

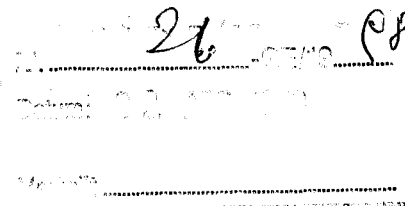
8/SN-231/ME

ÖSTERREICHISCHE ÄRZTEKAMMER

Körperschaft öffentlichen Rechts
Mitglied der World Medical Association

D. Kajaček

An das
Bundesministerium für
Arbeit, Gesundheit und Soziales
Stubenring 1
1010 Wien



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

Unser Zeichen: Mag. Z./ep Ihr Schreiben vom: 27.2.1996 Ihr Zeichen: ZI.20.355/4-1/98 Wien, am 15.4.1998
ZI.20.589/1-11/98
ZI.21.145/2-11/98
ZI.20.626/1-11/98
ZI.20.800/1-11/98

Betrifft: Stellungnahme zum Entwurf einer 55. ASVG-Novelle, einer 11. FSGV-Novelle, einer 25. B-KUVG-Novelle, einer 23. GSVG-Novelle und einer 22. BSVG-Novelle.

Die Österreichische Ärztekammer nimmt zu den o.g. Novellierungsentwürfen wie folgt Stellung:

Zu Z 33 (§ 153 Abs 3 ASVG):

A. Grundsätzliche Feststellungen:

Z 33 des vorgelegten Entwurfes sieht - einmal mehr - einen überaus unsensiblen Eingriff in Grundprinzipien des Vertragspartnerrechtes vor. Es ist geplant, den dritten und vierten Satz des § 153 Abs 3 ASVG ersatzlos zu streichen. Diese Regelungen sehen derzeit vor, daß allfällige Zuzahlungen zu den Leistungen der Zahnbehandlung und des Zahnersatzes in den Zahnambulatorien und bei den freiberuflich tätigen Vertragsärzten und Vertragsdentisten gleich hoch sein müssen sowie, daß in Zahnambulatorien nur Leistungen erbracht werden dürfen, die in der Satzung der Sozialversicherungsträger und in den Verträgen mit der Ärzteschaft vorgesehen sind.

Mit der nunmehr vorliegenden Novelle soll offensichtlich erreicht werden, daß Leistungen, die derzeit nur von niedergelassenen Ärzten als individuelle Leistungen gegen Privatverrechnungen erbracht werden dürfen - es sind dies insbesondere Kronen, Brücken, Inlays, prophylaktische Leistungen, Implantate, festsitzende Kieferorthopädie etc. - auch in Ambulatorien der Sozialversicherungsträger gegen Barzahlung des Patienten erbracht werden dürfen. Diese Vorgangsweise steht aber in krassem Widerspruch zum Grundsatz der Subsidiarität, der nach den Grundprinzipien des ASVG das Verhältnis zwischen niedergelassenen Ärzten und Sozialversicherungsträgern prägt. Demgemäß dürfen Sozialversicherungsträger Ambulatorien nur dann und nur in jenem Umfang betreiben, in denen der konkrete Bedarf der Anspruchsberechtigten nicht durch niedergelassene Ärzte gedeckt werden kann.

Die Beseitigung des dritten und vierten Satzes des § 153 Abs 3 ASVG wäre mit einer Fülle an rechtlichen Problemen verbunden. Die vorgelegte Novellierung negiert kommentarlos europarechtliche, verfassungsrechtliche, sozialversicherungsrechtliche, wettbewerbsrechtliche und steuerrechtliche Gegebenheiten. Es wird völlig übersehen, daß jene Vorschriften, die nunmehr beseitigt werden sollen, zu einer in sich homogenen Gesamregelung gehören. Bevor auf diese vielfältigen juristischen Problembereiche näher eingegangen wird, sollen einige allgemeine politische Aspekte zur Sprache kommen und die aktuelle Situation der Zahnambulatorien am Beispiel des Bundeslandes Wien aufgezeigt werden.

Die österreichischen Zahnärzte haben seit jeher gegenüber den Sozialversicherungsträgern eine sehr konstruktive Politik zur Versorgung der Patienten mit zahnärztlichen Leistungen eingeschlagen. Dies manifestiert sich unter anderem darin, daß bei der Verhandlung und beim Abschluß zahnärztliche Leistungen seit vielen Jahren seitens der Ärzteschaft größte Kompromißbereitschaft aufgebracht wurde. Diese Kompromißbereitschaft war auch deshalb möglich, da ein Grundkonsens darüber geherrscht hat, daß zahnärztliche Privatleistungen als solche außerhalb des Spektrums der Kassenmedizin stehen. Dieser Grundkonsens soll nun verlassen werden. Sollte der Gesetzgeber diesen Intentionen folgen, wird auch die Zahnärzteschaft ihre Konsequenzen daraus ziehen müssen, und auf ihrer Seite die Kompromißbereitschaft gegenüber der Sozialversicherung zurückschrauben müssen. Dazu gehört auch, daß sich die österreichischen Zahnärzte - trotz rechtlicher Möglichkeiten - nicht dagegen gewendet haben,

daß in den Ambulatorien früher über Jahre hindurch eine Unzahl von Kollegen und Kolleginnen besonders aus Süd-Osteuropa ohne ausreichende Bewilligung am Patienten tätig wurden. Allein in Wien waren bis zu 50 derartige Zahnärzte tätig.

