

Bundesministerium für Gesundheit,
Familie und Jugend
Herrn Bundesminister
Alois Stöger diplômé

Ergeht per E-Mail an:

martina.zach@bmg.gv.at
begutachtungsverfahren@parlinkom.gv.at

Wien, 30. 10. 2009
KAD Dr. Kr/Mag. Ro.-

**Betreff: Stellungnahme zum Entwurf des 4. Sozialrechts-Änderungs-
Gesetzes 2009**

Sehr geehrter Herr Bundesminister!

Die Österreichische Zahnärztekammer erstattet zum Begutachtungsentwurf eines Bundesgesetzes, mit dem das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, das Bauern-Sozialversicherungsgesetz, das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz, das Arbeitsmarktpolitik-Finanzierungsgesetz, das Bauarbeiter-Schlechtwetterentschädigungsgesetz 1957, das Sonderunterstützungsgesetz, das Karenzgeldgesetz, Arbeiterkammergesetz 1992 und das Betriebliche Mitarbeiter- und Selbständigenvorsorgegesetz, geändert werden (4. Sozialrechts-Änderungsgesetz 2009 – 4. SRÄG 2009), binnen offener Frist folgende Stellungnahme:

Der inhaltlichen Auseinandersetzung mit dem vorliegenden Entwurf wollen wir voranstellen, dass die Inhalte des Entwurfs zum Unterschied zur ärztlichen Standesvertretung zu keiner Zeit mit der Österreichischen Zahnärztekammer verhandelt wurden, obwohl Zahnärztinnen und Zahnärzte von den geplanten Regelungen in gleicher Weise betroffen sein werden wie die Ärzteschaft. Insofern entsprechen die Erläuterungen zum allgemeinen Teil, in denen ausdrücklich von Abstimmung mit den „Systempartnern“ die Rede ist, nicht der Realität. Tatsächlich erfolgte offensichtlich lediglich eine Abstimmung mit der

Österreichischen Ärztekammer. Die Österreichische Zahnärztekammer wurde aus den diesbezüglichen Verhandlungen anscheinend bewusst ausgeschlossen.

Diese Vorgangsweise ist ein weiteres starkes Argument für das dringende und gerechtfertigte Anliegen der Österreichischen Zahnärztekammer, eine Trennung zwischen ärztlichen und zahnärztlichen Regelungsgegenständen im ASVG vorzunehmen. Bereits in unserer Stellungnahme zum 2. SRÄG vom 4. Mai 2009 wurde seitens der Österreichischen Zahnärztekammer ein entsprechender Formulierungsvorschlag nach politischer Abstimmung mit Ihnen, sehr geehrter Herr Bundesminister, unterbreitet.

Leider ist es danach noch nicht zu einer legislativen Umsetzung dieses Vorhabens gekommen.

Umso mehr muss die Österreichische Zahnärztekammer aus diesem neuen Anlassfall heraus neuerlich um die Verankerung der Zahnärzteschaft als gesondert geregelte Vertragspartnergruppe in das ASVG dringend ersuchen. Der Gesetzgeber sollte sich von einer bloßen Verweislegistik verabschieden. Das ist nicht nur eine inhaltliche Notwendigkeit, um genuin zahnärztlichen Strukturen gerecht zu werden, sondern auch die Anerkennung der Realität, dass mit der Österreichischen Zahnärztekammer eine eigenständige berufliche Interessenvertretung für Zahnärztinnen und Zahnärzte geschaffen wurde.

Wir übermitteln deshalb in der Anlage neuerlich den Entwurf für eine diesbezügliche Gesetzesnovellierung.

Zu den einzelnen Bestimmungen:

Zu 6. § 148 Z 6 ASVG:

Seitens der Österreichischen Zahnärztekammer wird ausdrücklich begrüßt, dass nunmehr – mehr als 4 Jahre nach der diesbezüglichen Verpflichtung für die niedergelassene Zahnärzte- und Ärzteschaft – auch die Krankenanstalten dazu verpflichtet werden sollen, die e-card und die e-card-Infrastruktur zu verwenden.

