



Bundesministerium für
Gesundheit
Radetzkystraße 2
1031 Wien

Email: martina.zach@bmg.gv.at

Wien, am 02. November 2009

**Stellungnahme zum Entwurf des BMG vom 13.10.2009 – 4. Sozialrechts-
Änderungsgesetz 2009 – 4. SRÄG 2009**

Sehr geehrte Damen und Herren,

Der vorliegende Gesetzesentwurf basiert Großteils auf einem vom Hauptverband erarbeiteten und mit den Gebietskrankenkassen und mit der Österreichischen Ärztekammer abgestimmten Sanierungskonzept. Die vorgeschlagenen Änderungen sollen die erforderlichen gesetzlichen Grundlagen zur Umsetzung dieses Sanierungskonzeptes durch umfassende Novellierungen im Vertragspartnerrecht (zwischen Hauptverband und der Österreichischen Ärztekammer) bereitstellen.

Entgegen den Ausführungen in den Erläuterungen wurden in die Ausarbeitung des dem Gesetzesentwurf zugrundeliegenden Sanierungskonzeptes nicht alle Systempartner, insbesondere nicht die Pharmawirtschaft, eingebunden.

Die PHARMIG – Verband der pharmazeutischen Industrie Österreichs, spricht sich unmissverständlich dagegen aus, dass ein Sanierungskonzept ohne Einbindung des wesentlichen Systempartners Pharmawirtschaft durch die 4. SRÄG 2009 umgesetzt werden soll.

Besondere Kritik üben wir daran, dass mit diesem Gesetzesentwurf konkret ausgestaltete Maßnahmen nicht einhergehen, sondern lediglich die Vertragspartner Hauptverband und Österreichische Ärztekammer nach den vorgeschlagenen Bestimmungen berechtigt werden sollen, Verträge zu Lasten Dritter, insbesondere zu Lasten der Pharmawirtschaft, abzuschließen.

Zu dem Entwurf des Bundesministeriums für Gesundheit über das 4. Sozialrechts-Änderungsgesetz 2009 (4. SRÄG 2009) wird wie folgt Stellung genommen:

Zu Artikel 1 Z 11 des Entwurfes (§ 342 Abs. 1 Z 1a ASVG):

Im Zusammenhang mit der Einführung von Investitionsabteilungen für Vertragsärzte ist anzumerken, dass diese **Zahlungen der Krankenkassen ihre Ausgaben erhöhen**. Bei der angespannten finanziellen Situation stellt sich die Frage, woher die finanziellen Mittel dafür kommen sollen. Nachvollziehbar wäre allein eine Finanzierung der Investitionsabteilungen aus dem Budget für ärztliche Hilfe. Auch enthält die vorgesehene Regelung keinen Hinweis darauf, wie hoch die Investitionsabteilungen sein sollen, bzw. nach welchen Kriterien derartige Berechnungen erfolgen sollen. Genauso unklar ist, wo derartige Aufwendungen der Krankenkassen buchhalterisch ausgewiesen werden sollen. Eine Verbuchung unter Aufwand für ärztliche Hilfe würde gegen die Grundsätze der ordnungsgemäßen Buchführung, nämlich dem Grundsatz der Richtigkeit und Wahrheit, verstoßen und eine künstliche Steigerung des Aufwandspostens ärztliche Hilfe darstellen.

Darüber hinaus ist nicht nachvollziehbar, warum Investitionsabteilungen nur für Ärztinnen und Ärzte vorgesehen sein sollen. Weiters ist nicht nachvollziehbar was bei diesen Regelungen für Investitionsabteilungen unter „anteiliger Anrechnung auf das vereinbarte Honorarvolumen“ tatsächlich gemeint ist. Auch bei den anderen Vertragspartnern kann es zu Planstellenkürzungen kommen, womit die gesicherte Finanzierung von getätigten Investitionen in Frage stünde. Nach dem **verfassungsrechtlich garantierten Gleichbehandlungsgebot** müssten Investitionsabteilungen auch für andere Vertragspartner als Ärztinnen und Ärzte vorgesehen werden.

Zu Artikel 1 Z 13 des Entwurfes (§ 342 Abs. 1 Z 4 ASVG):

Die bisherige Regelung für Gesamtverträge soll um **Steuerungsmaßnahmen bei Heilmitteln** sowie hinsichtlich ärztlich veranlasster Folgekosten erweitert werden. Diese Ermächtigungsbestimmung für gesamtvertragliche Regelungen ist mit dem Mangel behaftet, dass sie **vollkommen unbestimmt** ist. Welche Steuerungsmaßnahmen sind gemeint? In welche Richtung soll gesteuert werden? Der Gesetzesentwurf samt Erläuterungen spricht nur vage von der Beachtung des Ökonomieprinzips bei Heilmitteln und anderen Folgekosten. Diese mangelnde Bestimmtheit des § 342 Abs. 1 Z 4 ASVG führt im Lichte des **Legalitätsprinzips** zu Bedenken hinsichtlich der Verfassungskonformität dieser Bestimmung.

