

An das
Bundesministerium für
Gesundheit, Familie und Jugend
Radetzkystraße 2
1031 Wien

Per Mail an: vera.pribitzer@bmgfj.gv.at

Unser Zeichen:
KAD-S. 27.5.08

Ihr Schreiben vom:
14.5.2008

Ihr Zeichen:
GZ 96100/0010-I/B/9/2008

Wien, am 27.5.2008

Betrifft: Entwurf eines Krankenversicherungs-Änderungsgesetzes (KV-ÄG)

Sehr geehrte Damen und Herren!

Die Österreichische Ärztekammer nimmt zum übermittelten Entwurf eines Krankenversicherungs-Änderungsgesetzes (KV-ÄG) wie folgt Stellung:

Eingangs ist darauf hinzuweisen, dass durch verschiedene bundesgesetzliche Maßnahmen der vergangenen Jahre (z.B. nicht ausreichende Refundierung der Krankenkassenausgaben für Arbeitslose durch den Bund etc.) – und nicht, wie immer wieder kolportiert wird, durch das Behandlungsverhalten der Ärzte – die derzeitige Budgetmisere der sozialen Krankenversicherung (sozKV) entstanden ist. Würden diese gesetzlichen Maßnahmen rückgängig gemacht, so hätte die sozKV kein Finanzierungsproblem.

Der vorliegende Gesetzesentwurf zielt lt. seinen Erläuternden Bemerkungen darauf ab, die finanzielle Leistungsfähigkeit der sozialen Krankenversicherung nach dem Prinzip einer einnahmenorientierten Ausgabengestaltung sicherzustellen. Nach diesem Prinzip müssen auch die notwendigen Einnahmen für die Erfüllung des Gesetzauftrages der sozKV zur Verfügung gestellt werden. Der Entwurf sieht insbesondere folgende – die Ärzteschaft betreffende – Maßnahmen vor:

1. Leistungsverträge (das sind Direktverträge) im vertragslosen Zustand
2. Getrennte Gesamtverträge für einzelne Sonderfächer
3. Teilkündigungen eines Gesamtvertrages für einzelne Sonderfächer
4. Eingriff in bestehende Verträge
5. Befristete Einzelverträge
6. Verpflichtende Teilnahme an der elektronischen Gesundheitsakte (ELGA)
7. Ausstellen von Patientenquittungen
8. Aut-idem-Regelung
9. Änderung des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten
10. Zentralisierung der Kassenstruktur

Zu 1.: „Leistungsverträge“ im vertragslosen Zustand (§ 343e ASVG):

Nach § 343d soll lt. Entwurf folgender § 343e samt Überschrift eingefügt werden:

Sicherstellung der Leistungserbringung bei Fehlen vertraglicher Regelungen

„Stehen keine Gesamtverträge in Geltung oder haben so viele Vertragsärztinnen/Vertragsärzte sowie Vertrags-Gruppenpraxen ihren Einzelvertrag gekündigt, dass eine Leistungserbringung im Sinne des § 23 Abs. 5 nicht sichergestellt ist, können die Träger der Krankenversicherung mit einzelnen freiberuflich tätigen Ärztinnen/Ärzten sowie Gruppenpraxen Verträge (Leistungsverträge) abschließen. Für diese Leistungsverträge gelten die Bestimmungen über Einzelverträge mit der Maßgabe, dass der Vertragsabschluss nicht der Mitwirkung der zuständigen Ärztekammer bedarf, der Inhalt nicht an den Inhalt eines bestehenden Gesamtvertrages gebunden ist und eine Unwirksamkeitserklärung der Kündigung nach § 343 Abs. 4 nicht möglich ist. Im Falle des Abschlusses eines Gesamtvertrages erlischt der Leistungsvertrag. Es besteht jedoch Anspruch auf Abschluss eines Einzelvertrages im Rahmen des Stellenplans, wobei § 343 Abs. 1 zweiter Satz nicht anzuwenden ist.“

Kritik der ÖÄK:

Diese Bestimmung zielt nicht bloß auf einen vertragslosen Zustand ab, sondern beabsichtigt das System „Gesamtvertrag - Einzelverträge“ abzuschaffen. Da ein vertragsloser Zustand mit der Ärzteschaft in den letzten Jahrzehnten nie vorgekommen ist, stellt sich die Frage, ob seitens des Gesetzgebers ein solcher nun angestrebt wird.

Die Notwendigkeit dieser Leistungsverträge (Direktverträge) wird vom Entwurf im Wesentlichen damit begründet, dass dzt. die soziale Krankenversicherung gegenüber den Ärztekammern eine schlechtere Verhandlungsposition habe, sodass keine „Verhandlungen auf gleicher Augenhöhe“ stattfinden würden.

Dabei wird jedoch übersehen, dass es sich bei der sozialen Krankenversicherung um ein Nachfragemonopol handelt. Dies bedingt, dass „Verhandlungen auf gleicher Augenhöhe“ nur möglich sind, wenn diesem Monopol gleichberechtigte Verhandlungspartner – nämlich die Ärztekammern – gegenüberstehen. Andernfalls ist der einzelne Arzt der gesetzlichen Krankenversicherung schutzlos ausgeliefert, zumal es für ihn keinen alternativen Vertragspartner gibt.

Das System der Gesamt- und Einzelverträge ist Ausprägung einer seit Jahrzehnten bewährten Sozialpartnerschaft zwischen gesetzlicher Krankenversicherung und den Ärztekammern, welches bestens funktioniert und Österreich im internationalen Vergleich eines der weltbesten Gesundheitssysteme beschert hat. Beweis für das Funktionieren dieser Sozialpartnerschaft ist insbesondere die verantwortungsvolle Honorarpolitik der Ärztekammern. Die beiliegende Grafik (**Beilage 1** - Hums/Neumann-Kurve) zeigt, dass in den vergangenen 10 Jahren die Gesamteinnahmen der Gebietskrankenkassen um ca. 50% gestiegen sind, während hingegen die Arzthonorare aufgrund der gesamtvertraglich vereinbarten Honorarabschlüsse nur um ca. 30% angestiegen sind (Valorisierung plus Mehr- und Neuleistungen). Das System „Gesamtvertrag - Einzelvertrag“ ist daher nachweisbar nicht für die Budgetmisere der sozialen Krankenversicherung verantwortlich, sodass überhaupt kein Grund besteht, dieses zu zerschlagen.

Das - sehr bewusst dem System „Kollektivvertrag - Arbeitsverträge“ nachgebildete - Gesamtvertragssystem nimmt den einzelnen Arzt aus der politischen Einflussphäre heraus und ist damit vergleichbar mit der Unabhängigkeit der Richter: Der einzelne Arzt soll weisungsfrei gegenüber der Politik und unabhängig von dieser seine Patienten bestmöglich behandeln können. Durch die nun vorgesehene Neuregelung wird der bisher unabhängige Arzt jetzt zu einem von der Politik und von zentralistischen Finanzvorgaben abhängigen Arzt. Damit werden letztlich ganz wesentlich die Patienten in ihrem elementaren Interesse beeinträchtigt, flächendeckend

und unabhängig von ihrem sozialen Status die beste Medizin zu bekommen. Letzteres sicherzustellen, war bisher die Aufgabe und Funktion der Gesamtverträge!