Zu 9. § 340a ASVG:

Mit der Entscheidung des VfGH G 145/05 – 2 V 106, 107/05 – 2 wurde die Ermächtigung des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger, Einheitliche Grundsätze für die elektronische Abrechnung festzusetzen, als verfassungswidrig aufgehoben. Das wurde damit begründet, dass ein Selbstverwaltungskörper demokratisch nicht dazu legitimiert ist, an einen Personenkreis, der ihm nicht angehört und an der Kreation der Organe des Selbstverwaltungskörpers nicht mitwirkt, bindende Richtlinien im eigenen Wirkungsbereich (damit weisungsungebunden) zu verordnen. Wie der VfGH ausführt, wurden lediglich die beiden Worte „vom Hauptverband“ geprüft. Eine inhaltliche Prüfung der Beschwerde ist nicht erfolgt. Es gibt allerdings keinen Grund, von der bisherigen Praxis des Grundsatzes der Privatautonomie (Regelung durch Gesamtverträge) abzugehen. Selbst eine Weisungsgebundenheit würde den vom VfGH erkannten Mangel aber nicht beseitigen, da der Hauptverband anders gelagerte Interessen hat. Unserer Meinung nach müssten daher **entsprechende Regelungen durch gesamtvertragliche Vereinbarungen** festgelegt werden.

Die Begründung für das Einbringen der VfGH-Beschwerde durch 3 Zahnärzte waren die überschießenden Abrechnungsvorschriften seitens des Hauptverbandes. So wurde eine Unzahl von Daten von den ZahnärztInnen verlangt, die bei den Sozialversicherungsträgern ohnehin aufliegen. Der damit verbundene Datenerfassungsaufwand stellt eine unbillige Härte für die Zahnärzteschaft dar und führt lediglich zu einer weiteren Aufblähung der Bürokratie. Beispiele hierfür sind:

- Neben Sozialversicherungsnummer, Vorname und Zuname des Patienten und gegebenenfalls des Versicherten wird die Angehörigeneigenschaft des Patienten verlangt, die beim e-card-System ohnehin auf dem Bildschirm angezeigt wird. Es ist unbegreiflich, warum der Zahnarzt dieses Datum erfassen und warten muss, obwohl es in der EDV der Sozialversicherungsträger selbst gespeichert ist.
- Feld Fachgruppe: Seit der Gründung der Zahnärztekammer am 1. 1. 2006 sind sowohl FachärztInnen für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde,

ZahnärztInnen und DentistInnen Mitglieder der Österreichischen Zahnärztekammer. Alle Kammermitglieder haben dieselbe Berufsberechtigung. Daher ist eine Unterscheidung in die Fachgruppen 17, 27 und 62 nicht erforderlich.

- Feld Geschlecht des Versicherten: Ist in der EDV der Sozialversicherung gespeichert.
- Feld Geschlecht des Angehörigen: Ist in der EDV der Sozialversicherung gespeichert.
- Feld Systemdatum: Bringt keinerlei Nutzen.
- Feld Behandlungsdatum: Bei Zahnärzten wird die e-card bei jedem Patientenkontakt mit Erbringung einer Kassenleistung gesteckt. Diese Daten sind in der EDV der Sozialversicherung gespeichert.

Zu 10. § 342 Abs. 1 Z 1 ASVG:

Hier wird versucht, die Zahl der Leistungsanbieter im niedergelassenen Bereich weiter zu reduzieren und eine Verschiebung der Versorgung in den ambulanten Bereich zu erreichen. Ähnliches war mit der angedachten Installierung der so genannten AVZ vorgesehen; der vorliegende Entwurf bietet sozusagen eine verklausulierte Variante dieser Idee.

Würden hinkünftig, wie vorgesehen, sämtliche ambulante Versorgungsstrukturen bei der (dynamischen) Stellenplanung mitberücksichtigt werden, hätte dies eine bedeutende Korrektur des Versorgungsschlüssels zu Lasten der niedergelassenen ZahnärztInnen und Wettbewerbsnachteile zur Folge: In Gebieten, die gut mit ambulanten Behandlungsmöglichkeiten ausgestattet sind – wie in Wien und den Landeshauptstädten – würde unter Berufung auf das Vorhandensein eben jener ambulanten Behandlungsstrukturen letztlich eine Kürzung der Planstellen im niedergelassenen Bereich erfolgen können. Bei den Zahnärztinnen und Zahnärzten besteht ein bundeseinheitlicher Gesamtvertrag, daher erscheint es unter dieser Voraussetzung bedenklich, ambulante Strukturen heranzuziehen,

weil diese nicht bundesweit, sondern über unterschiedliche Krankenanstaltengesetze der Länder geregelt werden. Hier wird indirekt einer sachlich unzuständigen Gebietskörperschaft (= den Ländern) ein mittelbares Mitspracherecht im niedergelassenen Bereich eingeräumt.

