

Übermittlung per Mail an: martina.zach@bmg.gv.at

Bundesministerium für Gesundheit
Radetzkystraße 2
1030 Wien

Unser Zeichen:
Mag.Z./Ha

Ihr Schreiben vom:

Ihr Zeichen:

Wien, 2. November 2009

Betrifft: Entwurf eines 4. Sozialrechts-Änderungsgesetzes 2009

Sehr geehrte Damen und Herren!

Die Österreichische Ärztekammer bedankt sich für die Einladung zur Stellungnahme zu o.g. Gesetzesentwurf und führt dazu aus wie folgt:

Der Entwurf stellt in erster Linie die legislative Umsetzung des im Frühjahr dieses Jahres zwischen Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und Österreichischer Ärztekammer verhandelten Kassen-Sanierungskonzepts „Gesundheit: Finanzierung sichern“ dar.

Wie in den Verhandlungen zu diesem Paket fortwährend und ausdrücklich betont, steht für die Österreichische Ärztekammer das dort erzielte Ergebnis unter der unumstößlichen Prämisse der gleichzeitigen Realisierung der Ärzte-GmbH. Dazu wurde mit dem Hauptverband in einem Endprotokoll festgehalten, dass die legislative Umsetzung bereits im Rahmen der 13. ÄrzteG-Novelle und in einer begleitenden ASVG-Novelle erfolgen wird. Die Österreichische Ärztekammer hat fertige Gesetzesentwürfe zu dieser Thematik samt Erläuternden Bemerkungen erstellt und dem BMG am 25.11.2004 sowie einen vereinfachten Entwurf am 28.9.2009 und diesen erweitert um ASVG-Bestimmungen am 28.10.2009 übermittelt.

Wir betonen daher nochmals, dass die Zusage der Österreichischen Ärztekammer zum genannten Verhandlungspaket sowie die Stellungnahme zu diesem Gesetzesentwurf unter der unabdingbaren Voraussetzung der legislativen Realisierung dieser für Ärztinnen und Ärzte sowie für das österreichische Gesundheitssystem insgesamt bedeutsamen Kooperationsform steht!

Im Rahmen der Verhandlungen haben die Vertragspartner weiters einvernehmlich festgestellt, dass Grundvoraussetzung für die Umsetzung der geplanten Maßnahmen eine solide finanzielle Basis der österreichischen Krankenversicherung ist. Insbesondere angesichts der aktuellen und noch mehr der zukünftig zu erwartenden demographischen und krankheitsbedingten Entwicklung hat man sich zum Erhalt und zu einer zukunftsorientierten Entwicklung der sozialen Krankenversicherung bekannt. Dazu ist es erforderlich, das finanzielle Gleichgewicht der Gebietskrankenkassen permanent sicherzustellen. Eine nachhaltige Sanierung der Gebietskrankenkassen ausschließlich über Eingriffe bei Vertragsärztinnen und Vertragsärzten ist aus Sicht beider Vertragspartner nicht möglich. Vielmehr müssen zu diesem Zweck auch die vom Bund den Gebietskrankenkassen übertragenen (teilweise versicherungsfremden) Leistungen, wie sie im Sideletter zum Papier „Gesundheit: Finanzierung sichern“ ausdrücklich angeführt sind, abgegolten werden.

Zu den einzelnen Bestimmungen des Entwurfes ist Folgendes anzumerken:

Zu Z 4, 5 und 9 (§ 31 Abs 5 Z 10 und Z 13; § 340a)

In den Verhandlungen zwischen Hauptverband und Österreichischer Ärztekammer wurde gemeinsam der Grundsatz „Vertrag vor Gesetz“ formuliert. Diesem Bekenntnis würde es entsprechen, die bisher als einseitige Verordnung des Hauptverbandes erlassenen Richtlinien über die Berücksichtigung ökonomischer Grundsätze bei der Krankenbehandlung bzw. über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen generell aus § 31 Abs 5 ASVG zu streichen und diese Bereiche ebenfalls dem Vertragspartnerrecht, also der gemeinsamen gesamtvertraglichen Festlegung, zu überantworten. Gleiches gilt für die Richtlinie gem. § 340a (Elektronische Abrechnung).

