

ÖSTERREICHISCHE ÄRZTEKAMMER

Körperschaft öffentlichen Rechts

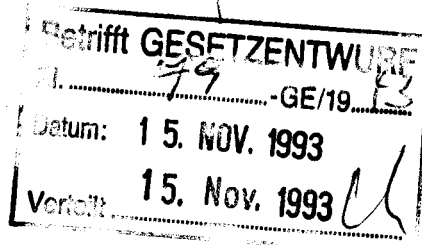
Mitglied der World Medical Association

An das

Präsidium des Nationalrates

Parlament

1010 Wien

*Dr. Neumann*WIEN, I.,
Weihburggasse 10 - 12
Postfach 213
1011 WIEN

Unser Zeichen: Hu/

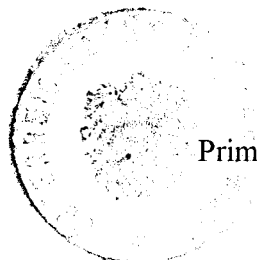
Ihr Schreiben vom:

Ihr Zeichen:

Wien, am 5. November 1993

Betrifft: **Stellungnahme der Österreichischen Ärztekammer zur
52.ASVG.-Novelle.**

Wunschgemäß übersendet die Österreichische Ärztekammer in der Beilage 25
Ausfertigungen ihrer Stellungnahme zur 52. ASVG.-Novelle an das Bundesministerium für Arbeit
und Soziales mit dem höfl. Ersuchen um gefl. Kenntnisnahme.



Prim. Dr. Michael Neumann
Präsident

Anlagen

ÖSTERREICHISCHE ÄRZTEKAMMER

Körperschaft öffentlichen Rechts

Mitglied der World Medical Association

An das

Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Stubenring 1

1010 Wien

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

Unser Zeichen:
Dr.K/Hu/4823/93

Ihr Schreiben vom:
7.Okt.1993

Ihr Zeichen:
2o.352/13-1/93

Wien, am 8.Nov. 1993

Betrifft: Stellungnahme zur 52.ASVG-Novelle und Folgegesetzen.
(23.Nov.BKUVG., 19.Nov.BSVG., 2o.Nov.GSVG)

Die Österreichische Ärztekammer dankt für die Einladung zur Stellungnahme zu den im Betreff genannten Gesetzesentwürfen und erlaubt sich auszuführen wie folgt:

Entsprechend dem Arbeitsübereinkommen der Regierungsparteien der 18. Gesetzgebungsperiode des Nationalrates und der Organisationsanalyse der Beratungsfirma Häusermann hat die 52. ASVG-Novelle das Ziel, die Struktur der Sozialversicherungsträger umfassend zu reformieren.

Außer Frage steht, daß eine Straffung der Organisation der Sozialversicherungsträger, insbesondere durch Reduktion der Gesamtzahl der Versicherungsvertreter in den Verwaltungskörpern, als positiver Beitrag zur Steigerung der Effizienz zu werten ist.

In diesem Zusammenhang sei allerdings vermerkt, daß nur die Zahl der Versicherungsvertreter gekürzt wurde, der Bestellungsmodus für die einzelnen Bereiche aber unverändert beibehalten wurde. Daraus resultiert, daß kleine Berufsgruppen, die bislang sehr wohl und zu Recht vertreten waren, nunmehr unberücksichtigt bleiben werden, was dem Grundprinzip der repräsentativen Demokratie widerspricht.

Zu § 31 im Allgemeinen:

Abweichend von der bisherigen Formulierung des § 31 Abs. 2 ff enthält der vorliegende Entwurf eine massive Ausweitung des Regelungsgehaltes dieser Bestimmung. Bislang stellte sich die Richtlinienkompetenz des Hauptverbandes als subsidiäres Instrument dar, basierend auf der Wahrnehmung der allgemeinen Interessen in einzelnen Teilbereichen. Die nunmehr im Entwurf vorgesehene extreme Ausweitung der Richtlinienkompetenz bewirkt in antiföderalistischer Weise eine Einschränkung der bisher faktisch bestandenen Eigenständigkeit der Gebietskrankenkassen zugunsten des Hauptverbandes.