Wenn ein an sich ausgewogenes System (Versicherungsträger – niedergelassene Ärzteschaft) durch eine Seite zu ihren Gunsten verschoben wird, so muß die Gegenseite daraus ihre begründeten Schlüsse und letztlich auch ihre Konsequenzen ziehen. Letztere könnten - natürlich unter Rücksichtnahme auf sozialpolitische Bedenken und unter Schonung der Patienten - in der Kündigung aller Kassenverträge als ultima ratio gipfeln. Gegenüber der Bevölkerung müßte in diesem Fall die ausschließliche Verantwortlichkeit der zuständigen Politiker für diese unerwünschte Entwicklung betont werden.

Die Erweiterung der Aufgaben kasseneigener Ambulatorien stellt einen weiteren Schritt in Richtung Verstaatlichung der Medizin dar. Diese Entwicklung wird grundsätzlich in ganz Europa bereits als falsch erkannt. Systeme, wie etwa das englische Gesundheitssystem, sind bei der Bevölkerung unbeliebt und für diese nachteilig. Daher ist auch nicht verwunderlich, daß ein sozialdemokratischer Premierminister dieses System bereits wieder verändern will. In Österreich denken manche Sozialpolitiker umgekehrt erst daran, es einzuführen.

Außerdem gilt es darauf hinzuweisen, daß die Sozialversicherungsträger durch diese Novelle die Möglichkeit hätten, Ressourcen (Geld, Personalkapazitäten, etc.) in Luxusleistungen zu investieren. Diese Ressourcen, die jetzt „sozialen Leistungen“ dienen, werden, da sie von den Sozialversicherungsträgern selbst nicht vermehrt werden können, nunmehr für Privatleistungen aufgewendet werden. Die Kürzung von Ressourcen zur Versorgung der Bevölkerung mit notwendigen Gesundheitsleistungen ist sicher nicht im Sinne der Patienten, insbesondere nicht der sozial Bedürftigen.

Wenn die Sozialversicherungsträger der Meinung sind, daß sie ihren Versicherten vermehrt zahnmedizinische Leistungen zur Verfügung stellen wollen, so wäre dies aus der Sicht der Ärzteschaft durchaus zu begrüßen. Allerdings gibt es Leistungen, die weit wichtiger in die Kataloge der Sozialversicherungsträger aufgenommen werden sollten, wie insbesondere Zahnprophylaxeleistungen (z.B. im Rahmen des Mutter-Kind-Passes,

der Gesundenuntersuchung, für Jugendliche, etc.). Hier bestünde tatsächlich hoher sozial- und gesundheitspolitischer Handlungsbedarf.

In Wien existieren derzeit 18 Zahnambulatorien. 8 Ambulatorien der Wiener Gebietskrankenkasse, 4 der Versicherungsanstalt der Wr. Verkehrsbetriebe, 2 der VA der österr. Eisenbahnen, 3 Ambulatorien der KFA Wien und 1 Ambulatorium der BVA, welches auch zahnärztliche Leistungen erbringt. Insgesamt bestehen in Wien 89 Behandlungsstühle. Im Gegensatz dazu arbeiten allein in Wien insgesamt ca. 1.000 Zahnärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Diese Zahnärzte stehen in Hinblick auch die bestehende Dichte - auf ca. 1.700 Einwohner kommt ein Zahnarzt - in unmittelbarer Konkurrenz und in zunehmendem Wettbewerb untereinander.

Es ist aus betriebswirtschaftlicher Hinsicht selbstverständlich, daß aufgrund regionaler und struktureller Unterschiede hinsichtlich der konkreten Preisgestaltung eine gewisse Bandbreite bestehen muß. Da die Höhe des Honorars für jene Leistungen von Ärzten, die nicht im Kassentarif vorgesehen sind, zwischen Arzt und Patient individuell zu vereinbaren sind, können die Preise für solche Behandlungen nicht generell dargestellt werden. Um einen objektiven Überblick zu erhalten, hat die Bundesfachgruppe für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Österreichischen Ärztekammer sog. Richttarife veröffentlicht. Diese Richttarife basieren auf einer betriebswirtschaftlichen Kalkulation und insbesondere unter der Annahme, daß das niedrige Tarifniveau im Bereich der Kassenleistungen durch die Möglichkeit von Privatleistungen subventioniert und kompensiert wird. Dazu erlauben wir uns, in der Beilage eine - gemeinsam mit der Arbeiterkammer erstellte - Studie zum Tarifvergleich von häufigen kassenzahnärztlichen Leistungen in Europa anzufügen, aus der hervorgeht, daß das Niveau der österreichischen Kassentarife weit unter allen übrigen Ländern liegt. Eine Absenkung des Niveaus der Privattarife würde die Forderung nach empfindlicher Anhebung sämtlicher Kassentarife nach sich ziehen.