Die Einführung der gesetzlichen Bestimmung des § 341 Abs 1 2. Satz und mit der daraus folgenden Reihungskriterien-Verordnung durch das BMSSG im Jahre 2001 ist auf eine Entscheidung des Obersten Gerichtshofs vom 11. 7. 2001, 7 Ob 299/00x und auf eine Klagsdrohung der Europäischen Kommission zurückzuführen. Die Reihungskriterien-Verordnung wurde notwendig, um den verfassungsrechtlichen Gleichheitsgrundsatz, das Grundrecht auf Freiheit der Erwerbsausübung sowie die Vorgaben der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK, BGBl Nr. 210/1958 idgF) abzusichern und die von der Europäischen Kommission eingemahnte diskriminierungsfreie Personenfreizügigkeit, d.h. die Niederlassungsfreiheit herzustellen.

All diese verfassungsrechtlichen Grundsätze beachtet der Entwurf durch die Nichtanwendung des zweiten Satzes des § 343 Abs 1 ASVG nicht, weshalb eine ausdrückliche Warnung vor der Beschlussfassung wegen nicht absehbarer Rechtsfolgen bei einer Umsetzung in der Praxis ausgesprochen wird.

Lösungsvorschlag der ÖÄK:

Um daher den Wunsch der Politik – die medizinische Versorgung der Bevölkerung auch im vertragslosen Zustand sicherzustellen – zu erfüllen, schlagen wir anstelle der Leistungsverträge (Direktverträge) vor, im Falle der Kündigung des Gesamtvertrages ein **verpflichtendes Schlichtungsverfahren (Zwangsschlichtung)** durch die Bundesschiedskommission gem § 348 ASVG vor. Während dieses Schlichtungsverfahrens müsste der gekündigte Gesamtvertrag weitergelten. Ein solches Schlichtungsverfahren würde öffentlichen Druck auf die Gesamtvertragsparteien, sich zu einigen, erzeugen und mit Sicherheit wieder zu einem neuen Gesamtvertrag führen. In Deutschland gibt es diesbezüglich funktionierende Beispiele.

Textvorschlag der ÖÄK zu § 348 neu:

- (1) *Eine Kündigung eines Gesamtvertrags ist von der kündigenden Vertragspartei auch der Bundesschiedskommission unverzüglich schriftlich mitzuteilen.*
- (2) *Die Bundesschiedskommission setzt im Falle der Kündigung eines Gesamtvertrags den Inhalt des gekündigten Gesamtvertrags für höchstens 24 Monate – gerechnet vom Tag der Entscheidung – fest.*
- (3) *Der aufgekündigte Gesamtvertrag bleibt bis zur Entscheidung der Bundesschiedskommission vorläufig in Kraft.*
- (4) *Die Bundesschiedskommission hat bei der Festsetzung des Inhalts des Gesamtvertrags, sofern die Honorarordnung betroffen ist, folgende Kriterien zu berücksichtigen:*
 1. *den aktuellen VPI bzw. VPI des abgelaufenen Jahres*
 2. *die Einnahmensituation des Trägers der Krankenversicherung*
 3. *den jeweiligen Stand der ärztlichen Wissenschaft und Erfahrung*
 4. *die Bevölkerungsentwicklung in der zu versorgenden Region*
 5. *die spezifische Kostenentwicklung der Vertragsärzte und Vertragsgruppenpraxen*
 6. *die gesamtwirtschaftliche Situation (einschließlich Lohn- und Gehaltsabschlüsse)*
 7. *aktuelle Honorarvereinbarungen mit anderen Trägern der Krankenversicherung*
 8. *die Einkommensentwicklung anderer freier Berufe*
 9. *dass das prognostizierte jährliche Honorarvolumen im festgesetzten Zeitraum das Honorarvolumen des letzten Jahres vor Ablauf des abgelaufenen Gesamtvertrags keinesfalls unterschreitet.*
- (5) *Einigen sich die Gesamtvertragspartner auf einen neuen Gesamtvertrag, so tritt die Entscheidung der Bundesschiedskommission außer Kraft.*
- (6) *Mit Ablauf der Geltungsdauer des gem Abs 2 festgesetzten Gesamtvertrags erlöschen die von seinem Geltungsbereich erfassten Einzelverträge.*

§ 343e des Entwurfs ist ersatzlos zu streichen.

Darüber hinaus schlagen wir vor, das **Zessionsverbot des § 98 ASVG** aufzuheben. Dann könnte der Patient nämlich seinen Kostenerstattungsanspruch gegen die sozKV im vertragslosen Zustand an seinen behandelnden Arzt übertragen, welcher dann seine Leistung direkt mit der sozKV abrechnen würde. Dem Patienten könnte dadurch eine Kostenbelastung vermieden und die medizinische Versorgung der gesamten Bevölkerung (auch im vertragslosen Zustand) sachleistungsadäquat sichergestellt werden. Mit diesem Vorschlag würde dem Argument für die geplante Gesetzesänderung im Sinne der ausreichenden Sicherstellung der Leistungserbringung (§ 23 Abs 5 ASVG) entsprochen.

Zu 2. u. 3.: Getrennte Gesamtverträge für einzelne Sonderfächer; Teilkündbarkeit eines Gesamtvertrages für einzelne Sonderfächer (§ 341 Abs 1 und § 342 Abs 1 Z 7 ASVG):

§ 341 Abs. 1 soll lt. Entwurf lauten:

„Die Beziehungen zwischen den Trägern der Krankenversicherung und den freiberuflich tätigen Ärztinnen/Ärzten sowie den Gruppenpraxen werden jeweils durch Gesamtverträge geregelt. Diese sind von den Trägern der Krankenversicherung mit den örtlich zuständigen Ärztekammern abzuschließen. Die Österreichische Ärztekammer kann mit Zustimmung der beteiligten Ärztekammer den Gesamtvertrag mit Wirkung für diese abschließen. Gesamtverträge können auch gesondert für Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin und für Fachärztinnen/Fachärzte eines Sonderfaches abgeschlossen werden.“

Dem § 342 Abs. 1 Z 7 wird lt. Entwurf folgender Halbsatz angefügt:

„Teilkündigungen eines Gesamtvertrages für Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin und für Fachärztinnen/Fachärzte eines Sonderfaches sind zulässig;“

Kritik der ÖÄK:

Um die umfassende flächendeckende und medizinisch ausgewogene Versorgung mit ambulanten vertragsärztlichen Leistungen zu gewährleisten, bedarf es der Einheitlichkeit der jeweiligen Gesamtverträge und deren in sich und aufeinander abzustimmender Leistungskataloge. Damit muss auch die honorarpolitische und finanzielle Gesamtschau der Finanzierbarkeit aller Sonderfächer und vertragsärztlichen Leistungen verbunden sein. Separate Honorarordnungen für einzelne Fachgruppen können diesen Gesamtversorgungsanspruch nicht erfüllen.

Die obigen Ausführungen zu Punkt 1 gelten daher auch für diese Punkte vollinhaltlich, d.h. durch die Einführung eines verpflichtenden Schlichtungsverfahrens bei Gesamtvertragskündigungen bzw. durch die Aufhebung des Zessionsverbotes sind weder Gesamtverträge für einzelne Sonderfächer, noch Teilkündigungen eines Gesamtvertrages für einzelne Sonderfächer (welche eine Abschaffung des bestehenden, gut funktionierenden Systems zur Folge hätten) notwendig.

