxen zuläßt, so ist es die logische Konsequenz, daß das Gesamtvertragssystem beibehalten wird und daß als Gesamtvertragspartner die Ärztekammern federführend in Erscheinung treten; für die nichtärztlichen Teilnehmer an der Gruppenpraxis könnten Konsultations- oder Einvernehmensverpflichtungen der Ärztekammern mit den Berufsvertretungen vorgesehen werden. Jedenfalls ist als generelle Schutzbestimmung zu fordern, daß allfällige ärztliche Mitglieder solcher gemischten Gruppenpraxen durch Einzelverträge keineswegs schlechter gestellt werden dürfen, als in rein ärztlichen Gruppenpraxen.

zu § 351 f Abs 1 ASVG

Zunächst ist zu klären, ob die Bestimmungen über Einzelverträge für Gruppenpraxen nur für Gruppenpraxen anderer Gesundheitsberufe und gemischte Gruppenpraxen gelten sollen (§ 351 e) oder aber auch für Einzelverträge mit Gruppenpraxen von Ärzten (§ 351 c) und Psychotherapeuten und klinischen Psychologen (§ 351 d). Da die Überschrift und Abs 1 des Entwurfes § 351 f ganz allgemein nur von "Gruppenpraxis" und von "Einzelverträgen" spricht, ist davon auszugehen, daß diese Bestimmungen für alle Gruppenpraxen gelten. Gestützt wird dieses Ergebnis noch durch den Umstand, daß in Zi 1 ausdrücklich angeführt ist "Wenn kein Gesamtvertrag vorhanden ist, muß ...". Das bedeutet für den Fall der Gesamtvertragskündigung - etwa auch durch die Kassen selbst ! -, die diese Möglichkeit hatten, mit ärztlichen Gruppenpraxen **direkt Einzelverträge** abschließen zu können. **Eine solche Bestimmung ist absolut abzulehnen und ebenso unakzeptabel** wie die vorgesehene Bestimmung des § 351 c Abs 3. Die Kassen hätten es somit in der Hand, durch Selbstkündigung der Gesamtverträge, ohne diese Einzelverträge mit den Ärzten und Gruppenpraxen abzuschließen! Dazu kommt, daß § 351 f Abs 1 Zi 1 so mißverständlich formuliert ist, daß man unter Umständen daraus sogar ableiten könnte, daß die Bestimmungen der Zi 2 bis 5 und Abs 2 Zi 1 bis 5 für Einzelverträge auch dann gelten könnten, wenn ein Gesamtvertrag besteht. Dafür spricht auch die

Formulierung in Abs 2 Zi 5 "... oder im Gesamtvertrag ausdrücklich vorgesehen sind". Ein Verweis auf eine Zuzahlungsmöglichkeit im Gesamtvertrag kann doch nicht sinnvoll sein, wenn die ganze Bestimmung nur für solche Einzelverträge ohne Gesamtvertrag gelten soll!

zu § 351 f Abs 1 Z 3 ASVG

Hier wird als Bedingung für die Geltung des Einzelvertrages einer Gruppenpraxis die Beendigung der Einzelverträge der Gesellschafter mit bundesgesetzlich eingerichteten Krankenkassen vorgeschrieben. Zusätzlich wird in Zi 4 festgehalten, daß Einzelverträge einer Gruppenpraxis nur dann gelten, wenn neben dem Vertrag mit den § 2 Kassen noch Verträge für mindestens zwei andere Versicherungsträger vorliegen; das ist das "Alles-Oder-Nichts-Prinzip" des Hauptverbandes! Die Zi 3 steht offensichtlich im Widerspruch mit § 343 Abs 2 Zi 7 lit. a und b, in denen Vertragsparallelität zwischen dem Einzelvertrag des Arztes in seiner eigenen Praxis und dem Kassenvertrag zur Gruppenpraxis hergestellt werden soll. Zi 3 des § 351 f verunmöglicht offensichtlich das Nebeneinanderbestehen von zwei Verträgen und wird im Hinblick auf § 343 für ärztliche Gruppenpraxen dann gelten, wenn keine Gesamtverträge bestehen. Das gleiche gilt für die Zi 4. Die Bestimmungen der Zi 3 und 4 sind trotzdem abzulehnen

zu § 351 f Abs 2 ASVG

Einzelverträge haben den Inhalt und Umfang der Leistungen, die von der Gruppenpraxis **angeboten werden**, zu regeln (Zi 1). Diese Regelungsnotwendigkeit kann bestenfalls die **Honorierung** der angebotenen Leistungen und nicht das Leistungsangebot selbst betreffen; ansonsten würden die Kassen über die ökonomische Basis, d.h. die wirtschaftliche Gestion des Unternehmens - das ist das Leistungsangebot - bestimmen.