Die Kompetenzen des Hauptverbandes sind nicht mehr getragen von dem Gedanken der Vertretung der Versicherungsträger in gemeinsamen Angelegenheiten, es wird vielmehr ein weitreichender autonomer Kompetenzbereich des Hauptverbandes geschaffen.

Jahrzehntelang gewachsene föderale Strukturen haben jedoch zu unterschiedlichen Systemen in den Bundesländern geführt. Seitens der Ärztekammern in den Bundesländern besteht die Befürchtung, daß viele Sonderregelungen, die auf spezielle geographische und bevölkerungsstrukturelle Verhältnisse abgestimmt sind, durch den Ausbau der Richtlinienkompetenz des Hauptverbandes unter dem festgeschriebenen Ziel der einheitlichen Handlungsweise wegfallen und sich nachteilige Entwicklungen für Patienten und Ärzte ergeben könnten.

Gerade die Erfahrungen der letzten Jahre haben gezeigt, daß besondere lokale Konstellationen jeweils unterschiedliche Lösungen erfordern. Diese Lösungen können aber nur dann gefunden werden, wenn die Gebietskrankenkassen der einzelnen Bundesländer auch über entsprechende Befugnisse zur Vertragsgestaltung verfügen.

Weiters wird darauf hingewiesen, daß aufgrund der bestehenden föderalen Systematik des Vertragspartnerrechtes in wesentlichen Bereichen die Landesärztekammern Vertragspartner der Sozialversicherungen sind. In anderen Bereichen bestehen Ermächtigungen für die Österreichische Ärztekammer, welche von den Landesärztekammern jederzeit zurückgezogen werden können.

Insoferne erscheint es fraglich, ob man dem österreichischen Sozialversicherungswesen einen guten Dienst erweist, wenn bis dato immer funktionierende Verträge in allen Bundesländern durch einseitige Vorgaben an einen der beiden Verhandlungspartner (in diesem Fall die Gebietskrankenkassen) erschwert werden. Dies insbesondere, da seitens des Hauptverbandes länderspezifische Interessen nur schwer wahrgenommen werden können.

Im übrigen erlaubt sich die Österreichische Ärztekammer darauf hinzuweisen, daß durch die verschiedenartigsten Honorierungssysteme im Bereich der sog. "§-2-Kassen" ein bundesweiter Kontrollmechanismus weder sinnhaft noch zielführend ist. Anstehende Probleme zwischen den Gebietskrankenkassen und den Landesärztekammern wurden bisher im beiderseitigen Einvernehmen vertragspartnerschaftlich gelöst, ein Eingreifen wäre hier weder tunlich noch erwünscht.

Aus all diesen Gründen erscheinen der Österreichischen Ärztekammer die Befugnisse für zentrale Dienstleistungen sowie zum Erlaß von Richtlinien, die nach § 31 Abs. 7 ASVG für die im Hauptverband zusammengefaßten Versicherungsträger verbindlich sind, für sehr bedenklich, da durch diese das Zustandekommen geeigneter lokaler Lösungen erschwert oder unmöglich werden kann.

Im Hinblick auf den im Entwurf mehrfach angesprochenen EDV-Teil ergibt sich eine ähnlich gelagerte Problematik. Durch bundesweit einheitliche EDV-Strukturen können Schwierigkeiten in der Verrechnung einzelner Leistungspositionen entstehen, da gewisse - von beiden Vertragsparteien bisher als berechtigt angesehene - Forderungen durch eine mangelnde Suffizienz der EDV zukünftig nicht übernommen werden können (§ 31 Abs. 4 Z 8, 9, Abs. 5 Z 6 ASVG).