Ganz ähnliche Bedenken sind gegen eine Heranziehung des Strukturplans Gesundheit als Instrument der Stellenplanung vorzubringen, bei dem es sich um eine Vereinbarung von Bund und Ländern handelt. Dieser Strukturplan hat in erster Linie den ambulanten Bereich und Versorgungszonen im Blick. Er ist nicht dazu geeignet, Empfehlungen im niedergelassenen Bereich festzulegen, der sich nicht in Zonen denken lässt, sondern in Bezirken oder – im städtischen Bereich – nur in konkreten Standorten. Eine Bedachtnahme auf den Strukturplan widerspricht bereits grundsätzlich dem gesetzgeberischen Modell, die Stellenplanung als Aufgabe der Gesamtvertragsparteien festzulegen und nicht als Aufgabe des Bundes oder der Länder.

Grundsätzlich haben die oben erwähnten neu eingefügten Kriterien, wie auch jenes der Veränderung der Morbidität, nur bei der Planung der ärztlichen Versorgung Sinn, während im zahnärztlichen Bereich wesentlich weniger Einfluss von ambulanten Versorgungsstrukturen und gar kein Einfluss der Morbidität auf die zahnärztliche Versorgung zu erwarten sind.

Insofern liegt ein weiteres Argument für das einleitende Ersuchen nach eigenen Gesetzesbestimmungen für die Zahnärzteschaft vor.

Zu 11. § 342 Abs. 1 Z 1a ASVG:

Im Grundsatz ist die Verankerung von Investitionsabgeltungen zu begrüßen, weil der Gesetzgeber dadurch erstmals erkennen lässt, gerechtfertigte finanzielle Interessen der Planstelleninhaber zur Absicherung der weiteren Lebensplanung am Ende der Berufslaufbahn schützen zu wollen. Im Hinblick auf eine für den zahnärztlichen Bereich noch zu schaffende Bestimmung, die „Ordinationsablösen“ bzw. die entgeltliche Übernahme des Patientenstocks gesetzlich verankert, kann eine Regelung über Investitionsabgeltungen als Argument und Türöffner dienen.

Allerdings ist eine Anrechnung auf das vereinbarte Honorarvolumen im zahnärztlichen Bereich nicht umsetzbar, weil weder der zahnärztliche Gesamtvertrag noch die Honorarordnung jemals vereinbarte Honorarvolumen vorgesehen haben. Die Bestimmung wäre für Zahnärztinnen und Zahnärzte somit schlicht unanwendbar und es liegt ein weiteres Argument für das einleitende Ersuchen nach eigenen Gesetzesbestimmungen für die Zahnärzteschaft vor.

Zu 12. § 342 Abs. 1 Z 3 ASVG:

Die Forderung der Identitätsfeststellung des Patienten durch die/den (Zahn-)ärztin/(Zahn-)arzt in Zweifelsfällen ist nicht neu, sie ist allerdings ohne ausgleichende Maßnahmen abzulehnen. Zusätzlicher administrativer Aufwand in der Zahnarztordination bedeutet **zusätzliche Kosten** z.B.: längere Betreuung an der Rezeption, Beobachtungen über ein allfälliges auffälliges Nutzungsverhalten des Karteninhabers oder Anfertigung von Kopien eines Ausweises. Es geht nicht an, zunehmend mehr Verwaltungstätigkeiten, die inhaltlich zweifellos Aufgaben der Sozialversicherungsträger wären, der/dem Vertragszahnärztin/-arzt zu überbinden, ohne dafür durch einen **finanziellen Ausgleich** zur Mehrkostenabdeckung beizutragen. Weiters wird es ZahnärztInnen bzw. dem Personal des Ordinationsinhabers in bestimmten Situationen schlicht **nicht zumutbar** sein, eine Prüfung der Identität vorzunehmen. Zu denken ist hierbei etwa an den Notdienst, wo aufgrund der Dringlichkeit und der Reduktion von Wartezeiten für eine Identitätsfeststellung regelmäßig keine Möglichkeit bleibt. Wir fordern daher, die vertragszahnärztliche Pflicht zur Identitätsfeststellung mit der Implementierung einer neuen Leistungsposition in der Honorarordnung (etwa „Identitätsfeststellung im Zweifelsfall“) zu junktimieren und mit einer **Zumutbarkeitsklausel** zu verbinden.