Zu Z 10 (§ 342 Abs 1 Z 1 1. Halbsatz)

Im gemeinsamen Papier von Hauptverband und Österreichischer Ärztekammer heißt es zu der in dieser Bestimmung geregelten Thematik wörtlich: „... Ausgehend vom ASVG, das im ärztlichen Bereich einen Vorrang der niedergelassenen Versorgung (des niedergelassenen Vertragsarztes/Vertragsgruppenpraxis) kennt, sind künftig sämtliche ambulanten Strukturen in die Stellenplanung miteinzubeziehen.“

Um einerseits ausdrücklich festzuhalten, dass die nunmehr in § 342 Abs 1 Z 1 geplanten Präzisierungen diesem Grundsatz des ASVG nicht zuwiderlaufen und um andererseits dieses gemeinsame Bekenntnis zum Vorrang der niedergelassenen Versorgung ausdrücklich im ASVG zu postulieren, schlagen wir folgende Formulierung vor:

„1. die Festsetzung der Zahl und der örtlichen Verteilung der Vertragsärztinnen und -ärzte (Vertragsgruppenpraxen) unter Bedachtnahme auf die regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) mit dem Ziel, dass unter Berücksichtigung sämtlicher ambulanter Versorgungsstrukturen, **dem grundsätzlichen Vorrang der Versorgung durch Vertragsärztinnen und -ärzte und/oder Vertragsgruppenpraxen**, der örtlichen und Verkehrsverhältnisse, der Veränderung der Morbidität sowie der Bevölkerungsdichte und -struktur (dynamische Stellenplanung) eine ausreichende ärztliche Versorgung im Sinne des § 338 Abs 2 erster Satz, der in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten und deren Angehörigen gesichert ist;“

Weiters ist in den Erläuternden Bemerkungen klarzustellen, dass es sich bei der Formulierung „sämtliche ambulante Versorgungsstrukturen“ um solche handelt, die es Patientinnen und Patienten ermöglichen, Behandlungen im Sachleistungssystem in Anspruch zu nehmen. In diesem Sinne lässt etwa eine Versorgung durch Wahlärztinnen und Wahlärzte keine Rückschlüsse auf eine „ausreichende ärztliche Versorgung im Sinne des § 338 Abs 2 1. Satz“ zu.

Z 11 (§ 342 Abs 1 Z 1a)

Die nunmehr vorgeschlagene Regelung erscheint in einem Punkt zu weitgehend: Es ist nachvollziehbar, dass eine Investitionsabgeltung nur erfolgen kann, wenn in den bisherigen Räumlichkeiten der Vertragsärztin bzw. des Vertragsarztes (der Vertragsgruppenpraxis) weder vom bisherigen noch von einem anderen Arzt eine vertrags- oder wahlärztliche Tätigkeit ausgeübt wird. Nicht nachvollziehbar ist allerdings, dass die Investitionsabgeltung davon abhängig gemacht wird, dass bisherige Einrichtungen (Geräte etc.) nicht verwendet werden. Das würde bedeuten, dass eine solche Abgeltung auch dann nicht zum Tragen käme, wenn beispielsweise auch nur einzelne Geräte der nicht mehr nachbesetzten Planstelle an Dritte veräußert würden. Eine Investitionsabgeltung müsste diesem Umstand entsprechend Rechnung tragen und die Formulierung des § 342 Abs 1 Z1a dies ermöglichen.