Auch gilt es folgenden Interessenskonflikt zu bedenken: Bereits jetzt verhandelt die Wirtschaftskammer im ambulanten Bereich als gesetzliche Interessensvertretung der Institute deren Honorare mit der sozKV (in der noch die Arbeitnehmervertretung über die Mehrheit verfügt). Wenn aber künftig die Wirtschaftskammer einen 50%-igen Einfluss in der sozialen Krankenversicherung hat (genau dies sieht der Gesetzesentwurf ausdrücklich vor!), wird die Wirtschaftskammer die Honorare für die Institute (z.B. MR, CT, Labor, physikalische Medizin) mit sich selbst verhandeln.

Durchaus denkbar ist dann auch, dass die sozKV beispielsweise den Gesamtvertrag für die Fachgruppe Radiologie kündigt und sich weigert, einen neuen Gesamtvertrag für diese Fachgruppe abzuschließen. Die Radiologie-Ordinationen würden daraufhin zur Umwandlung in Radiologie-Institute gezwungen, weil nur mit diesen Verträge abgeschlossen werden; die Wirtschaftskammer (als gesetzliche Interessensvertretung der Radiologie-Institute) verhandelt so dann auch diese Honorare letztendlich „mit sich selbst“.

Solange daher der Wirtschaftskammer die gesetzliche Interessensvertretung für die privaten Krankenanstalten (=Institute) zukommt und diese gleichzeitig maßgebend entscheidungsbefugt die sozKV beherrscht (somit Zahler und Leistungsanbieter in einer Person vereint), muss diese Regelung – im Interesse des wirtschaftlichen Umgangs mit Versichertengeldern – abgelehnt werden.

Zu 4. u. 5: Eingriff in bestehende Verträge und befristete Einzelverträge (§ 343 Abs 2 Z 7; Abs 2a, 2b und 2c ASVG):

Nach § 343 Abs. 2 sollen lt. Entwurf folgende Abs. 2a, 2b und 2c eingefügt werden:

„(2a) Für Vertragsverhältnisse, die nach dem 31. Juli 2008 geschlossen werden, besteht nach Ablauf von fünf Jahren Rechtsanspruch auf Verlängerung für jeweils weitere fünf Jahre, wenn die Vertragsärztin/der Vertragsarzt bzw. die Vertrags-Gruppenpraxis die in der Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend nach Abs. 2b genannten Voraussetzungen erfüllt.

(2b) Die Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend hat unter Heranziehung der von der Gesundheit Österreich GmbH/Geschäftsbereich Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen erarbeiteten Grundlagen nach Anhörung der Österreichischen Ärztekammer und des Hauptverbandes durch Verordnung festzulegen, welche Standards von der Vertragsärztin/vom Vertragsarzt und der Vertrags-Gruppenpraxis erfüllt sein müssen, um nach Ablauf von fünf Jahren einen Rechtsanspruch auf Verlängerung des Vertrages zu haben (Abs. 2a), sowie das Verfahren zur Durchführung der Evaluierung durch den Krankenversicherungsträger. Die Durchführung der Evaluierung ist vom Krankenversicherungsträger durchzuführen. In der Verordnung ist auf die möglichen Unterschiede im Leistungskatalog der einzelnen Vertragspartner Bedacht zu nehmen und eine Gewichtung der Standards zueinander vorzunehmen. Folgende Kriterien sind jedenfalls einzubeziehen:

- 1. Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualitätskriterien;*
- 2. Fort- und Weiterbildung;*
- 3. effizientes Vorgehen bei ärztlichen und ärztlich veranlassten Leistungen;*
- 4. Dokumentationspflichten sowie*
- 5. Einhaltung festgelegter Behandlungsleitlinien und -richtlinien.*

(2c) Für Vertragsverhältnisse, die bis zum 31. Juli 2008 geschlossen wurden, können der Vertragsärztin/dem Vertragsarzt bzw. der Vertrags-Gruppenpraxis entsprechende Auflagen erteilt werden, wenn die in der Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend nach Abs. 2b genannten Voraussetzungen nicht erfüllt werden. Eine Evaluierung ist alle fünf Jahre vorzunehmen. Bei zweimaliger Nichteinhaltung erteilter Auflagen kann das Vertragsverhältnis unbeschadet der Bestimmungen der Abs. 2 bis 4 unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist zum Ende eines Kalendervierteljahres vom Träger der Krankenversicherung gekündigt werden. Abs. 4 ist entsprechend anzuwenden.“

Kritik der ÖÄK:

Der Gesetzesentwurf sieht vor, dass durch eine staatliche Verordnung direkt in die medizinische Behandlung des Einzelnen eingegriffen wird, indem durch ministerielle Vorgaben festgelegt wird, wie der Arzt die Patienten zu behandeln hat. Die Einhaltung dieser staatlichen Behandlungsvorgaben sind durch die soziale Krankenversicherung zu überprüfen und bei Nicht-

beachtung dieser staatlichen Vorgaben wird dem Arzt sein Kassenvertrag entzogen bzw. erlischt der Kassenvertrag ex lege.

Der Entwurf begründet diesen Eingriff in die Behandlungsfreiheit des Arztes und seine Verpflichtung zur Behandlung lege artis damit, dass dies aus Qualitätssicherungsgründen notwendig sei.

Dieser Punkt des Gesetzesvorschlages ist die Verstaatlichung der Kassenmedizin und führt direkt in die Zwei-Klassen-Medizin. Es besteht – insbesondere in Anbetracht der Einsparpläne, die dem vorliegenden Gesetzesentwurf zugrunde liegen – die ernsthafte Gefahr, dass die Kassenpatienten künftig nicht mehr die bestmögliche, sondern die billigste Behandlung erhalten werden, da ein entscheidendes Qualitätskriterium das „*effiziente Vorgehen bei ärztlichen und ärztlich veranlassten Leistungen*“ ist. Die Vertragsärzte werden daher gezwungen, ihren Kassenpatienten aus Kostengründen Medikamente und Therapien vorzuenthalten, widrigenfalls sie Gefahr laufen, ihren Kassenvertrag zu verlieren.

Auch geben wir zu bedenken, dass durch das Qualitätskriterium „*effizientes Vorgehen bei ärztlichen und ärztlich veranlassten Leistungen*“ die Vertragsärzte gezwungen sein werden, insbesondere bei „kostenintensiven“ Patienten diese verstärkt in die (ohnehin überfüllten) Spitalsambulanzen zur Behandlung zu überweisen, um nicht Gefahr zu laufen, nach Ablauf von fünf Jahren den Kassenvertrag zu verlieren.

Die Bereitschaft, kostenintensive Ordinationen zu betreiben wird im Falle der Umsetzung dieser Bestimmung weiter sinken. Das wird - angesichts einer ohnehin sinkenden Ärztezahl - zu einer Ausdünnung der ärztlichen Versorgung insbes. in weniger besiedelten Gebieten führen. Dazu kommt, dass die Neugründung von Ordinationen in der Regel fremdfinanziert erfolgt. Es besteht die große Gefahr, dass die Banken nicht bereit sein werden, den für modern ausgestattete Ordinationen erforderlichen Kreditbedarf einzuräumen, wenn Gefahr besteht, dass die Kassenverträge nach relativ kurzer Zeit wieder beendet werden.

Wir weisen auch noch darauf hin, dass in einem ärztlichen Haftungsprozess niemals gefragt wird, ob der Arzt in seinem Handeln durch irgendwelche ministerielle Vorgaben oder Richtlinien der sozialen Krankenversicherung determiniert wurde, sondern ausschließlich, ob er dem jeweiligen Stand der Medizin entsprechend behandelt hat. Das führt zum Ergebnis, dass für die zivil- und strafrechtliche Haftung im Einzelfall immer der einzelne Arzt, niemals aber das Gesundheitsministerium oder die Krankenversicherungsträger einzustehen haben.