Eine Prüfung auch der Rechtmäßigkeit der Anspruchsprüfung kann als unübertragbare Aufgabe des Krankenversicherungsträgers von VertragszahnärztInnen auch wegen des Fehlens der notwendigen sozialversicherungsrechtlichen Kenntnisse keinesfalls gefordert werden.

Zu 13. § 342 Abs. 1 Z 4 ASVG:

Steuerungsmaßnahmen bei Heilmitteln sind im zahnärztlichen Bereich aufgrund des geringen Aufkommens von Verschreibungen, Zuweisungen, etc. nahezu irrelevant. Hierfür im zahnärztlichen Gesamtvertrag eine separate Regelung zu platzieren, ist daher **nicht zweckmäßig** und es liegt somit ein weiteres Argument für das einleitende Ersuchen nach eigenen Gesetzesbestimmungen für die Zahnärzteschaft vor.

Zu 14., 18. und 19. § 342 Abs. 1 Z 10 und § 343 Abs. 2 ASVG:

Die Einführung einer Altersgrenze ist jedenfalls mit den Grundsätzen eines freien Berufs nicht vereinbar und wird daher von der Österreichischen Zahnärztekammer abgelehnt.

Leider findet sich in den Erläuterungen zum Entwurf keine Begründung für die Einführung einer Altersgrenze. Einerseits den Versorgungsauftrag des ASVG herauszustreichen, um ihn andererseits durch das Einziehen einer Altersgrenze zu unterminieren und danach über die Hintertür (*Ausnahmen bei drohender ärztlicher Unterversorgung*) wiederzubeleben, wirkt widersprüchlich und undurchdacht. Die Qualität und Reichweite der zahnärztlichen Versorgung schwindet nicht mit dem Erreichen eines bestimmten Lebensalters, vielmehr können im Einzelfall etwa gesundheitliche Probleme der/des Vertragszahnärztin/-arztes in jedem Lebensalter zur Notwendigkeit einer vorübergehenden Vertretung oder gar zur Einstellung der zahnärztlichen Berufsausübung führen. Eine schematische Grenzziehung wird weder dem Leistungsgedanken gerecht, noch hilft sie, die Versorgungsdichte abzusichern. Bei Bedenken über die Leistungsfähigkeit einer/eines (Vertrags)zahnärztin/-arztes bietet das zahnärztliche Berufsrecht die Möglichkeit des Entzugs der Berufsberechtigung bei Wegfall der gesundheitlichen Eignung.

Weiters erfolgt der Einstieg als Vertragszahnärztin/-arzt je nach Karriereplanung mit ganz unterschiedlichen Lebensaltern. Ein späterer Einstieg wird regelmäßig eine längere vertragszahnärztliche Tätigkeit erfordern, um die Anfangsinvestitionen aus der Praxisübernahme bzw. -gründung amortisieren zu

können. Dieser Effekt wird in erhöhtem Masse **Zahnärztinnen** treffen, die etwa aus Gründen der Kindererziehung oft nur einer Teilzeitbeschäftigung nachgehen können und daher entsprechend länger brauchen, um Investitionen zurück zu verdienen. Allgemein kann gesagt werden, dass mit einer Obergrenze im Lebensalter de facto auch eine Obergrenze für den Einsteig als Kassenvertragszahnärztin/-arzt gezogen wird. Unter diesen Aspekten sollte der Gesetzgeber besser dazu übergehen, den Gedanken der Lebensplanung, den er bei der Verankerung von Investitionsabteilungen anstellt, auch hier anzuwenden.

Eine weitere Lebenswirklichkeit, die durch die Einziehung einer Altersgrenze verkannt würde, trifft unmittelbar die PatientInnen. Es ist eine Tatsache, dass die „PatientInnen gemeinsam mit dem Zahnarzt alt werden“, ZahnärztInnen mit fortschreitender Tätigkeit immer genauer über die zahngesundheitlichen Probleme und Wünsche ihrer PatientInnen Bescheid wissen. Vor allem ältere PatientInnen werden daher regelmäßig Schwierigkeiten haben, zu einer/einem jüngeren Zahnärztin/-arzt wechseln zu müssen.