Der Ausschluß des außervertraglichen Raumes in Zi 5 ist schließlich ebenso abzulehnen wie schon mehrfach vorher bei anderen Bestimmungen. Auch hier wird wiederum der Versuch unternommen, oberstgerichtliche Entscheidungen zu korrigieren. Die vorgesehene Bestimmung würde bedeuten, daß für eine Gruppenpraxis kein kassenfreier Raum entstehen soll. Damit ist aber die Wahlfreiheit der ärztlichen Hilfe - ein Grundprinzip auch in der sozialen Krankenversicherung (§ 135 Abs 2 ASVG) -, **insbesondere für sozial schwache Gesellschaftsschichten, absolut erschwert**. Benötigt ein Patient über den Leistungskatalog des Einzelvertrages hinausgehende medizinische Maßnahmen (z.B. weil er den Ärzten in der Gruppenpraxis vertraut), so muß der Patient diese Kosten vollends selbst tragen, da ein Rückersatz ausgeschlossen ist. Während sozial besser gestellte Personenkreise dazu die Mittel haben werden, ist dies für andere Gesellschaftskreise unmöglich, sodaß letztere nur Institutionen aufsuchen können, mit denen die Sozialversicherung Verträge über diese Leistungen abgeschlossen hat. Damit wird nicht nur das Verhältnis zwischen Arzt und Patient eklatant gestört, sondern eine **neue Form der "Zwei Klassen Medizin" und der "Zwei Klassen Mediziner"** eingeführt. Dies wird von der Österreichischen Ärztekammer abgelehnt!

zu § 351 f Abs 4 ASVG

Als Sollbestimmung wird die Subsidiarität der Gruppenpraxis gegenüber der Einzelordination begründet, d.h. nur dann sollen Einzelverträge mit Gruppenpraxen abgeschlossen werden, wenn es um Leistungen geht, die nicht z.B. durch Einzelordinationen, durch andere Vertragspartner oder kasseneigene Einrichtungen (!) erbracht werden. Diese Subsidiarität stellt insbesondere bei gemischten Gruppenpraxen einen teilweisen Widerspruch der gesamten Institution dar und wird also größte praktische Umsetzungsschwierigkeiten haben. Das gilt vor allem dann, wenn verschiedene Teilnehmer an der Gruppenpraxis unterschiedlich mit ihren Berufen in Einzelordinationen, d.h. in der freien Praxis vertreten sind.

zu § 351 g Zi 4, 5, 6 ASVG

Das Vertragsverhältnis zur Gruppenpraxis soll automatisch erlöschen, wenn ein Gesellschafter ohne Zustimmung der Krankenkasse einen zweiten Berufssitz begründet! Diese Bestimmung ist an sich eine Zumutung, da sie eine Quasihaftung der Gruppenpraxis aufgrund einer Handlung eines Gesellschafters bedeutet, die die Gesellschaft möglicherweise nicht beeinflussen kann.

Ähnliches gilt auch für die Zi 5, die ebenfalls abzulehnen ist - bei Vertragsende des Gesellschafters an seinem weiteren Berufssitz und bei Fortführung dieses Berufssitzes durch den Gesellschafter, würde der Vertrag zur Gruppenpraxis erlöschen!

Auch Zi 6 ist als unzulässige Restriktion abzulehnen. Hier wird wieder offenbar versucht, die Vertragsparallelität zu verwirklichen, für die es keine gesundheitspolitische Begründung gibt.