Auf amtschaftsrechtliche Folgen für die Republik bei der Erlassung einer „Behandlungsverordnung“ durch die Bundesministerin wird hiemit und rechtzeitig hingewiesen.

Lösungsvorschlag ÖÄK:

Es ist festzuhalten, dass die Qualitätssicherung medizinischer Behandlungen im ureigenen Interesse der Ärzteschaft liegt. Aus diesem Grund wurde von der Österreichischen Ärztekammer aufgrund des gesetzlichen Auftrags (§§ 118a ff ÄrzteG) unter hohem finanziellen Aufwand die Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung in der Medizin (=ÖQMed) gegründet, welche inzwischen sämtliche Arztpraxen unter Einbindung von medizinisch wissenschaftlich Fachgesellschaften und anderen Experten (=Qualitätssicherungsbeauftragte) auf ihre Qualität überprüft, Mängel aufgezeigt (bis hin zu Schließungen) und der überwiegenden Anzahl einen qualitativ hochwertigen Zustand bescheinigt hat.

Mit dem BMGFJ wurde folgende Sichtweise grundsätzlich abgestimmt: Die ÖQMed evaluiert Einzelordinationen und Gruppenpraxen, das BIQG ist für sonstige Einrichtungen des Gesundheitswesens zuständig, wobei eine Astimmung der Evaluierungsparameter aus medizinischer

Sicht erforderlich ist. Diesem Gedanken widerspricht der vorliegende Entwurf unverständlicherweise, da er die Tätigkeit der ÖQMed de facto unmöglich macht.

Das grundsätzliche Interesse des Vertragspartners sozKV an Fragen der Qualitätssicherung, Evaluierung und Fortbildung von Kassenärzten mitzuwirken, ist berechtigt. Wir schlagen daher eine Einbindung der sozialen Krankenversicherung in die Qualitätssicherung der ÖQMed vor. Dies würde eine einvernehmliche Erstellung einer nächsten Qualitätssicherungs-Verordnung mit dem Hauptverband und die im ÄrzteG jetzt schon vorgesehenen Genehmigungsmöglichkeit durch das Ministerium umfassen. Die Österreichische Ärztekammer schlägt daher folgenden Gesetzestext vor:

Textvorschlag der ÖÄK zu § 49 Abs 2a ÄrzteG neu:

(2a) Ärzte und Gruppenpraxen haben regelmäßig eine umfassende Evaluierung der Qualität durchzuführen und die jeweiligen Ergebnisse der ÖQMed nach Maßgabe der technischen Ausstattung im Wege der elektronischen Datenfernübertragung zu übermitteln. Die Evaluierungsergebnisse sind im wissenschaftlichen Beirat zu erörtern.

Textvorschlag der ÖÄK zu § 118b ÄrzteG neu:

(1) ...

(2) Der wissenschaftliche Beirat ist paritätisch durch die BMGFJ, die Österreichische Ärztekammer und den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger mit Fachleuten zu besetzen, ... Die BMGFJ, die Österreichische Ärztekammer und der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger haben dabei jeweils zumindest eine Person zu bestimmen, die über Erfahrung auf dem Gebiet der Wahrnehmung von Patienteninteressen verfügt.

(3) Der wissenschaftliche Beirat hat aus seinen Reihen mit absoluter Mehrheit einen Vorsitzenden und in gesonderten Wahlgängen zwei Stellvertreter zu wählen. Fällt die Wahl des Vorsitzenden auf ein vom BMGFJ nominiertes Mitglied, haben die Stellvertreter aus dem Kreis der von der ÖÄK oder dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger nominierten Mitglieder gewählt zu werden. Dies gilt vice versa.

(4) ...

Textvorschlag der ÖÄK zu § 118c ÄrzteG neu:

(1) Die Österreichische Ärztekammer hat nach Befassung und Empfehlung des wissenschaftlichen Beirats für Qualitätssicherung und der Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte die zu evaluierenden Kriterien (§ 118a Abs 2 Z 1), die Kontrolle der Evaluierungsergebnisse, die Kriterien für die diesbezügliche elektronische Datenübermittlung sowie das von der Gesellschaft zu führende Qualitätsregister durch Verordnung jeweils für eine Geltungsdauer von fünf Jahren zu regeln. Diese Verordnung ist im Sinne des § 49 laufend weiter zu entwickeln, wobei folgende Kriterien zu berücksichtigen sind:

- 1. Struktur- und Prozessqualitätskriterien;*
- 2. Fort- und Weiterbildung;*
- 3. Dokumentationspflichten sowie*
- 4. Bedachtnahme auf medizinisch-wissenschaftlich empfohlene Behandlungsleitlinien*

...

In diesem Zusammenhang möchten wir auch darauf hinweisen, dass **dieser Teil des Gesetzesvorschlages** zur Gänze dem Punkt 4 der **Vereinbarung zwischen Frau Bundesministerin Dr. Andrea Kdolsky und Ärztekammerpräsident MR Dr. Walter Dorner vom Oktober 2007 zur Art 15a-Vereinbarung (Beilage 2) widerspricht.**

Mit diesem Punkt 4 ist die „strukturelle Zusammenarbeit“ zwischen der weiterhin im Eigentum der Österreichischen Ärztekammer stehenden ÖQMed und dem BIQG vereinbart. Unter „struktureller Zusammenarbeit“ ist eine institutionelle Kooperation zu verstehen und nicht die

Schließung der ÖQMed, die zwangsläufige Folge des Gesetzesentwurfes wäre. Eine derartige krasse Formulierung ist nicht einmal im Papier der Sozialpartner enthalten und der Bundesministerin nicht vorgegeben.

Vorgeschlagen wird anstatt der befristeten Einzelverträge zur Verbesserung der Qualitätssicherung eine **Modernisierung des Kündigungsrechts** für die Einzelverträge, das insbes. auch qualitative Mängel des Vertragsarztes entsprechend sanktioniert.

Textvorschlag der ÖÄK zu § 343 Abs 4 ASVG neu:

Der Krankenversicherungsträger kann unbeschadet der Bestimmungen der Abs 2 und 3 unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist zum Ende eines Kalendervierteljahres aus folgenden Gründen kündigen:

a) beharrliche und schwerwiegende Verstöße gegen Verpflichtungen aus dem Gesamt- und Einzelvertrag

b) Trotz vorangegangener Verwarnung durch die zuständigen Krankenversicherungsträger Nichteinhaltung von gesamtvertraglich oder per Verordnung gem. § 118c ÄrzteG festgelegten Qualitäts- und Fortbildungsstandards.

c) Sonstige schwerwiegende Berufspflichtenverletzungen wie z.B. unververtretbare medizinische Behandlungsmethoden.

Die Kündigung bzw. Verwarnung durch den Krankenversicherungsträger hat unter Angabe des Grundes schriftlich zu erfolgen und ist der zuständigen Landesärztekammer zur Kenntnis zu bringen. Der gekündigte Arzt oder die gekündigte Vertrags-Gruppenpraxis kann innerhalb von zwei Wochen die Kündigung bei der Landesschiedskommission mit Einspruch anfechten.

Die LSK hat innerhalb von 6 Monaten nach Einlangen des Einspruches über diesen zu entscheiden. Der Einspruch hat bis zum Tag der Entscheidung der LSK aufschiebende Wirkung.