Zu 15. § 342 Abs. 2 ASVG:

Diese Bestimmung legte schon bisher fest, dass die Gesamtverträge eine Begrenzung der Ausgaben des Trägers der Krankenversicherung für die vertrags(zahn)ärztliche Tätigkeit *einschließlich der Rückvergütungen bei Inanspruchnahme wahlärztlicher Hilfe* enthalten sollen. Durch den Einbezug wahlärztlicher Hilfe, die über die Rückvergütungsmöglichkeit auch bei ausländischen ZahnbehandlerInnen in Anspruch genommen werden kann, finanziert das österreichische Krankenversicherungssystem eine Konkurrenz, die leider oft nicht die Qualität österreichischer VertragszahnbehandlerInnen bietet und durch Nachbehandlungen überdies Folgekosten im Inland entstehen lässt. Es ist daher notwendig, **Qualitätsmaßstäbe für den Rückersatz** bei wahlärztlicher Hilfe anzulegen. Eine Rückvergütung sollte erst dann geleistet werden dürfen, wenn die durch die/den WahlbehandlerIn vorgenommene Leistung qualitativ mindestens der einer/eines Vertragszahnbehandlerin/behändlers entspricht. Als **Kontrollmaßnahme** sollte eine Überprüfung der Qualität wahlzahnärztlicher Leistungen durch

Patientenbegutachtungen im selben Ausmaß wie bei VertragszahnbehandlerInnen erfolgen.

Zu 16. § 342 Abs. 2a ASVG:

Gemeinsame Anstrengungen für eine angemessene Honorarentwicklung setzen eine gleichwertige Gewichtung der Interessenlagen voraus. Eine verfehlte Regierungspolitik, die seit Jahren sachfremde Leistungen aus der Sozialversicherung finanzieren lässt, kann jedenfalls nicht auf dem Rücken der Leistungserbringer abgeladen werden.

Zu einzelnen Kriterien sind folgende Einwände anzuführen.

- Ein Abstellen auf die gesamtwirtschaftliche Situation ist angesichts diffiziler Verlaufsprognosen und volatiler Entwicklungen in Finanz und Wirtschaft ein zu unbestimmtes, kaum fassliches und präzisierbares Kriterium. Es sollte daher entfallen.
- Die allgemeine Kostenentwicklung bei den Vertragszahnärztinnen und -ärzten ist für das Funktionieren des Systems essentiell. Die Kostentreiber sollten zumindest beispielhaft benannt werden. So wäre etwa eine dezidierte Anführung und Berücksichtigung der Kosten für Qualitätssicherungsmaßnahmen und für die Einhaltung strahlenschutz-, hygiene- und arbeitsrechtlicher Auflagen vorzusehen.

Im Übrigen ist die geplante Gesetzesänderung im zahnärztlichen Bereich sinnlos, weil die Kassenhonorare der Zahnärztinnen und Zahnärzte mittels Honorarautomatik an die Tarifabschlüsse im ärztlichen Bereich gekoppelt sind. Eine Anführung dieser Kriterien im zahnärztlichen Gesamtvertrag ist daher entbehrlich und es liegt somit ein weiteres Argument für das einleitende Ersuchen nach eigenen Gesetzesbestimmungen für die Zahnärzteschaft vor.

Zu 17., 20. § 343 Abs. 1a und 1b und § 345a Abs. 2 Z 3 ASVG:

Auch zu diesem Vorschlag fehlt eine tragfähige Begründung des Gesetzgebers. Die Erstellung von Stellenplänen ist bereits jetzt gemäß § 342 Abs. 1 Z 1 und 2 ASVG Regelungsgegenstand des Gesamtvertrages bzw. der Gesamtverträge. Insofern erscheint eine ausdrückliche Regelung überflüssig.

Selbst wenn man die Notwendigkeit für eine Regelung einräumt, ist es völlig unverständlich, warum überhaupt eine Frist für die Anrufung der Landesschiedskommission eingeführt werden soll und schon gar nicht, warum diese Frist ein Jahr betragen soll. Durch eine solche Regelung würde die Kontinuität der **Patientenversorgung**, wenn man die durchschnittliche Dauer der Verfahren bei der Landes- und Bundesschiedskommission in Rechnung stellt, über **mindestens 2 Jahre unmöglich**.

Die Österreichische Zahnärztekammer ersucht, die angeführten Änderungs- bzw. Ergänzungsvorschläge zu berücksichtigen sowie im Rahmen dieser Novelle, wie bereits im Gespräch mit Ihnen, sehr geehrter Herr Bundesminister, angesprochen, und wie im Rahmen unserer Stellungnahme zum 2. SRÄG 2009 bereits am 4. Mai 2009 als Entwurf (siehe **Anlage**) übermittelt, eigene Bestimmungen für den Berufsstand der Zahnärzten im ASVG zu verankern.

Mit vorzüglicher Hochachtung



MR Dr. H. Westermayer
Präsident

Anlage wie erw.