Im gesamten sind in den speziellen Bestimmungen, die Gruppenpraxen betreffend, insbesondere auch im § 351 c, alle Arten von Kündigungsbestimmungen und **vor allem Kündigungsschutzbestimmungen zu vermissen**. Auch aus diesem Grund sind die vorgeschlagenen Regelungen für die Gruppenpraxen absolut abzulehnen. Es ist doch nicht einzusehen und sachlich durch nichts gerechtfertigt, daß Gruppenpraxen - bei denen ja die persönliche Haftung der Gesellschafter gleich wie bei der Einzelpraxis **gegeben** ist und die in der Regel wesentlich höhere Investitionen tätigen werden und müssen als bei den Einzelpraxen - keinen Kündigungsschutz genießen und statt dessen der Eigenmacht des Hauptverbandes bzw. der Krankenkassen ausgeliefert werden sollen. Unter solchen Umständen wäre es wirtschaftlich unverantwortlich, große finanzielle Verpflichtungen als Gruppenpraxis einzugehen, ohne einen dauernd gesicherten Betrieb gewährleistet zu haben, wie dies der Entwurf allerdings im § 351 f Abs 3 Z 1 als **Voraussetzung** für die Invertragnahme vorsieht. An diesem Beispiel zeigt sich wieder einmal die Unausgewogenheit und Unsachlichkeit des Entwurfes, der ausschließlich eine Begünstigung der Rechtsposition der Kassenseite beabsichtigt, und die ärztliche Seite rücksichtslos beeinträchtigt und gefährdet. Es ist daher kategorisch zu verlangen, daß

der gesicherte Bestand einer Gruppenpraxis nicht nur für die **Invertragnahme**, sondern auch für die **Vertragsdauer** gegeben sein muß; dies ist nur gewährleistet, wenn die Kündigungsbestimmungen des § 343 für die Gruppenpraxis vollinhaltlich anzuwenden sind.

Zusammenfassend wird daher von der Österreichischen Ärztekammer die gesamte Regelung kategorisch abgelehnt und sollte einer späteren ASVG-Novelle nach Gesetzwerdung des Gruppenpraxengesetzes zu überantworten sein. Es besteht überhaupt keine Regelungseile, da die berufsrechtlich und gesellschaftsrechtliche Klarstellung der Zulässigkeit der Gründung von Gruppenpraxen im Gruppenpraxengesetz unabhängig von der Einbindung in das Kassenvertragssystem zu sehen ist.

zu B-KUVG, GSVG, BSVG

Zu den dort einschlägigen Bestimmungen gilt das zum ASVG Gesagte.

Bezüglich des GSVG wird noch darauf verwiesen, daß im § 85 Abs 3 eine Einfügung dahingehend erfolgt, daß der Versicherungsträger in seiner Satzung die Gewährung von Barleistungen anstelle von Sachleistungen für Versicherte vorsehen kann, deren Einkünfte einen in der Satzung festzusetzenden Betrag überschreiben.

Diese einseitige Regelung soll an Stelle der bisherigen Vereinbarungen mit der Österreichischen Ärztekammer über die Sachleistungsgrenze treten. Dies wird von der Österreichischen Ärztekammer abgelehnt, da sich die bisher geübte vertragliche Vereinbarung der Sachleistungsgrenze zwischen dem Versicherungsträger und der Österreichischen Ärztekammer bewährt hat.

zu FSVG

Der Entfall des Ausdruckes "oder als Hinterbliebene einen Versorgungsgenuß" im § 5 Z 2 wird damit begründet, daß die Beseitigung dieser Ausnahme von der Pflichtversicherung Hinterbliebenen den Erwerb eigener Versicherungszeiten ermöglichen soll.

Wenn diese Bestimmung dazu führen würde, daß z.B. niedergelassene Ärztinnen, die einen Versorgungsgenuß als Witwe nach einem pragmatisiert gewesenen Arzt oder sonst einem pragmatisierten Beamten beziehen, nun plötzlich Pflichtbeiträge in der Pensionsversicherung nach dem FSVG bezahlen müßten, wird dies als unnötig abgelehnt.

Übrigens enthält der Entwurf einen legislatischen Lapsus, da der § 5 schon lange keine **Z 1** und **Z 2** mehr aufweist.

3. Teil

Erfordernisse für eine moderne und zukunftsorientierte soziale Krankenversicherung

Die vorgeschlagenen Bestimmungen des Entwurfes setzen schon bisher ergebnislose Novellierungsversuche, mit legislativen Bürokratiemaßnahmen die Kostenentwicklung im Bereich der sozialen Krankenversicherung in den Griff zu bekommen, fort. Dabei wird völlig verkannt, daß der weltweit expandierende Medizinsektor nicht durch solche Maßnahmen beherrschbar ist. Es ist daher höchst an der Zeit und ohnedies ein schon jahrelanges Versäumnis, die Struktur der sozialen Krankenversicherung zu verändern, wobei vollkommen außer Streit zu stellen ist, daß es der Einrichtung der sozialen Krankenversicherung weiterhin bedarf. Diese hat sich jedoch den geänderten wirtschaftlichen, gesellschaftlichen und demographischen Verhältnissen anzupassen und kann nicht mit Strukturen aus der Nachkriegszeit, gepaart mit hypertropher Bürokratie, die modernen und zukünftigen Möglichkeiten der Medizin und Ansprüche der Patienten bewältigen.