Darüber hinaus ist – was den Bereich der Arzneimittel betrifft – dem Ökonomieprinzip des § 133 Abs. 2 ASVG (dieses ist wohl gemeint) dadurch Rechnung getragen, dass die Regelungen über den Erstattungskodex und die Bestimmungen der RÖV freie Verschreibbarkeit nur für Arzneimittel im grünen Bereich des EKO vorsehen. Im gelben Bereich und in der sog. No-Box bedarf es grundsätzlich der vorherigen chef- und kontrollärztlichen Bewilligung des zuständigen Krankenversicherungsträgers. Es ist nicht nachvollziehbar, inwieweit darüber hinaus gehende weitere „Steuerungsmaßnahmen“ in Gesamtverträgen zu einer besseren und vor allem gesetzeskonformen Umsetzung des

Ökonomieprinzips beitragen können. Im Heilmittelbereich geben das ASVG und die darauf basierenden Durchführungsnormen bewusst eine bundeseinheitliche Vorgangsweise vor. Diese würde durch unterschiedliche Regelungen in Gesamtverträgen konterkariert.

Darüber hinaus haben derart vorgesehene Steuerungsmaßnahmen bei Heilmittel das Potential, in bestehende Vereinbarungen unzulässiger Weise einzugreifen und somit Vertragsverletzungen zu ermöglichen. Dies kann aus rechtsstaatlicher Sichtweise heraus vom Gesetzgeber nicht gewollt sein.

Auffällig ist des Weiteren, dass hier erstmals im Gesetz ein Ökonomieprinzip verankert werden soll. Nicht einmal § 133 Abs. 2 ASVG enthält diesen Ausdruck, sondern regelt neben dem Umfang der Krankenbehandlung das Ziel der Krankenbehandlung, nämlich die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit und die Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, wiederherzustellen, zu festigen oder zu bessern. **Dem ASVG ist demnach ein reines Ökonomieprinzip im Zusammenhang mit der Krankenbehandlung fremd, stets ist das medizinische Ziel der Krankenbehandlung zu beachten. Mit dem geplanten § 342 Abs. 1 Z 4 ASVG wird dieser Grundsatz in bedenklicher Art und Weise verlassen, da gesamtvertraglich offenbar nur mehr eine Steuerung am Ökonomieziel erfolgen soll und nicht mehr am Heilzweck.**

Diese Vorgangsweise ist aus dem Gesichtspunkt der Versorgungssicherheit für die österreichischen Patientinnen und Patienten äußerst **bedenklich und daher abzulehnen.**

Zu Artikel 1 Z 16 und Z 22 des Entwurfes (§ 342 Abs. 2a und § 349 Abs. 2b und 3 ASVG):

Bei diesem neuen Kriterienkatalog, der im Zuge der Vereinbarung von Honorarordnungen für Vertragsärzte aber auch für ambulante Großgeräte-Institute und sonstige Vertragspartner gemäß § 349 Abs. 3 ASVG verpflichtend zu berücksichtigen sein soll, fällt auf, dass beinahe ausschließlich die wirtschaftlichen Kennzahlen der Krankenkassen aufgeführt sind. **Den Kassen-Kennzahlen kommt zumindest ein deutliches Übergewicht gegenüber dem Stand der medizinischen Wissenschaft und der demographischen Entwicklung zu.** So hinterfragenswert dieser Umstand allein ist, so ergeben sich jedoch auch bei den Kennzahlen Unklarheiten. Warum die Beitragseinnahmentwicklung der Krankenkassen zu berücksichtigen sein soll, die Steuermittel aus dem Krankenkassen-Strukturfonds (100 Mio. € für 2010) aber zum Beispiel nicht, ist nicht ersichtlich, zumal der Krankenkassen-Strukturfonds ja angesichts einbrechender Kassen-Beitragseinnahmen auf Grund der Wirtschaftskrise geschaffen worden ist. Im Kriterienkatalog nicht enthalten ist die Verbesserung der Versorgung durch die Honorierung neuer medizinischer Leistungen. **Vielmehr kann vermutet werden, dass der Leistungsumfang eher eingeschränkt werden muss, wenn sich die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Krankenversicherung verschlechtern sollte.**

Auch in dieser Bestimmung kommt damit zum Ausdruck, dass dem **Ökonomieprinzip gegenüber der medizinischen Versorgung** der österreichischen Bevölkerung der **Vorrang eingeräumt** zu werden scheint.

Da anzunehmen ist, dass schon bisher bei Gesamtvertragsverhandlungen die Krankenkassen ihre wirtschaftliche Situation berücksichtigt haben, ist auch nicht erkennbar, welchen Mehrwert dieser Kriterienkatalog bringen soll.

Zu Artikel 1 Z 25 bis 27 ff (§ 446 Abs. 1 und 4 ASVG):

Die PHARMIG hat seit Jahren den Hauptverband und die verantwortlichen Gesundheitspolitiker darauf hingewiesen, dass die von den Pflichtversicherten geleisteten Beiträge bestmöglich für das Österreichische Gesundheitswesen und seine Patienten verwendet werden. Risikoreiche Veranlagungen widersprechen diesem Grundprinzip.

Die nunmehrigen Änderungsvorschläge, insbesondere das „der Erhalt der veranlagten Mittel sichergestellt sein muss“ kann durch die Änderungen des § 446 Abs. 1 Z 5 und der unveränderten Z 1 bis 4 nicht erreicht werden. Sowohl Immobilienfonds als auch Kreditinstitute können durch Insolvenz zahlungsunfähig werden, und damit zu einem Totalverlust jeder Veranlagung führen. Dies hat sich in der derzeitigen Finanzkrise schon mehrmals bestätigt.

Eine weitere Ausfertigung dieser Stellungnahme ergeht an die Email-Adresse begutachtungsverfahren@parlinkom.gv.at.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Jan Oliver Huber
Generalsekretär