Eine Vertrags-Gruppenpraxis kann die Kündigung abwenden, wenn sie innerhalb von acht Wochen ab Rechtskraft der Kündigung jenen persönlich haftenden Gesellschafter, der ausschließlich den jeweiligen Kündigungsgrund gesetzt hat, aus der Vertrags-Gruppenpraxis ausschließt.

Eine vom gekündigten Arzt (von der gekündigten Gruppenpraxis) eingebrachte Berufung an die Bundesschiedskommission hat ohne Zustimmung des Krankenversicherungsträgers keine aufschiebende Wirkung.

Textvorschlag der ÖÄK zu § 343 Abs 4a:

Das Vertragsverhältnis kann vom Vertragsarzt unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist zum Ende eines Kalendervierteljahres schriftlich gekündigt werden.

Zu 6.: Verpflichtende Teilnahme an der elektronischen Gesundheitsakte - ELGA (§ 49 Abs 1 ÄrzteG und § 31d ASVG):

Dem § 49 Abs. 1 ÄrzteG soll lt. Entwurf folgender Satz angefügt werde:

„Inhaber einer ärztlichen Ordinationsstätte und Gruppenpraxen sind verpflichtet, sich ab einer gesicherten Verfügbarkeit der notwendigen technischen Infrastruktur an der Umsetzung der Elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) einschließlich E-Medikations-Datenbanken zu beteiligen.“

§ 31d ASVG soll lt. Entwurf lauten:

„Der Hauptverband hat sich an der Planung zur Einführung und an der Umsetzung der Elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) zu beteiligen. Davon umfasst ist die Teilnahme an den E-Medikations-Datenbanken, an denen sich die Vertragspartner der Krankenversicherung, die nach § 1 Rezeptpflichtgesetz, BGBl. Nr. 413/1972, zur Verschreibung eines Arzneimittels berechtigt sind sowie die Apothekerinnen und Apotheker verpflichtend beteiligen.“

Obwohl die datenschutzrechtlichen, verfassungsrechtlichen, haftungsrechtlichen aber auch gesellschaftspolitischen Fragen von ELGA noch in keiner Weise geklärt sind, sollen alle Inhaber einer ärztlichen Ordinationsstätte sowie alle Gruppenpraxen bereits „vorsorglich“ verpflichtet werden, an der Umsetzung der Elektronischen Gesundheitsakte einschließlich der E-Medikations-Datenbank teilzunehmen. Dies ist umso unverständlicher, als eine tatsächliche Kosten/Nutzen-Analyse von ELGA für die Patienten und für die Kostenträger noch in keiner Weise besteht.

Es drängt sich daher unweigerlich der Verdacht auf, dass hier offenbar ein elektronisches System, das mit und durch IT-Lobbyisten ausgearbeitet wird, in einer „Nacht- und Nebelaktion“ eingeführt werden soll.

Die verfassungsrechtlichen Bedenken der Datenschutzkommission im Datenschutzbericht 2005 bis 2007 (Seite 51) werden offenbar bewusst ignoriert. Die im Entwurf vorgeschlagene Regelung ist - da sie gegen das bestehende Datenschutzgesetz verstößt – verfassungswidrig und daher ein legislatives Unding.

Solange daher nicht sämtliche datenschutzrechtlichen, verfassungsrechtlichen, haftungsrechtlichen und gesellschaftspolitischen Fragen von ELGA geklärt sind, wird die Aufnahme der gegenständlichen Gesetzesbestimmungen in das ASVG und das ÄrzteG abgelehnt. Selbstverständlich ist jedoch die Ärztekammer jederzeit bereit, sich aktiv in den ELGA-Diskussionsprozess einzubringen.

Zu 7.: Patientenquittung (§ 340b ASVG):

Nach § 340a wird lt. Entwurf folgender § 340b samt Überschrift eingefügt:

Nachweis über die erbrachten Leistungen

„(1) Die/Der Vertragsärztin/Vertragsarzt hat den Versicherten unmittelbar nach jeder Inanspruchnahme einen Nachweis über die erbrachten Leistungen auszustellen.

(2) Der Hauptverband hat nach Weisungen der Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend durch Verordnung Grundsätze über den Inhalt und Umfang des Nachweises festzulegen.“

Kritik der ÖÄK:

Durch die vorgesehene Patientenquittung ist lt. den Erläuternden Bemerkungen zum Gesetzesentwurf mit jährlichen (Verwaltungs-)Kosten für die Ärzte und die anderen Gesundheitsberufe (Zahnärzte, Physiotherapeuten,...) in Höhe von ca. € 20.000.000.- zu rechnen. Diese geschätzte Annahme ist bei österreichweit über 100 Mio. Patientienkontakten pro Jahr bei Weitem zu niedrig!

Diese hohen (Verwaltungs-)Kosten stehen in keinem Verhältnis zum Nutzen einer solchen Patientenquittung. Die bereits jetzt bestehende diesbezügliche jährliche Informationspflicht der sozKV an die Versicherten hat offenbar keine ausreichende Sensibilisierung der Patienten für die mit der Inanspruchnahme von Vertragsärzten verbundenen Kosten erbracht.

Hinzu kommt, dass bereits jetzt die jährlichen Informationsschreiben der Krankenkassen sehr mangelhaft sind. Die für die einzelnen Ärzte ausgewiesenen Beträge stimmen nämlich nicht mit jenen Beträgen überein, die die Ärzte tatsächlich von den Krankenversicherungsträgern als Honorare erhalten, da in den Honorarordnungen bestehende Verrechnungsbeschränkungen (Limite, Punktwertstaffelungen, Degressionen etc.) nicht berücksichtigt werden.

Dieser Umstand geht sogar aus den jeweiligen Begleitschreiben der Krankenkassen an die Patienten hervor, sodass insgesamt den Patienten andere Kosten suggeriert werden, als den Krankenversicherungsträgern tatsächlich entstehen.

Solange daher die Verrechnungslimite und Punktwertstaffelungen in den Honorarordnungen von der sozialen Krankenversicherung nicht aufgehoben werden, können den Patienten mit Patientenquittungen nie die tatsächlichen, sondern immer nur fiktive Kosten mitgeteilt werden.

Abschließend möchten wir festhalten, dass sich unweigerlich der Eindruck aufdrängt, dass durch die Einführung dieser Patientenquittungen die ersten Schritte in Richtung Abschaffung des Sachleistungsprinzips und Ersetzung desselben durch ein Geldleistungsprinzip (d.h. Kostenerstattung) gesetzt werden.

Lösungsvorschlag der ÖÄK:

In Analogie zu den Patienteninformationen über die Selbstbehalte bei den Sonderversicherungsträgern schlagen wir daher vor, diese Patientenquittungen nicht einzuführen. Statt dessen sind die bisherigen Informationsverpflichtungen der Krankenversicherungsträger zu verbessern, indem die Patienten quartalsmäßig mit genaueren Daten, die auf den jeweiligen Abrechnungen basieren, über alle von ihnen in Anspruch genommenen Leistungen (bei Vertragsärzten, in Apotheken, in den Krankenhäusern, in Kassenambulatorien, bei Physiotherapeuten,...) informiert werden.