Hinsichtlich der Inanspruchnahme der Patienten zeigt sich ein vergleichbares Bild: Ca. 5% - bei großzügigen Schätzungen max. 8% der Patienten - werden in Zahnambulatorien behandelt; die weit überwiegende Zahl allerdings bei niedergelassenen Ärzten. Eine Ausweitung der Zahnambulatorien ist nicht geplant. Sie wäre aus juristischer Sicht auch nicht ohne Probleme durchführbar. Eine solche Ausweitung der Ambulatorien

wäre in Anbetracht der Zahl der Zahnärzte und den geltenden Bestimmungen des Krankenanstaltenrechts mangels Bedarfs auch nicht zulässig und möglich.

Am Beispiel der Zahnkronen soll dargestellt werden, welche Auswirkungen diese Novelle hätte: Die Wiener Gebietskrankenkasse hat bereits angekündigt, daß sie nach der Novelle Zahnkronen um öS 5.500,- anbieten möchte. Wie oben dargelegt, käme dieser Tarif aber eben nur einer absoluten Minderheit von Versicherten (max. 8%) zugute. Die übrigen Versicherten müßten diesen Preis allerdings durch ihre Beiträge mitfinanzieren. Der derzeitige Richttarif bewegt sich je nach Art der Krone zwischen öS 7.000,- bis öS 8.500,-. Die KFA Wien bietet VMK- Kronen um öS 8.500,- an. Die AUVA vergütet nach Unfällen bei Kronen einen marktgerechten Preis. Dieser beträgt öS 7.000,-. Es läßt sich daher an diesem Beispiel sehr deutlich zeigen, daß die Krankenkassen diese kalkulierten Preise unterbieten wollen. Dies wurde auch in politischen Aussagen von Kassenvertretern wiederholt als Ziel dargestellt, um wörtlich das „Monopol der Zahnärzte zu brechen“.

Diese Aussage ist nach Ansicht der Österreichischen Ärztekammer besonders kühn, da ein staatlich geschützter Monopolist (Sozialversicherung), der mit Pflichtbeiträgen finanziert wird, in einen Wettbewerb mit tausenden Kleinunternehmern eintreten möchte und dabei seine eigenen Einrichtungen in unlauterer, wettbewerbsverzerrender Form subventioniert und bevorzugt. Wenn ein „Staatsmonopolist“ meint, er müsse in einen freien Wettbewerb eingreifen, so deutet dies auf planwirtschaftliche Ambitionen hin, die eigentlich als historisches Relikt überwunden sein sollten.

Die Ambulatorien stammen auch noch aus einer Zeit, in der die zahnmedizinische Versorgung nicht so umfassend war, wie sie es heute ist. Noch dazu kommt, daß im niedergelassenen Bereich noch ausreichend Kapazitäten vorhanden sind, daß die Patienten bei Schließung der Ambulatorien von den niedergelassenen Ärzten weiterbetreut werden können. Aus diesem Grund haben die Zahnambulatorien ihre Existenzberechtigung für die Versorgung der Bevölkerung eigentlich verloren und sollten daher geschlossen werden. Dies auch unter dem Aspekt, daß der Gesetzgeber sowohl im ASVG als auch im Krankenanstaltenrecht eindeutig die Subsidiarität von Ambulatorien festgeschrieben hat.

B. Juristische Feststellungen:

Die folgende Darstellung der juristischen Probleme, die sich in Zusammenhang mit dem vorliegenden Novellierungsentwurf stellen, beruhen auf einem ausführlichen Rechtsgutachten, das Herr Univ. Prof. Dr. Bernhard Raschauer, Ordinarius für Staats- und Verwaltungsrecht an der Universität Wien, im Auftrag der Österreichischen Ärztekammer erstellt hat.

1. Europarechtliche Aspekte:

Gemäß Art 90 Abs 1 EGV dürfen Mitgliedsstaaten in Bezug auf öffentliche Unternehmen und auf Unternehmen, denen sie besondere oder ausschließliche Rechte gewähren, keine dem EG-Vertrag widersprechenden Maßnahmen treffen oder beibehalten. Die Österreichischen Sozialversicherungsträger sind mit Sicherheit, zumindest insoweit, als sie Ambulatorien betreiben, als öffentliche Unternehmen im Sinne dieser Vorschrift zu qualifizieren. Als „Maßnahme“, durch die Art 90 EGV verletzt werden kann, kommt - unabhängig von der rechtlichen Qualität der Maßnahme - jedes rechtliche oder tatsächliche Einwirken eines Mitgliedsstaates in Frage.

Die nunmehr vorgesehene gesetzliche Maßnahme ist sowohl unter dem Gesichtspunkt der Dienstleistungsfreiheit (Art 62 EGV), als auch hinsichtlich des Verbotes des Mißbrauchs einer marktbeherrschenden Stellung (Art 86 EGV) problematisch. Die Ermächtigung der Sozialversicherungsträger zur Erbringung von gesundheitsspezifischen Dienstleistungen ist in Anbetracht ihres die Dienstleistungsfreiheit beschränkenden Effektes nicht nur wegen der fehlenden Erforderlichkeit dieser zusätzlichen Leistungen für die Wahrnehmung der den Sozialversicherungsträgern übertragenen Aufgaben, sondern auch wegen des Verstoßes gegen das „stand still-Gebot“ des Art 62 EGV gemeinschaftsrechtswidrig. Auch im Lichte des Wettbewerbsrechtes verstößt es gegen Art 90 EGV, wenn durch einen staatlichen Gesetzgebungsakt Sozialversicherungsträger zur Erbringung von Dienstleistungen außerhalb des den Sozialversicherungsträgern vorbehaltenen Wirkungsbereiches berechtigt werden, soweit damit „nach der ökonomischen Rationalität der Handelnden“ (*Basedow*, EuZW 1994, 360) eine Beschränkung der Dienstleistungsfreiheit oder ein Verstoß gegen die Wettbewerbsregeln vor-

hersehbar bewirkt werden.