Dasselbe gilt für einheitliche Datenträger, da in den Bundesländern bisher gewachsene Strukturen vereinheitlicht werden müßten, was auch strukturelle Weiterentwicklungen auf dem Gebiet der automationsunterstützten Heilmittelabrechnung schwieriger macht.

Positiv sieht die Österreichische Ärztekammer die Erwähnung der "Chipkarte" im Sozialversicherungsrecht (§ 31 Abs. 4 Z 9 ASVG), da diese Entwicklung die gesamte Sozialversicherung versicherten- und vertragspartnerfreundlicher machen könnte.

Letzte Erfahrungen im Bereich der Hauskrankenpflege haben gezeigt, daß bei der Gestaltung einheitlicher Formulare große Schwierigkeiten auftreten können. Eine einheitliche Formulgestaltung (§ 31 Abs. 4 Z 9 ASVG) wird daher von der Österreichischen Ärztekammer abgelehnt, da sie landesspezifische Gegebenheiten nicht berücksichtigt und die Abwicklung im Dreieck "Versicherung - Vertragspartner - Bevölkerung" stark beeinträchtigt. Ähnliche Argumente lassen sich auch für die Vereinheitlichung der Ausstellung und Gültigkeitsdauer für Krankenscheine (§ 31 Abs. 5 Z 16 ASVG) finden.

Zu § 31 Abs. 3 Z 14:

Die Festlegung von Kennzahlen betreffend die einzelnen Leistungspositionen der Krankenversicherungsträger als unmittelbar wirkende Eigenkompetenz des Hauptverbandes wird von der Österreichischen Ärztekammer energisch abgelehnt. Eine derartige Kompetenz würde zu einer zentralistisch, nur mehr statistisch zu betrachtenden Krankenbehandlung führen, die mit dem individuellen gesetzlichen Krankenbehandlungsanspruch des Versicherten gemäß § 133 Abs. 2 ASVG. nur mehr sehr schwer in Übereinstimmung zu bringen ist.

Derartige Kennzahlen bergen die große Gefahr in sich, zu einem reinen Behinderungsinstrumentarium und damit zu einer schweren Gefährdung des Vertragspartnersystems und einer latenten Verunsicherung der ärztlichen Behandlung zu werden. Das System der sozialen Krankenversicherung ist bereits ohnedies von viel zu viel gesetzlichen, vertraglichen und statistischen Regulativen bestimmt, die ärztliches Handeln beeinträchtigen. Eine - noch dazu zentral determinierte - Erweiterung derartiger Regelungen kann nur zu weiterer Ineffizienz, zu Unverständnis und somit zu Widerständen auf der Ebene der Gesamt- und Einzelvertragspartner führen.

Zu § 31 Abs. 4:

Wozu eine derart riesige zentrale Anlage von Versicherungsdaten aller versicherten Personen sowie Leistungsbeziehern zweckdienlich sein soll, vermag die Österreichische Ärztekammer nicht zu erkennen. Diese Bestimmungen des vorliegenden Entwurfes scheinen nur in dessen allgemeiner Tendenz zur Zentralisierung begründbar zu sein.

Zu § 31 Abs. 5:

Eine unmittelbare Einflußnahme des Hauptverbandes gemäß § 31 Abs. 5 Z 14 ASVG auf die Vertragspartner Ärzte wird von der Österreichischen Ärztekammer dezidiert abgelehnt. Dies würde einen ungerechtfertigten Eingriff in die ärztliche Therapie- und Behandlungsfreiheit bedeuten, die ja nur die andere Seite der Arzthaftung für Behandlungsfehler darstellt.

Eine derartige Kompetenz - tatsächlich angewendet - würde den Fortschritt der Medizin in der kassenärztlichen Versorgung gefährden und das Ausweichen der Vertragsärzte in außervertragliche Leistungen bewirken. Außerdem würde das privatrechtliche Vertragspartnersystem in Frage gestellt, wenn der Hauptverband einseitig Behandlungsmethoden festlegen könnte.