Zu 8.: Aut-Idem-Regelung (§§ 31 Abs 5 Z 13, 136 Abs 2, 350, 351):

Dem § 136 Abs. 2 werden lt. Entwurf folgende Sätze angefügt:

„Für Arzneyspezialitäten, die nach § 350 Abs. 1a Z 1 oder Z 2 verordnet werden, übernehmen die Träger der Krankenversicherung die Kosten höchstens bis zum jeweiligen Referenzpreis. Wird auf Verlangen des/der Versicherten eine Arzneyspezialität abgegeben, deren Kassenverkaufspreis bezogen auf die Packungsgröße über dem Referenzpreis liegt, so hat der/die Versicherte die Differenz zwischen dem Referenzpreis und dem Kassenverkaufspreis der abgegebenen Arzneyspezialität zu tragen.“

Nach § 350 Abs. 1 wird lt. Entwurf folgender Abs. 1a eingefügt:

„Die Verordnung einer Arzneyspezialität kann bei Vorliegen einer entsprechenden Referenzgruppe im Erstattungskodex

- 1. unter ihrer Wirkstoffbezeichnung,*
- 2. unter dem jeweiligen Produktnamen ohne Ausschluss der Ersetzung durch eine wirkstoffidentente Arzneyspezialität oder*

3. unter dem jeweiligen Produktnamen mit Ausschluss der Ersetzung durch eine wirkstoffidentente Arzneispezialität aus medizinischen Gründen erfolgen. Darunter fallen jedenfalls eine
- nachgewiesene Unverträglichkeit gegen die Hilfsstoffe der möglichen Referenzarzneispezialitäten,
 - Sicherstellung der Akzeptanz der angeordneten Therapie bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres,
 - Nichteignung der möglichen Referenzarzneispezialitäten zum Erreichen der medizinisch-therapeutisch notwendigen Dosierungen oder
 - die medizinisch-therapeutische Unzweckmäßigkeit der Ersetzung durch eine mögliche Referenzarzneispezialität.

Der Ausschluss der Ersetzung der verordneten Arzneispezialität durch den/die Verordner/in hat durch entsprechenden Vermerk auf der Verordnung zu erfolgen. Wurde eine Arzneispezialität nur unter ihrer Wirkstoffbezeichnung verordnet oder wurde die Ersetzung durch eine wirkstoffidentente Arzneispezialität nicht ausgeschlossen, so hat der/die Apotheker/in oder hausapothekenführende Arzt/Ärztin eine Arzneispezialität abzugeben, für die höchstens der Referenzpreis gilt (Referenzarzneispezialität). Die Abgabe einer Arzneispezialität auf Verlangen des/der Versicherten nach § 136 Abs. 2 dritter Satz ist vom/von der Apotheker/in oder vom/von der hausapothekenführenden Arzt/Ärztin auf der Verordnung zu dokumentieren.“

Nach § 350 Abs. 3 wird lt. Entwurf folgender Abs. 3a eingefügt:

„Im Falle des Ausschlusses der Ersetzung einer Arzneispezialität nach Abs. 1a durch die/den Verschreibende/n hat diese/dieser die Gründe für den Ausschluss zu dokumentieren (§ 31 Abs. 5 Z 13). Abs. 3 vorletzter Satz ist anzuwenden.“

Nach § 351c Abs. 3 wird lt. Entwurf folgender Abs. 3a eingefügt:

„Im Erstattungskodex sind vom Hauptverband Referenzgruppen zu bilden, wenn mindestens drei laut Warenverzeichnis des österreichischen Apothekerverlages lieferbare Arzneispezialitäten mit identem Wirkstoff oder identer Wirkstoffkombination (ATC-Code Ebene 5), identer Wirkstoffstärke oder identen Wirkstoffstärken, gleicher oder praktisch gleicher Darreichungsform sowie gleicher oder praktisch gleicher Packungsgröße im Grünen oder Gelben Bereich angeführt sind. Referenzpreis ist der jeweils zum 1. Jänner und 1. Juli eines jeden Jahres geltende Kassenverkaufspreis für die kostengünstigste Arzneispezialität innerhalb der Referenzgruppe.“

Die geplante Neuregelung stellt sich jetzt als verdeckte Erhöhung des Patientenselbstbehaltes heraus. Zusätzlich zur Rezeptgebühr werden die Patienten - auch sozial schwache, ja sogar rezeptgebührenbefreite - privat die Differenz zwischen dem jeweils billigsten Arzneimittel der selben Wirkstoffgruppe und dem tatsächlich benötigten vom Arzt verordneten Medikament bezahlen.

Außerdem sind ärztlicherseits Probleme im Bereich der Compliance sowie der Therapie- und Medikamentensicherheit für die Patienten durch die geplante Neuregelung zu erwarten.

Haftungsrechtlich ist vorzusehen, dass die Verantwortung für die Verordnung auch weiterhin ausschließlich beim Arzt, die Verantwortung für den Austausch beim Apotheker liegt. Die rechtliche Ausformulierung dieser zum Teil gemeinsamen, zum Teil aber auch differenzierten Haftungsfrage zwischen Arzt und Apotheker wird ausgesprochen schwierig, deren praktische Handhabung wird zur Verunsicherung der Akteure und noch mehr der Patienten führen müssen. Um dies zu vermeiden, müsste eine primäre gesetzliche Haftung des Versicherungsträgers mit allfälligem Regressanspruch gegen den Apotheker, der von der ärztlichen Verordnung abweicht, normiert werden. Eine spezielle und persönliche Aufklärungs- und Abgabepflicht durch den akademisch ausgebildeten Pharmazeuten (und jedenfalls nicht durch Hilfspersonal) ist gesetzlich vorzusehen; dabei ist auf die Intimsphäre des Patienten Rücksicht zu nehmen.

Durch die vorgeschlagene Regelung käme ein nicht unerheblicher zusätzlicher Dokumentationsaufwand auf den Arzt/die Ärztin zu, da er/sie im Falle des Ausschlusses der Ersetzung einer Arzneispezialität durch eine Wirkstoff idente Arzneispezialität die Gründe für den Ausschluss zu dokumentieren hätte. Dazu wäre beispielsweise die Dokumentation der nachgewiesenen Unverträglichkeit gegen die Hilfsstoffe aller möglichen Referenzarzneispezialitäten bzw. der Nichteignung aller möglichen Referenzarzneispezialitäten zum Erreichen der medizinisch-therapeutisch notwendigen Dosierung erforderlich, was praktisch undurchführbar ist. Wenn dieser Nachweis nicht entsprechend geführt werden kann, kommt der Arzt/die Ärztin in die Haftungsschere. Einerseits soll er/sie die bestmögliche Behandlung des Patienten gewährleisten andererseits ist er mit Ersatzansprüchen seitens der Krankenversicherungsträger konfrontiert.

Dbzgl. soll in den Richtlinien des Hauptverbandes über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen (RöV) eine einheitliche Dokumentation festgelegt werden. Als Sanktionsmöglichkeiten bei Ausschluss der Ersetzung ohne oder mit mangelhafter Dokumentation sollen die Verwarnung bzw. im Wiederholungsfall der Kostenersatz der abgegebenen Arzneispezialitäten vorgesehen werden. Abgesehen davon, dass dieser zusätzliche, nicht unerhebliche Administrationsaufwand grundsätzlich abzulehnen ist, ist auch dieser vorgeschlagene Kostenersatz unberechtigt. Wieso soll der Arzt/die Ärztin den Gesamtpreis der abgegebenen Arzneispezialität ersetzen, wenn der Mehraufwand des Versicherungsträgers ausschließlich in der Differenz des Preises der Arzneispezialität zum Referenzpreis besteht.

Auch wird bezweifelt, dass durch diese Maßnahmen die kolportierten Einsparungen in Höhe von € 35.000.000.- jährlich erreicht werden können.