Diese europarechtlichen Bedenken würde die Österreichische Ärztekammer selbstverständlich vor den zuständigen Instanzen geltend machen.

2. Verfassungsrechtliche Aspekte:

Im Vordergrund der Beurteilung der Verfassungsmäßigkeit der geplanten Streichung von Satz 2 und 3 des § 153 Abs 3 ASVG stehen Fragen der Vereinbarkeit mit dem Grundrecht der Erwerbsfreiheit (Art 6 StGG), mit dem verfassungsrechtlichen Gleichheitssatz (Art 7 B-VG) und mit den nach den Regeln der Eigentumsgarantie (Art 5 StGG) gewährleisteten Grundsätzen der Privatautonomie.

Es entspricht jedenfalls der rezenten Judikatur des VfGH, daß eine erwerbswirtschaftliche Erweiterung des Wirkungsbereiches der Sozialversicherungsträger, welche als „Eingriff“ in Art 6 StGG zu qualifizieren ist, grundsätzlich nicht durch ein öffentliches Interesse gerechtfertigt wäre und sich überdies als zur Zielerreichung nicht adäquat erweisen würde. Dementsprechend ist in der geplanten Neuformulierung ein verfassungswidriger Verstoß gegen Art 6 StGG zu sehen. Eine staatliche Gesetzgebung, der die objektive Wirkung einer Ermächtigung von öffentlichen Einrichtungen zu einem preisbedingten Verdrängungswettbewerb gegenüber Privaten zukommt, verstößt eindeutig gegen das Grundrecht der Erwerbsfreiheit.

Eine positive Ermächtigung der Sozialversicherungsträger, in sozialversicherungseigenen Ambulatorien ärztliche Leistungen zu erbringen oder erbringen zu lassen, die über den Umfang des Kassenarztvertrages oder überhaupt über den Umfang krankensicherungsrechtlicher Leistungspflichten hinausgehen, würde sich im Rahmen des ASVG als Systemwidrigkeit darstellen. Da diese Systemwidrigkeit sachlich nicht zu rechtfertigen ist, steht sie im Widerspruch zum verfassungsrechtlichen Gleichheitssatz. Sofern und solange das Sozialversicherungsrecht von den Grundsätzen eines kollektivvertragsähnlichen Interessenausgleichs und der auf das Vorliegen eines bedarfsbeschränkten Subsidiarität sozialversicherungseigener Einrichtungen gegenüber der Erbringung ärztlicher Leistungen durch niedergelassene Ärzte geprägt ist, erweist sich eine punktuelle Ausweitung sozialversicherungseigener Leistungserbringung als sach-

lich nicht zu rechtfertigende und damit gegen den verfassungsrechtlichen Gleichheitssatz verstoßende Systemwidrigkeit.

Es sind aber auch massive Bedenken in Hinblick auf die Privatautonomie, die sich nach der ständigen Rechtsprechung des Verfassungsgerichtshofes bekanntlich als Ausprägung der verfassungsrechtlichen Eigentumsgarantie darstellt, anzumelden. Wie bereits ausgeführt, sollen Ambulatorien, entsprechend allgemeinen Vorstellungen von Bedarf und Subsidiarität, den fehlenden Kassenarzt ersetzen, sie sollen aber nicht den freien ärztlichen Leistungsbereich konterkarieren. Eine gesetzliche Norm, die sozialversicherungseigene Ambulatorien berechtigt, auch nicht-kassenärztliche Leistungen zu erbringen, beeinträchtigt nicht nur die Balance und das Subsidiaritätsverhältnis gegenüber den niedergelassenen Ärzten insgesamt, sondern stellt einen konkreten Eingriff in die individuellen Einzelverträge dar. Man kann dies bildhaft mit Koziol-Welser (Grundriß des bürgerlichen Rechts, Band I¹⁰, 1995, 92) folgendermaßen beschreiben: Wenn der Verpächter eines Ladens in derselben Straße einen gleichartigen Laden eröffnet und seinem Pächter Konkurrenz macht, dann verstößt er gegen das Torpedierungsverbot und ist nach den Grundsätzen der positiven Vertragsverletzung haftbar. Der Umstand, daß einem Vertragspartner ein Verhalten gesetzlich erlaubt werden soll, daß nach allgemeinen Grundsätzen als Vertragsverletzung rechtswidrig wäre, indiziert das Fehlen jeglicher Sachlichkeit. Eine Gesetzgebung, die eine Vertragspartei ermächtigt, von bestehenden Verträgen einseitig zu ihren eigenen Gunsten abzuweichen, verstößt aber, wenn diese Maßnahme sachlich nicht zu rechtfertigen ist, gegen die in Form der verfassungsrechtlichen Eigentumsgarantie geschützte Privatautonomie sowie gegen den verfassungsrechtlichen Gleichheitssatz.