Zu § 31 Abs. 5 Z 19: Vertragspartner-Controlling:

Aus der Vielzahl der vorgesehenen neuen Kompetenzen zur Erlassung von Richtlinien erlauben wir uns, noch auf Ziffer 19 einzugehen, die eine bundesweite Durchführung eines Vertragspartner-Controllings vorsieht.

Wie auch zuletzt in einem Urteil des OGH (2 Ob 20/92 vom 16.12.1992) festgestellt wurde, sind die Gesamtverträge als zivilrechtlich anzusehen. Es erscheint der Österreichischen Ärztekammer als systemwidrig, zivilrechtliche Verträge durch öffentlich-rechtliche Kontrollvorschriften zu beeinflussen. Sollte der Inhalt des § 31 Abs. 5 Z 19 weit über die Koordinierungsfunktion des Hauptverbandes hinaus einen Eingriff in die Vertragspartnerautonomie umfassen, würde er auch § 342 ASVG widersprechen, wo von Zusammenarbeit und nicht von einseitiger, noch dazu bundesweiter Kontrolle die Rede ist.

Ein derartiges Vorhaben steht im Gegensatz zu dem immer noch geltenden föderalen bzw. berufsspezifischen System der österreichischen Sozialversicherungsträger und zentralisiert und stört obendrein einen wesentlichen Bereich des gegliederten Vertragspartnersystems.

Eine bundesweite Durchführung eines Vertragspartner-Controllings wird überhaupt abgelehnt. Es ist systemwidrig, weil die unterschiedlichen Honorarsysteme der "§ 2 - Krankenkassen" und der Sondersicherungsträger nicht vergleichbar sind und ein Vertragspartner-Controlling daher auch nicht bundesweit durchführbar ist.

Die Österreichische Ärztekammer lehnt das zentrale und bundesweite Festlegen von Kennzahlen gemäß § 31 Abs. 3 Z 14, noch dazu in Verbindung zur Kompetenz gemäß § 31 Abs. 5 Z 19, vehement ab. Wenn derartige Vorhaben geplant sind, womit die Eigenständigkeit bisher selbständiger Versicherungsträger in wesentlichen Bereichen des Vertragspartnerrechtes durchbrochen werden, so erscheint dies als erster Schritt der totalen Zentralisierung und Vereinheitlichung der sozialen Krankenversicherung. Dies wird jedenfalls von der Österreichischen Ärztekammer abgelehnt.

Wir haben in Österreich immer noch das föderalistische Prinzip des Bundesstaates mit Landeskompetenzen und der berufsspezifisch etablierten Krankenversicherungsträger. Dieses System kann entweder aufgegeben oder beibehalten, nicht jedoch in wesentlichen Bereichen durch Zentralisierung durchbrochen werden.

Ist ein Sozialversicherungsträger der Ansicht, daß der Vertragspartner gegen die bestehenden Verträge verstößt, so stehen diesem derzeit die gesetzlich vorgesehenen Schiedsinstanzen zur Verfügung. Diese Instanzen sind unter Berücksichtigung von Art. VI Menschenrechtskonvention mit Richtern besetzt, sodaß es Aufgabe der Rechtsprechung ist, Streitigkeiten beizulegen. Durch ein bundesweites Vertragspartner-Controlling würde in diese Art der Rechtsfortbildung unter Umständen einseitig eingegriffen werden, was dem Sinn und Zweck der Gesamtverträge widerspricht.

Zusammenfassend stellt die Österreichische Ärztekammer zur Neufassung des § 31 ASVG fest, daß der eingeschlagene Weg der Einrichtung einer "Sozialversicherungszentrale" mit derart umfassenden Kompetenzen auch im Hinblick auf die Schaffung eines Europas der Regionen unverständlich ist.