Zu 9.: Änderung des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten:

§ 19a Abs. 4 Z 3 lautet lt. Entwurf:

Bei der Erarbeitung von Richtlinien über die Beschaffung und den Umgang mit Arzneimitteln ist neben den Grundsätzen gemäß Abs. 3 auch auf die Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit Bedacht zu nehmen, insbesondere, dass ...

„3. bei der Verordnung von Arzneimitteln für die Versorgung nach der Entlassung der vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger herausgegebene Erstattungskodex und die Richtlinie über die ökonomische Verschreibweise beachtet werden und das ökonomisch günstigste, gegebenenfalls unter Beachtung des vom Hauptverband festgelegten Referenzpreises, gewählt wird.“

Nach § 24 Abs. 1 wird lt. Entwurf folgender Abs. 1a eingefügt:

„Im Rahmen der Vorbereitung der Entlassung hat die Krankenanstalt den chef- und kontrollärztlichen Dienst des leistungszuständigen Sozialversicherungsträgers zur Abstimmung der Empfehlung hinsichtlich der weiteren Medikation im Entlassungsbrief zu konsultieren, sofern dies nach Art und Umfang der Medikation zur Sicherstellung der Übereinstimmung mit dem vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger herausgegebenen Erstattungskodex und der Richtlinie über die ökonomische Verschreibweise erforderlich ist.“

§ 24 Abs. 2 lautet lt. Entwurf:

„Bei der Entlassung eines Pfleglings ist neben dem Entlassungsschein unverzüglich ein Entlassungsbrief anzufertigen, der die für eine allfällige weitere ärztliche, zahnärztliche, psychologische, psychotherapeutische und pflegerische Betreuung oder Betreuung durch Hebammen maßgebenden Angaben und Empfehlungen sowie allfällige Anordnungen für die Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, Angehörige der medizinisch-technischen Dienste oder Heilmasseure zu enthalten hat. Empfehlungen hinsichtlich der weiteren Medikation haben den vom Hauptverband der österreichischen Sozialversiche-

rungsträger herausgegebenen Erstattungskodex und die Richtlinie über die ökonomische Verschreibweise zu beachten und ab 1. Jänner 2010 unter Angabe des Wirkstoffs oder der Wirkstoffkombination, Stärke und Darreichungsform zu erfolgen, sofern sich nicht die Empfehlung aus medizinischen Gründen auf ein bestimmtes Präparat beziehen muss. Bezieht sich die Empfehlung auf ein Arzneimittel, für dessen Abgabe auf Kosten der sozialen Krankenversicherung die Einholung einer Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes der Krankenversicherungsträger erforderlich ist, ist diese Bewilligung einzuholen. Dieser Entlassungsbrief ist nach Entscheidung des Pfleglings

- 1. diesem, oder*
 - 2. dem einweisenden oder weiterbehandelnden Arzt bzw. Zahnarzt und*
 - 3. bei Bedarf den für die weitere Pflege und Betreuung in Aussicht genommenen Angehörigen eines Gesundheitsberufes und*
 - 4. bei Bedarf der für die weitere Pflege und Betreuung in Aussicht genommenen Einrichtung*
- zu übermitteln.“*

Bisher war darauf Bedacht zu nehmen, dass bei der Verordnung von Arzneimitteln für die Versorgung nach der Entlassung von mehreren therapeutisch gleichwertigen Arzneimitteln das im Falle einer entgeltlichen Beschaffung ökonomisch günstigste gewählt und, wenn medizinisch vertretbar, das vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger herausgegebene Heilmittelverzeichnis und die darin enthaltenen Richtlinien für die ökonomische Verschreibweise berücksichtigt werden. Weiters haben bisher Empfehlungen hinsichtlich der weiteren Medikation, wenn medizinisch vertretbar, den vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger herausgegebenen Erstattungskodex und die Richtlinie über die ökonomische Verschreibweise zu berücksichtigen.

Der Entwurf sieht nunmehr vor, dass bei der Verordnung von Arzneimitteln für die Versorgung nach der Entlassung der vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger herausgegebene Erstattungskodex und die Richtlinie über die ökonomische Verschreibweise beachtet werden und das ökonomisch günstigste gewählt wird. Weiters haben Empfehlungen hinsichtlich der weiteren Medikation den Erstattungskodex und die angeführte Richtlinie zu beachten.

Für diesen im Entwurf vorgesehenen Entfall der ausdrücklichen Klarstellung der therapeutischen Gleichwertigkeit und der medizinischen Vertretbarkeit ist kein Grund zu sehen.

