

Mag. Bernhard Wurzer (HVB):

Das Vierte Sozialrechtsänderungsgesetz 2009 (4. SRÄG)

Ergebnis einer neuen Partnerschaft zwischen Sozialversicherung und Ärzteschaft

Der Sanierungsdruck – gemeinsame Vorgangsweise der Vertragspartner

Im Jahr 2009 prognostizierte die gesamte Krankenversicherung mit der sogenannten Gebarungsvorschau einen Abgang von insgesamt rund einer Milliarde Euro für die Jahre 2010 und 2011. Das *negative Reinvermögen(!)* – vulgo Defizit – der Gebietskrankenkassen wurde für 31. Dezember 2011 auf fast zwei Milliarden Euro geschätzt.

Die Bundesregierung – alarmiert durch dieses Szenario – beauftragte den Hauptverband *ein mit den Gebietskrankenkassen und den Systempartnern abgestimmtes ausgabenseitiges Sanierungskonzept mit dem Ziel einer mittelfristigen ausgeglichenen Gebarung ... vorzulegen.* (Ministerratsvortrag 6/32 vom 10.2.2009, „Silian-Papier“)

Wesentliche Systempartner der Krankenversicherung sind die Vertragsärzte/innen. Schon vor dem Auftrag der Bundesregierung hatten sich die Sozialversicherung und die Österreichische Ärztekammer (ÖÄK) auf vier gemeinsame Arbeitsgruppen geeinigt, die die relevanten Zukunftsthemen partnerschaftlich aufarbeiten sollten.

Genau jene Gruppen legten schließlich ihren Gremien ein gemeinsames Paket von Maßnahmen aus den Bereichen **Bedarfsplanung, Vertragsrecht** und **Qualitätssicherung** vor. Das Sanierungskonzept „*Gesundheit nachhaltig sichern*“ wurde von der Trägerkonferenz im Hauptverband am 23. Juni 2009 beschlossen.

Alleine im Bereich der Vertragsärzte/innen soll damit die Kostenentwicklung bis 2013 um rund 400 Millionen Euro (kumulativ) gedämpft werden.

Wohlgemerkt geht es **nicht** um **Kürzungen** von Ausgaben – und es wird auch weiterhin Ausgabensteigerungen geben – jedoch sollen mit dem Sanierungspaket die gerade in den letzten Jahren unverhältnismäßig hohen **Steigerungsraten** auf ein angemessenes Ausmaß gedämpft werden.

Mit dem 4. Sozialrechtsänderungsgesetz (4. SRÄG) wurden schließlich Ende 2009 erste Änderungen im ASVG vorgenommen, die dieses Paket zum Teil auch legislatisch umsetzten.

Das Gesetz hat damit neue Instrumente geschaffen, um die Krankenversicherungsträger bei der Erreichung ihrer Sanierungsziele – angepeilt wird die vorläufige Zeitspanne bis 2013 – zu unterstützen.

Zur Bedarfsplanung, den „dynamischen Stellenplänen“ und zur „Nachbesetzung NEU“

Österreich verfügt mit 1,5 Ärzten und Ärztinnen für Allgemeinmedizin sowie mit 2,2 Fachärzt/inn/en pro 1.000 Einwohner über eine **überdurchschnittliche Ärztedichte** im Vergleich der OECD Staaten (vgl. OECD: „*health at a glance*“, 2009).

Die Versorgungsplanung erfolgt jedoch trotz legislativer Schaffung einheitlicher Planungen der Versorgung zwischen den Sektoren (Österreichischer Strukturplan Gesundheit, Regionale Strukturpläne Gesundheit) noch immer zu wenig koordiniert. Die meisten Landesärztekammern lehnen eine verbindliche Berücksichtigung der regionalen Strukturpläne nach wie vor ab.