Die Österreichische Ärztekammer möchte mit allem Nachdruck den Gesetzgeber aufmerksam machen, daß sie nicht akzeptieren wird, das Vertragspartnersystem theoretisch aufrecht zu erhalten, gleichzeitig aber einem Vertragspartner, nämlich dem Hauptverband, die Kompetenz zu einseitigen zentralistischen und dirigistischen Eingriffen bzw. inhaltlichen Festlegungen einzuräumen. Die Ärztekammern werden sich nicht zu Vollzugsorganen realitätsfremder, bürokratisch fixierter Gremien und Mitarbeiter des Hauptverbandes machen lassen.

Wir weisen abschließend noch einmal darauf hin, daß das gut funktionierende System der österreichischen sozialen Krankenversicherung in seiner ausgewogenen und föderalen Konstruktion durch derartige Gesetzesvorhaben beeinträchtigt und gefährdet wird. Effekte der Ineffizienz und das Beschreiten anderer medizinischer Versorgungswege außerhalb des Systems wären die Folge!

Seitens der Österreichischen Ärztekammer wird bedauert, daß im vorliegenden Entwurf neben der Strukturreform keine materiell-rechtlichen Regelungen vorgesehen sind.

Unter Bezugnahme auf die Problemsituation betreffend den Unfallversicherungsschutz von Notärzten wird gefordert, den mit Vertretern der Bundeswirtschaftskammern, der Unfallversicherungsanstalt und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales akkordierten Abänderungsvorschlag zu § 19 Abs. 1 Z 3 ASVG in der vorliegenden Novelle zu berücksichtigen.

§ 19 Abs. 1 Z 3 sollte lauten:

"Lehrkräfte in Betriebsstätten, Lehrwerkstätten, Fachschulen, Berufsschulen, Schulungskursen und ähnlichen Einrichtungen sowie Ärzte und andere Personen, die im Rahmen organisierter Rettungsdienste, deren Zweckbestimmung auf Einsätze zur Leistung Erster ärztlicher Hilfe in Notfällen im Inland ausgerichtet ist gegen Entgelt (§ 49 ASVG) tätig sind, alle diese Personen jedoch nur, wenn sie ihren Wohnsitz im Inland haben und nicht schon in dieser Tätigkeit in der Unfallversicherung pflichtversichert sind."

Mit obgenannter Regelung würde für Notärzte die dringend erforderliche Möglichkeit der Selbstversicherung in der Unfallversicherung geschaffen.

Ein weiterer, vom vorliegenden Entwurf nicht umfaßter Änderungsbedarf besteht hinsichtlich § 123 Abs. 9 und § 341 ASVG:

Zu § 123 Abs. 9:

§ 123 Abs. 9 ASVG normiert den Ausschluß von Ärzten, die nach dem FSVG versichert sind, aus der Angehörigeneigenschaft. Im Hinblick auf die unterschiedliche Regelung bei anderen freien Berufsgruppen sollte der § 123 Abs. 9 ASVG aus der Sicht der Österreichischen Ärztekammer unbedingt entfallen.

Zu § 341 ASVG:

Der Hauptverband muß jedem Gesamtvertrag ausdrücklich zustimmen, wofür allerdings keine Frist vorgesehen ist. Aus gegebenem Anlaß empfiehlt es sich, dem Hauptverband für seine Zustimmung eine Frist zu setzen. Wenn innerhalb dieser Frist keine Äußerung des Hauptverbandes vorliegt, sollte ein solcher Vertrag als genehmigt gelten. Damit würde die in vielen Ländern bestehende Unsicherheit beseitigt werden, die durch die Anwendung solcher Verträge ohne die Unterschrift des Hauptverbandes entsteht.

Mit der Bitte um entsprechende Berücksichtigung obiger Ausführungen in der 52. ASVG-Novelle und dem Protest, daß die für die Begutachtung eingeräumte Frist unakzeptabel kurz bemessen ist, verbleiben wir

Mit vorzüglicher Hochachtung

Prim.Dr.Michael Neumann
Präsident