Die Österreichische Ärztekammer würde die genannten Grundrechtswidrigkeiten umgehend beim VfGH geltend machen.

3. Sozialversicherungsrechtliche Aspekte:

Wie bereits ausgeführt, dürfen Sozialversicherungsträger - entsprechend dem Grundsatz der Subsidiarität - Ambulatorien nur dann und nur in jenem Umfang betreiben, in denen der konkrete Bedarf der Anspruchsberechtigten nicht durch niedergelassene

Ärzte gedeckt werden kann. Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung ist es nämlich, die Versorgung der Versicherten im Falle von Krankheit in einem ausreichenden, zweckmäßigen und das Maß des Notwendigen nicht übersteigenden Umfang sicherzustellen (§ 133 Abs 1 ASVG). Nach dem Konzept des ASVG haben sich die Sozialversicherungsträger zur Erfüllung dieser Aufgabe primär der niedergelassenen Ärzte als Vertragspartner zu bedienen. Es stellt einen völligen Widerspruch zu diesem Grundsatz dar, wenn die Kassen nunmehr als „Preisbrecher“ in einen direkten Konkurrenzkampf mit diesen Leistungsanbietern treten wollen.

Bis dato herrschte ein sozialer Konsens, daß gewisse zahnmedizinische Leistungen, als das Maß des Notwendigen übersteigend, außerhalb der Zuständigkeit der Sozialversicherung gelegen sind. Daher ist es auch konsequent, den Einrichtungen der Sozialversicherung zu verwehren, diese Leistungen anzubieten. Sollte sich der soziale Konsens durch gesellschaftliche Veränderungen dahingehend geändert haben, daß bestimmte Privatleistungen in die Zuständigkeit der sozialen Krankenversicherung fallen sollen, so wäre dies primär im Wege der Sachleistung durch Vertragspartner herbeizuführen. Lediglich bei Versorgungsengpässen wären auch eigene Einrichtungen der Sozialversicherungsträger heranzuziehen. Versicherte und Zahnärzte würden - ohne Zweifel mit Erfolg - sehr bald die rechtliche Durchsetzung des Sachleistungssystems auch hinsichtlich dieser Leistungen begehren. Im konkreten Fall haben die Krankenkassen bis dato allerdings weder um die Aufnahme von Verhandlungen für diese Leistungen ersucht, noch sind in den Satzungen entsprechende Vorkehrungen getroffen worden. Derzeit sind dort nur z.B. Klammerzahnkronen vorgesehen, wobei die Kassen bei der Bewilligung solcher Zahnkronen sehr zögerlich sind.

Darüber hinaus wird angemerkt, daß gemäß § 339 ASVG die Errichtung, der Erwerb oder die Erweiterung von Ambulatorien durch Träger der Krankenversicherung der Zustimmung der zuständigen Ärztekammer bedarf. Eine derart einschneidende Erweiterung des Leistungsangebotes - über die Grenzen des Sozialversicherungssystems hinaus - kann keinesfalls mit dem seinerzeitigen bei Errichtung vorliegenden Bedarf in Einklang gesehen werden, sodaß eine Zustimmung zur Erweiterung der Zahnambulatorien auf einen erwerbswirtschaftlichen Betrieb als nicht gegeben erachtet werden muß. Auch in diesem Zusammenhang würde die Österreichische Ärztekammer alle

sich aus dem ASVG und dem KAG ergebenden rechtlichen Möglichkeiten ausschöpfen.

Hinsichtlich der geplanten Abschaffung des 3. Satzes von § 153 Abs 3 ASVG findet sich in den EB keinerlei Kommentar. Man muß daher davon ausgehen, daß die Sozialversicherung plant, in Hinkunft unterschiedliche Zuzahlungen zu leisten. Es ist völlig uneinsichtig, warum diese Bestimmung bei den Zahnärzten wegfallen soll, insbesondere da die Parallelbestimmung im Bereich der sonstigen ärztlichen Leistungen (§ 135 Abs 2 ASVG) erhalten bleibt. Es bleibt daher nur die Vermutung, daß die Kassen ihre eigenen Ambulatorien durch höhere Zuzahlungen gegenüber den freiberuflich tätigen Ärzten fördern wollen. Dies würde das System des ASVG, nach dem die Versorgung primär durch niedergelassene Zahnärzte zu erfolgen hat, endgültig auf den Kopf stellen und eine Versorgung über Ambulatorien begünstigen.

Tatsächlich kann die Finanzgebarung der Zahnambulatorien nicht genügend nachvollzogen werden und ist es damit nicht auszuschließen, daß Leistungen der Zahnambulatorien zu Preisen angeboten werden, die nicht kostendeckend sind und damit auch von jenen Versicherten getragen werden müssen, welche die Leistungen der niedergelassenen Fachärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und nicht die der Zahnambulatorien in Anspruch nehmen.