Die Österreichische Ärztekammer unterbreitet daher mit allem Nachdruck nachstehende, teilweise alternativ zu verstehende Vorschläge und fordert den Gesetzgeber auf, diese schon in der 53. ASVG-Novelle zu verwirklichen:

- o Zuständigkeit der sozialen Krankenversicherung für die Grundversorgung im Sinne einer engen Auslegung und Anwendung des § 133 Abs 2 ASVG, wobei durch die soziale Krankenversicherung die Hoch-, Lang- und sozialen Risiken abzudecken sind. Für den ambulanten Bereich der Medizinversorgung hingegen wäre die Eröffnung der Konkurrenz zwischen der privaten Krankenversicherung und der sozialen Krankenversicherung höchst vordringlich.
- o Einführung einer Einkommensobergrenze für die Zugehörigkeit zur sozialen Krankenversicherung; für darüber liegende Einkommensbezieher Versicherungspflicht mit Wahlmöglichkeit des Versicherers.
- o Einführung eines 20%igen Selbstbehaltes bei den § 2-Krankenkassen, wie bei den Sonderversicherungsträgern, bzw. eines Kostenerstattungssystems, wie bei der Sozialversicherung der Bauern. Es ist für die Gegenwart und Zukunft nicht mehr sachlich zu rechtfertigen und **höchst ungerecht**, Bevölkerungsgruppen mit u. U. geringerem Durchschnittseinkommen (z. B. **Eisenbahnern** !) einen Selbstbehalt oder gar ein Kostenerstattungssystem (z. B. **Bauern**) aufzuerlegen, wirtschaftlich durchwegs besser gestellte Bevölkerungsschichten, wie z. B. Facharbeiter oder

gehobene Angestellte, weiterhin davon auszunehmen ! Die Gesundheits- und Sozialpolitik sollte endlich von diesen versteinerten, antiquierten und dogmatisch-ideologischen Positionen Abstand nehmen und den **Gegebenheiten der Realität und der Gerechtigkeit** entsprechen.

- o Für die Honorarsysteme ist ein kostendeckendes Einzelleistungssystem mit Kostentransparenz der ärztlichen Leistungen gegenüber dem Patienten einzuführen; wozu ebenfalls ein Selbstbehalt dient.
- o Aufnahme von qualitativ aufwendigen medizinischen Behandlungsnotwendigkeiten vorzeitig entlassener oder nicht aufzunehmender Spitalspatienten (Stichwort: Spitalsentlastung, Hauskrankenpflege) durch entsprechende und angemessene Honorarpositionen; deren Finanzierung könnte, abgesehen von den Selbsthalten, auch durch den Wegfall von Bagatelltarifpositionen, mit oft hoher Frequenz und daher hohen Honorarvolumina, erfolgen.
- o Entwicklung eines zusätzlichen Vertragsärzteplanstellensystems speziell für spitalsentlastende Maßnahmen mit spezifischen Leistungskatalogen. (Abschluß eines mehrjährigen Vertrages zwischen Österreichischer Ärztekammer und Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, der allerdings keine lineare, sondern eine strukturelle Erweiterung der Kassenplanstellen und des medizinischen Leistungskataloges zur Spitalsentlastung zum Gegenstand haben sollte.)
- o Gesetzliche Klarstellung der von der Judikatur anerkannten Zulässigkeit des "kassenfreien Raumes" (außervertraglicher Leistungen) durch Vertragsärzte und der Kostenerstattung auch für außervertragliche Leistungen. (Dies nicht aus ideologischen oder standes- und honorarpolitischen Gründen der Ärzteschaft, sondern weil die soziale Krankenversicherung dem medizinischen Fortschritt immer in einem gewissen Ausmaß nachhinken wird und muß, um erst nach außervertraglichen medizinischen Erfahrungswerten neue Leistungen in den Vertrag aufzunehmen.)
- o Beseitigung der gesetzlichen Abschlußkompetenz des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger für die Krankenversicherungsträger, da nicht einzusehen ist, wozu diese Bevormundung dienen soll. Die Praxis hat gezeigt, daß die Bestimmung des § 341 Abs 1 ASVG bei den Vertragsverhandlungen zu unnötigen Verzögerungen, Komplikationen auf Kassenseite und **letztlich Nichtbeachtung gesetzlicher Vorschriften durch die Krankenversicherungsträger oder den Hauptverband selbst führt**. So ist es z. B. immer wieder vorgekommen, daß entgegen dem ausdrücklichen Schriftlichkeitsgebot dieser Verträge gemäß § 338 Abs 1 ASVG der Hauptverband sich über viele Monate weigert, **in Geltung stehende Honorarverträge zu unterfertigen**.