Z 16 (§ 342 Abs 2a)

Zwischen Hauptverband und Österreichischer Ärztekammer wurde ausdrücklich vereinbart und schriftlich festgehalten, dass Honorarsysteme, die eine Gesamtvergütung vorsehen, die nunmehr in § 342 Abs 2a genannten Kriterien erfüllen. Eine solche Gesamtvergütung, wie sie die Honorarordnung der VGKK kennt, bedingt bereits systemimmanent ein maßvolles und zwischen den Interessen der Vertragspartner abgestimmtes Vorgehen, insbesondere bei der Valorisierung der Arzthonorare, da von vornherein nur ein bestimmter jährlicher Betrag zur Verfügung steht. Dementsprechend ist im Gesetz ausdrücklich auszuführen, dass Honorarsysteme

mit einer Gesamtausgabenbegrenzung die acht Kriterien des § 342 Abs 2a jedenfalls erfüllen bzw. dass diese Kriterien nicht für Honorarordnungen mit einer Ausgabenbegrenzung gelten. Entsprechend dem zwischen Hauptverband und Österreichischer Ärztekammer vereinbarten Papier ist ein Hinweis aufzunehmen, dass bestehende Honorarautomatikvereinbarungen von dieser Bestimmung unberührt bleiben.

Z 17 (§ 343 Abs 1a und 1b)

Wir regen an, in den Erläuternden Bemerkungen den in Abs 1b verwendeten Begriff „anderen Leistungsanbietern/-anbieterinnen“ näher zu definieren. Dabei wäre zu berücksichtigen, dass auch allfällige Sonderverträge mit einer niedergelassenen Ärztin/einem niedergelassenen Arzt (einer Gruppenpraxis) gemeint sind. Andernfalls bestünde die Möglichkeit, Einzelvertragsverhältnisse, welche in den jeweiligen Gesamtvertrag eingebettet sind, in Einzelfällen durch solche Sonderverträge zu ersetzen.

Z 37 (§ 647)

Entgegen der Vereinbarung zwischen Hauptverband und Österreichischer Ärztekammer *müssen* aufgrund dieser Bestimmung Übergangsregelungen auch für bestehende Vertragsärzte hinsichtlich der Altersgrenze getroffen werden. Im Sinne des mit dem Hauptverband Vereinbarten fordern wir, diese Passage durch eine Kann-Bestimmung zu ersetzen. Dies ist jedenfalls solange erforderlich, als es noch keine gesetzliche Regelung gibt, die eine rechtlich wie wirtschaftlich geordnete Übergabe auch von kassenärztlichen Einzelordinationen ermöglicht (wie dies bereits bei offenen Gesellschaften oder privaten Krankenanstalten in der Betriebsform selbständiger Ambulatorien als OGs oder GmbHs kraft deren Rechtsform unabdingbar der Fall ist).

Weiters bedarf es einer ausdrücklichen Klarstellung in Zusammenhang mit Gruppenpraxen: Wenn Ärztinnen bzw. Ärzte, die bereits bisher über einen Einzelvertrag verfügt haben, Gesellschafter einer Vertrags-Gruppenpraxis werden wollen, so kann die im geplanten § 342 Abs 1 Z 10 vorgesehene Altersgrenze für sie nicht zur Anwendung kommen; vielmehr können sie lediglich von der Übergangsbestimmung erfasst sein. Dies lässt sich damit begründen, dass sie nicht neu in das Vertragsarztsystem einsteigen. Jedes andere Verständnis würde die Bildung von neuen Gruppenpraxen de facto unmöglich machen.


Zu den Finanziellen Erläuterungen

Die im Entwurf enthaltenen Ausführungen stützen sich auf Beschlüsse des Vorstandsvorstands und der Trägerkonferenz des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger.

Diese Daten möglicher Einsparungseffekte sind mit der Österreichischen Ärztekammer weder abgesprochen, noch wurden uns die Grundlagen für deren Berechnungen vom Hauptverband übermittelt.

Wir ersuchen, unsere Einwände zu berücksichtigen und betonen nochmals das Junktim zwischen Zustimmung der Österreichischen Ärztekammer zum Verhandlungspaket und der legislativen Umsetzung der Ärzte-GmbH!

Mit freundlichen Grüßen


KAD Dr. Karlheinz Kus
(i.A. für den Präsidenten)



Ergeht weiters an: begutachtungsverfahren@parlinkom.gv.at