Damit aber können die Leistungen der Zahnambulatorien auf Kosten des Pflichtbeitragszahlers subventioniert und den niedergelassenen Fachärzten für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde Dumpingpreise entgegengesetzt werden. Dies wird auch von den angeführten Erläuterungen indirekt bestätigt, die mit Kostensenkungen nur im Einzugsbereich der Zahnambulatorien argumentieren.

4. Steuerrechtliche Aspekte:

Die Sozialversicherung erhält auf Grund des GSBG 1996 einen Ausgleich für den Verlust des Vorsteuerabzuges ab 1.1.1997. Diesen Ausgleich erhalten niedergelassene Ärzte nur für Kassenleistungen. Für Privatleistungen ist ein solcher Ausgleich nicht vorgesehen, da der Arzt seine Leistungen nach kalkulierten Leistungen dem Patienten anzubieten hat. In die Kalkulation kann der steuerliche Nachteil einfließen.

Wenn nun aber die steuerrechtlich begünstigten Sozialversicherungsträger mit den Zahnärzten in einen Wettbewerb treten, so ergibt sich ein steuerrechtlicher Wettbewerbsvorteil für die Krankenkassen, der das gesamte System der steuerlichen Begünstigung der Krankenkassen in Frage stellen läßt. Im übrigen ist es eindeutig verfassungswidrig, wenn der Staat einen Anbieter von Leistungen steuerrechtlich besser stellt als einen anderen. Bei Kassenleistungen ließe sich das vielleicht noch sachlich mit sozialen Argumenten begründen. Bei Privatleistungen fällt diese Argumentation sicherlich weg, sodaß auch aus diesem Grund die Novelle abzulehnen wäre.

Auch die steuerrechtliche Ungleichbehandlung würde die Österreichische Ärztekammer entsprechend geltend machen.

5. Wettbewerbsrechtliche Aspekte:

In mehreren uns vorliegenden Stellungnahmen von ständig im Wettbewerbsrecht tätigen Rechtsanwälten wird zu Recht darauf hingewiesen, daß eine Preisunterbietung durch Ambulatorien nach § 1 UWG als sittenwidrig eingeklagt und verboten werden könnte. Weiters ist darauf hinzuweisen, daß die Sozialversicherung, wenn sie erwerbswirtschaftlich auftritt, im Hinblick auf ihre einmalige Stellung im Bereich der österreichischen Rechtsordnung als marktbeherrschendes Unternehmen einzustufen ist, das durch eine Niedrigpreispolitik seine marktbeherrschende Stellung mißbraucht. Dies würde von der Österreichischen Ärztekammer als Interessensvertretung der Zahnärzte jedenfalls gerichtlich bekämpft werden. In diesem Zusammenhang sei ausdrücklich auf den in einer ganz ähnlichen Angelegenheit gefaßten Beschluß des OGH 4 Ob 44/95 hingewiesen. In dieser Entscheidung hat der OGH bekanntlich ausgesprochen, daß es sittenwidrig im Sinne des § 1 UWG ist, wenn der Zweck des § 153 Abs 3 ASVG (Ausschluß jeglicher Begünstigung von Ambulatorien zu Lasten freiberuflich tätiger Vertragsärzte) dadurch umgangen wird, daß ein Versicherungsträger dem Chefarzt eines Zahnambulatoriums gestattet, diese Einrichtung außerhalb der Dienstzeiten zu nutzen, um kostengünstig Privatpatienten zu behandeln.

Die rechtliche Beurteilung der geplanten Novellierung des § 153 Abs 3 ASVG ergibt somit insgesamt, daß diese gegen eine Fülle von Normen aus verschiedensten

Rechtsbereichen verstößt. Dies deshalb, weil sich die beiden Sätze, welche nun gestrichen werden sollen, konsequent in ein durchdachtes Regelungssystem einfügen. Es handelt sich dabei um sachlich gerechtfertigte und im Gesamtsystem unabdingbare Schutzvorschriften zu Gunsten der Vertragszahnärzte. Ihre Beseitigung brächte einen nach der klaren Rechtslage unzulässigen Verdrängungswettbewerb zum Nachteil der Zahnärzteschaft. Die Österreichische Ärztekammer würde eine derartige rechtswidrige wirtschaftliche Benachteiligung der niedergelassenen Zahnärzte nicht akzeptieren und daher im Falle der tatsächlichen Umsetzung dieser Novelle alle dagegen zur Verfügung stehenden rechtlichen Schritte ergreifen.

Zu Z 75 und 76 (§§ 415 Abs 2 und 417a ASVG):

Zum Zwecke der Verfahrensökonomie sollen die strengen Voraussetzungen des AVG hinsichtlich der Zurückverweisung an die Unterinstanzen für das sozialversicherungsrechtliche Verfahren in Verwaltungssachen vor dem Landeshauptmann bzw. dem Bundesminister für Arbeit, Gesundheit und Soziales gelockert werden. Erscheint dies argumentativ noch plausibel, so ist doch die weiters vorgesehene Verkürzung des Instanzenzuges unseres Erachtens rechtspolitisch höchst bedenklich. Gegen den Bescheid des Landeshauptmannes aufgrund einer Zurückverweisung durch den Bundesminister für Arbeit, Gesundheit und Soziales soll nämlich keine Berufung mehr zulässig sein. Insbesondere für den Fall, daß die konkreten Vorgaben des Zurückverweisungsbescheides nicht eingehalten werden, müßte eine Überprüfungsmöglichkeit jedenfalls gewahrt bleiben.