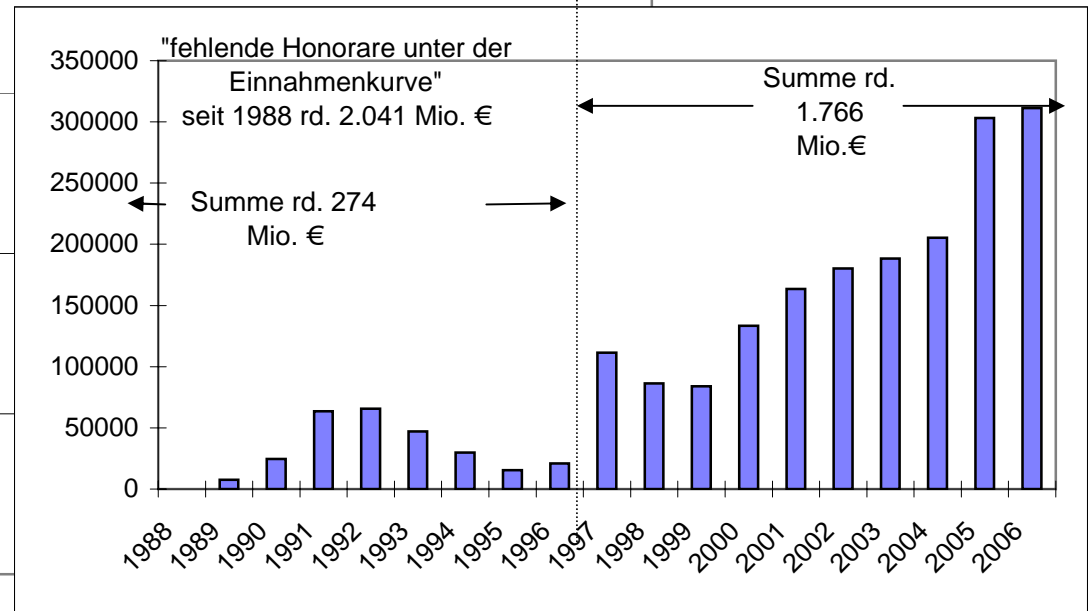
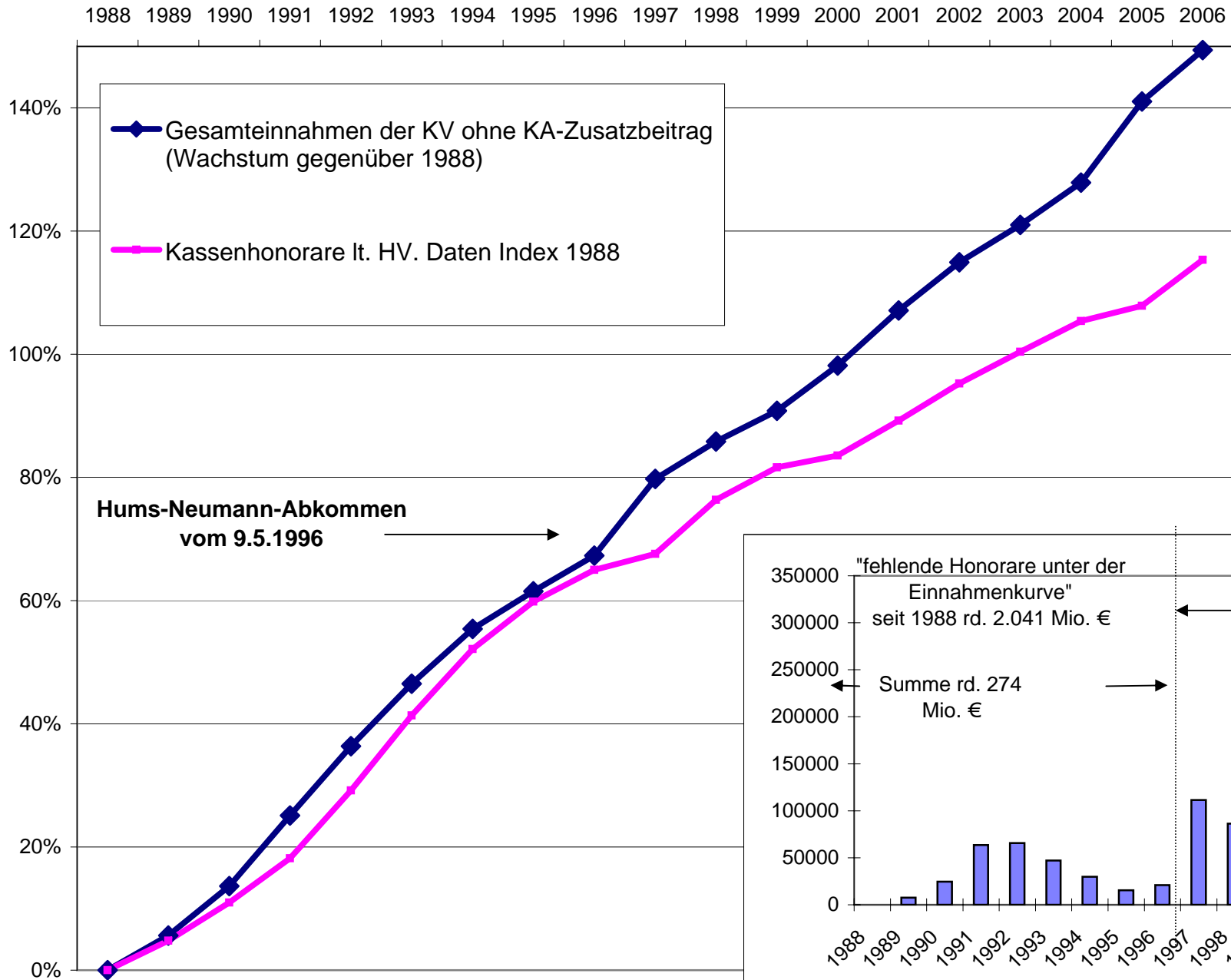
Weiters schafft eine neu vorgesehene Konsultation des chef- und kontrollärztlichen Dienstes zur Sicherstellung der Übereinstimmung der Empfehlung hinsichtlich der weiteren Medikation mit dem Erstattungskodex und der Richtlinie zusätzlichen Aufwand sowohl auf Spitals- als auch auf Kassenseite.

Es wird jedenfalls darauf hingewiesen, dass in den Krankenhäusern weder die organisatorischen (insb. im EDV-Bereich) noch die personellen Voraussetzungen (zusätzlicher Verwaltungsaufwand für Spitalsärzte) gegeben sind, um diese Neuregelung umzusetzen.

10. Zentralisierung der Kassenstruktur

Dazu verweisen wir auf die uno actu übermittelte Stellungnahme der Österreichischen Ärztekammer zum Entwurf eines SV-Holding-Gesetzes.

Mit freundlichen Grüßen
MR Dr. Walter Dorner eh.
Präsident





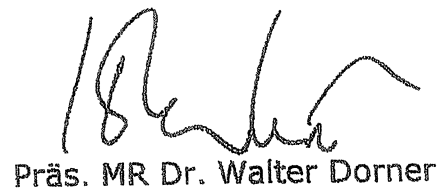
**Gemeinsame Erklärung von
Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend
Dr. Andrea Kdolsky
und
dem Präsidenten der österreichischen Ärztekammer
Dr. Walter Dorner**

**im Zusammenhang
mit der Art 15a Vereinbarung zum Gesundheitswesen**

1. BM Dr. Andrea Kdolsky wiederholt ihre Bereitschaft auf Basis des Regierungsprogrammes für die 23.GP die Einführung der geplanten Gesundheitszentren in einer eigenen Arbeitsgruppe im Detail mit der österreichischen Ärztekammer zu entwickeln. Dabei wird festgehalten, dass es sich um keine ambulanten Versorgungszentren, sondern eine Ergänzung der bestehenden Gesundheitsversorgungsstrukturen im Rahmen kollektiver Vereinbarungen mit den jeweils zuständigen Interessensvertretungen handelt. Dabei sollen regionale Anforderungen unter der zentralen Rolle der Haus- und niedergelassenen Fachärzte besonders beachtet werden.
2. Das System der gesamtvertraglichen Regelung der Vertragsverhältnisse niedergelassener Ärzte (und Gruppenpraxen) zu den gesetzlichen Krankenversicherungsträgern soll sich am RSG ausrichten wobei die Leistungsvergütung und die Angebotsplanung auch weiterhin als privatrechtliches Instrument in der Privatautonomie der Selbstverwaltung der Ärztekammern und der Sozialversicherungsträger beibehalten werden. Den Tendenzen in Richtung einer Zentralisierung von Planungsentscheidungen wird eine klare Absage erteilt.
3. In der Frage der Ausgestaltung der neu zu schaffenden Bundesbehörde für die Anerkennung für ärztliche Ausbildungsstätten und -stellen wird vereinbart eine Arbeitsgruppe zwischen BMGFJ und ÖÄK einzurichten, die gemeinsam ein entsprechendes Modell erarbeitet. Dabei wird insbesondere die Sicherstellung des in den Ärztekammern in diesem Bereich vorhandenen Know-Hows berücksichtigt. Ziel soll es ua. sein, eine Form der Einbindung der Erkenntnisse der Visitationskommissionen zu finden.

4. In der Frage des Verhältnisses von Qualitätssicherungsbestimmungen im Bereich der ÖQMed und des Bundes wird in Aussicht genommen in § 195 Abs 6f ÄrzteG den Genehmigungsmaßstab um die Beachtung der fachspezifischen Qualitätsstandards iSd § 49 ÄrzteG zu ergänzen. Generell besteht Einigkeit darüber, dass in einer Arbeitsgruppe eine strukturelle Zusammenarbeit zwischen der weiterhin im Eigentum der ÖÄK stehenden ÖQMed und BIQG erarbeitet werden soll.
5. Sowohl BM Dr. Andrea Kdolsky als auch der Präsident der österreichischen Ärztekammer Dr. Walter Dorner sind sich einig, dass die hohe Qualität des österreichischen Gesundheitssystems weiter gesichert werden soll. Im Zentrum steht die bestmögliche ärztliche Versorgung der österreichischen Bevölkerung.


BM Dr. Andrea Kdolsky


Präs. MR Dr. Walter Dorner