- o Des weiteren ist nicht einzusehen, weshalb der Hauptverband, und nicht die Krankenversicherungsträger selbst, die Beisitzer in die Schiedskommissionen entsenden. Die Krankenversicherungsträger werden doch ohne Zweifel in der Lage sein, in Verfahren, in die sie selbst verfangen sind, so wie die Landesärztekammern auch, qualifizierte Beisitzer zu delegieren. Der Hauptverband sollte diesbezüglich, wie die Österreichische Ärztekammer auch, auf die Entsendung der Beisitzer in die Bundesschiedskommission reduziert werden.
- o Die Anstellung von Ärzten auch bei Vertragsärzten ist zu ermöglichen, denn nur durch die Steigerung der Leistungskapazität der niedergelassenen Ärzteschaft kann Spitalsentlastung erfolgen. Das Vertrags- und Honorierungssystem ist im Sinne einer derartigen Leistungssteigerung weiter zu entwickeln.
- o Aufnahme von Zusatzprogrammen zur Gesundenuntersuchung und zum Mutter-Kind-Paß, und damit Ausbau der Gesundheitsvorsorge durch die soziale Krankenversicherung.
- o Neudefinition der Funktion des Arztes für Allgemeinmedizin in der sozialen Krankenversicherung.

Die Österreichische Ärztekammer verkennt nicht, daß durch einige dieser Vorschläge neue Aufgabenstellungen für die soziale Krankenversicherung unterbreitet werden, womit auf den ersten Blick ein Widerspruch zu den einleitenden Feststellungen zur Finanzierbarkeit gesehen werden könnte. Dies ist aber nicht der Fall. Denn der Fortschritt der Medizin, der Pharmakologie, der Medizintechnik, die wachsende Zahl der Gesundheitsberufe, die demographische Entwicklung und die Erwartungen der Bevölkerung an die Medizin werden den dynamischen Prozeß des Medizinsektors weiterhin fortführen. **Es wird somit eine laufende Diskussion über die Aufgabenstellungen der sozialen Krankenversicherung geführt und deren Definition, Selektion und Eingrenzung gefunden werden müssen !** Nach dem eingangs definierten Verständnis der Österreichischen Ärztekammer zur Funktion der sozialen Krankenversicherung hat diese allein oder auch mit anderen Körperschaften für die Finanzierung der medizinischen Versorgung in den Spitälern jedenfalls aufzukommen und ist dabei zu sorgen, daß eben nur solche Patienten in den Krankenhäusern behandelt werden, die der stationären Versorgung tatsächlich bedürfen. Unter diesem wohl unabänderlichen Grundsatz kann die soziale Krankenversicherung aber das Gesamtangebot der Medizin in der ambulanten Versorgung schon jetzt nicht mehr finanzieren und wird dies in der Zukunft noch viel weniger können ! Dies umso mehr bei den Niedrigstbeiträgen, die wegen der überzogenen Beiträge zur Pensionsversicherung und der sonstigen Lohnnebenkosten offensichtlich nicht auf das erforderliche Ausmaß und internationale Niveau angehoben werden können. Es werden daher tiefgreifende strukturell-organisatorische, dezentralisierende und deregulierende gesetzliche Verände-

rungen erforderlich sein - auch wenn diese den Vertretern des Hauptverbandes und der Krankenkassen noch so schwer fallen mögen -, um eine leistungsfähige soziale Krankenversicherung, die sich auf das Wesentliche und Finanzierbare begrenzt, weiterhin für Österreich zu sichern.

Mit vorzüglicher Hochachtung


Prim. Dr. M. Veuninger
Präsident


Die Stellungnahme der Österreichischen Ärztekammer wurde in fünfundzwanzigfacher Ausfertigung auch dem Präsidium des Nationalrates übermittelt.