Zu Z 92 (§ 564 Abs 5 ASVG):

Auch wenn diese Bestimmung schon mit der letzten Novelle zum ASVG eingeführt wurde und nun nur an die geänderte Rechtslage im Bereich der freien Dienstverträge angepaßt wird, so ist es uns doch nicht erklärlich, wieso für nach dem ASVG zu versichernde freie Dienstnehmer die (ohnedies per 1.1.2000 fallenden) Subsidiaritätsregelungen des GSVG und des BSVG nicht gelten sollen. Darüber hinaus ist es unseres

Erachtens auch legislativ verfehlt, Ausnahmen von Bestimmungen des GSVG und des BSVG im ASVG (§ 564 Abs. 5) zu regeln.

Zu Z 2 der 26. B-KUVG-Novelle (§ 19 Abs 6 B-KUVG):

Die mit der 24. B-KUVG-Novelle eliminierte Mindestbeitragsgrundlage im Ausmaß von 15 % der Höchstbeitragsgrundlage soll wiederum eingeführt werden, da dies für einzelne versicherte Personengruppen doch notwendig sei. Bei den namentlich genannten Gemeinde- und Sprengelärzten handelt es sich um eine in bezug auf ihren Aufgabenbereich, ihre Verantwortung und ihre nahezu uneingeschränkte Einsatzbereitschaft für das öffentliche Gesundheitswesen ohnedies mehr als unterbezahlte Versicherten-Gruppe. Vor diesem Hintergrund sollte die Notwendigkeit der Wiedereinführung der Mindestbeitragsgrundlage durchaus kritisch hinterfragt werden. Auch wenn die steirischen Distriktsärzte von der gegenständlichen Maßnahme aufgrund der gegebenen Höhe der Entlohnung nicht berührt sind, ist dennoch generell darauf hinzuweisen, daß die ohnedies minimalen Entgelte, die nur den Charakter eines Anerkennungsbetrages aufweisen, über wiederum erhöhte Sozialversicherungsabgaben nicht noch weiter geschmälert werden sollten.

Zu Z 7 der 26. B-KUVG-Novelle:

Vgl. dazu die Ausführungen zu Z 33 der ASVG-Novelle.

Zu Z 3 der 23. GSVG-Novelle (§ 4 Abs 1 Z 5 u. 6 GSVG):

Im neuen § 4 Abs. 1 Ziffer 5 müßte der Verweis unseres Erachtens „Ziffer 6 lit. c“ (nicht lit. b) lauten, weil die Leistungen (Pension und sonstige Erwerbserstatzeinkommen) dort geregelt bzw. angeführt sind.

In Ziffer 6 fällt ein offensichtlicher Unterschied zwischen Novellierungstext und Textgegenüberstellung auf. Die doppelten lit. b und c in der Gegenüberstellung dürften versehentlich nicht gelöscht worden sein.

Zu Z 5 der 23. GSVG-Novelle (§ 5 Abs 2 GSVG):

In dieser Bestimmung wird nun geregelt, ab wann im Falle eines positiven Bescheides, die Ausnahme von der Pflichtversicherung gemäß § 5 GSVG gelten soll. Gleichzeitig wird damit aber die bisher vorgesehene Entscheidungspflicht ersatzlos gestrichen. Für die per 1.1.2000 neu in das GSVG einbezogenen Versichertengruppen (das gilt in der Krankenversicherung also auch für die Ärzte) sollte schon im Hinblick auf die notwendige Rechtssicherheit die bislang vorgesehene Entscheidungspflicht vor dem 1.1.2000 bestehen bleiben. Es stellt sich für die Österreichische Ärztekammer die Frage, ob diese Optionsmöglichkeit für sämtliche unter diese Bestimmung fallenden Ärzte ausgeübt werden muß oder ob einzelne Gruppen, wie z.B. die Wohnsitzärzte, im Krankenversicherungssystem des GSVG verbleiben können. Wir bitten in diesem Zusammenhang um Aufnahme von Gesprächen.

Zu Z 1 der 11. FSVG-Novelle (§ 2 Abs 2 FSVG):

Durch die Neuformulierung soll klargestellt werden, daß Wohnsitzärzte als sogenannte „neue Selbständige“ künftig im GSVG und nicht im FSVG pflichtversichert sind. Der letzte Halbsatz des § 2 Abs. 2 sollte unseres Erachtens allerdings wie folgt formuliert werden:

„.... sofern sie freiberuflich tätig sind und nicht nach § 20 a Abs. 1 des Ärztegesetzes 1984, BGBl.Nr. 373, als Wohnsitzärzte in die Ärzteliste eingetragen sind.“

Zu Z 2 der 11. FSVG-Novelle (§ 8 FSVG):

Mit dieser Bestimmung sollen für bestimmte begünstigt Weiterversicherte (Personen, die zur Pflege eines nahen Angehörigen mit Anspruch auf Pflegegeld in Höhe der Stufe 5, 6 oder 7 gemäß Bundespflegegeldgesetz aus der Pflichtversicherung ausgeschieden sind) die Beitragslasten im Bereich des FSVG festgelegt werden. Der vom Weiterversicherten zu tragende Teil wird im vorliegenden Entwurf unter Hinweis auf andere Berufsgruppen (ASVG, GSVG, BSVG) mit 10,25 % vorgeschlagen. Übersehen wird dabei allerdings, daß die Lastverteilung zwischen Versicherten und Bund bei den anderen Berufsgruppen (vgl. ASVG: 10,25 % zu 12,55 %) in einem Verhältnis von 45 % zu

55 % erfolgt. Es wäre daher analog dazu eine Aufteilung im FSVG von 9 % (Versicherter) zu 11 % (Bund) zu fordern.

Zu Z 10 der 22. BSVG-Novelle:

Vgl. dazu die Ausführungen zu Z 33 der ASVG-Novelle.

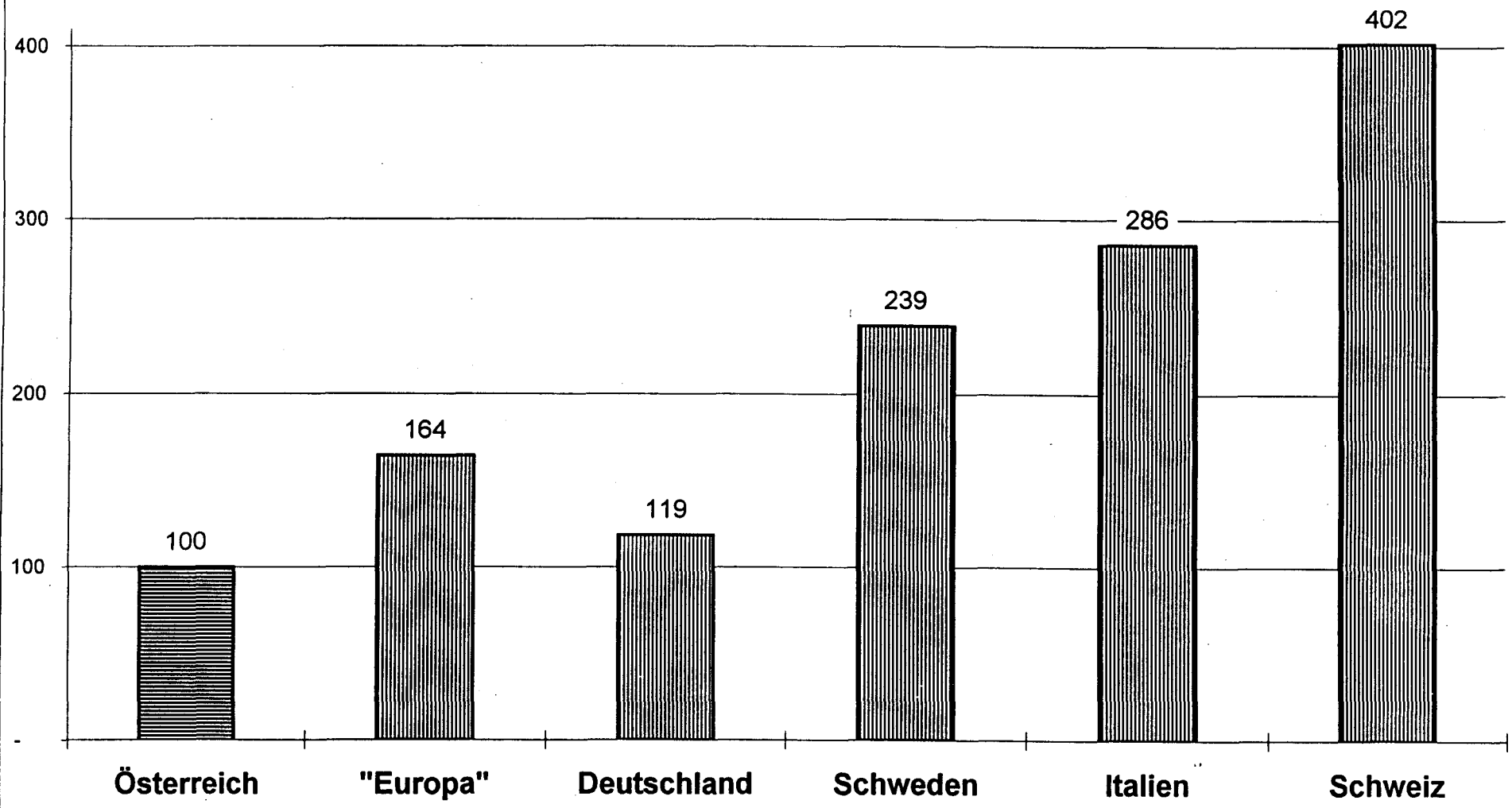
Mit vorzüglicher Hochachtung



Präs. Dr. Reiner Brettenthaler
geschäftsf. Vizepräsident

Prim. Dr. Michael Neumann e.h.
Präsident

Vergleich von Kassentarifen: Österreich zu europ. Ländern , Österreich =100



*) ausgewählte hochfrequente Leistungen: Extraktion, operat. Zahnentfernung, Füllung 1-flächig, 2-flächig, Wurzelbehandlung