Nunmehr wurde im 4. SRÄG ein neues Kriterium für die Vereinbarung von Stellenplänen zu den ärztlichen Gesamtverträgen verankert:

Es sind nach § 342 Abs 1 Z 1 ASVG nun **sämtliche ambulante Versorgungsstrukturen** zu berücksichtigen. Der Zusatz fügt sich schlüssig in das neue System der Stellen-Nichtnachbesetzung und das Substitutionsverbot (siehe unten) ein. Dieser bedeutet nämlich, dass die **Vertragspartner/innen der Krankenversicherung verpflichtet** sind, die Gesamtheit der Anbieter im Gesundheitswesen in die Stellenplanung mit einzubeziehen, damit also auch das Angebot der Spitalsambulanzen, von Wahlärzten/innen und Instituten. Somit wurde ein weiterer, wenn auch kleiner Schritt in Richtung einer umfassenderen Versorgungsplanung gesetzt.

Auch die Nachbesetzung einer frei gewordenen Stelle im Stellenplan wird durch das 4. SRÄG neu geregelt. Nunmehr sind freie Stellen im Stellenplan **nur noch im Einvernehmen** auszuschreiben. Befindet also der zuständige Krankenversicherungsträger, dass für diese Stelle kein Bedarf mehr besteht, so ist diese vorläufig nicht auszuschreiben.

Das Gesetz normiert weiters: *„Besteht nach Ablauf eines Jahres nach Beendigung des Einzelvertrages immer noch kein Einvernehmen, so entscheidet die Landesschiedskommission (§ 345a ASVG) auf Antrag einer der beiden Parteien über den **Bedarf der Nachbesetzung**... Der Stellenplan gilt ab Rechtskraft einer Entscheidung der Nicht-Nachbesetzung als angepasst.“* (§ 343 Abs 1a)

Dies ist insbesondere deshalb bedeutend, da ein einmal vergebener Einzelvertrag meist auf viele Jahre nicht mehr rückgängig gemacht werden kann, zumal ein Lösen

des Einzelvertrages nach der geltenden Rechtslage und Judikatur kaum möglich ist. Der sehr enge Spielraum zur *Mengensteuerung* im Versorgungsangebot, den die Krankenversicherungsträger bisher hatten, wird nun erweitert.

Erstmals erhält die Landesschiedskommission eine Kompetenz, über Bedarf oder Nicht-Bedarf von Planstellen zu entscheiden und den Stellenplan anzupassen. Schon während der Verhandlungen wurde dies von manchen Vertreter/inne/n der Sozialversicherung kritisch gesehen, da befürchtet wurde, dass diese Gesetzesbestimmung zu wenig determiniert wäre. Auf welchen Grundlagen ist dabei zu entscheiden? Siehe dazu weiter unten.

Für den Fall der **Stillegung** einer Planstelle darf der betroffene Krankenversicherungsträger das bisherige Leistungsvolumen der stillgelegten Stelle innerhalb von fünf Jahren nach Freiwerden nicht durch einen neuen Vertrag mit anderen Leistungsanbietern als Vertragsärzte/innen bzw. Gruppenpraxen abdecken (§ 343 Abs 1b). Damit soll verhindert werden, dass Stellenpläne sukzessive „ausgehöhlt“ werden, um freie Stellen nicht nachzubesetzen und durch Ambulatorien zu substituieren. Zudem schützt diese Bestimmung die Krankenversicherungsträger vor Interventionen und öffentlichem Druck, eine nicht notwendige Stelle, die aus dem Stellenplan gestrichen wird, durch andere Anbieter ersetzen zu müssen.

Mit dem 4. SRÄG wurde auch der Begriff der **dynamischen Stellenplanung** in das ASVG aufgenommen (§ 342 Abs 1 Z 1). Zwar finden sich in den Materialien keine Hinweise wie dies zu interpretieren sei, SV und ÖÄK kamen jedoch bei den Verhandlungen im Juni 2009 überein, dass die Stellenpläne künftig regelmäßig evaluiert und flexibler gestaltet werden müssen und eine gemeinsame Planungsmethode entwickelt werden soll.

Ein Fabelwesen bestimmt die Zukunft

Er wurde einmal in den Verhandlungen „8-beiniger Hund“ genannt und behielt seinen Namen seither hartnäckig: Der neue § 342 Abs 2a.

Es handelt sich dabei um acht Kriterien für Honorarverhandlungen, an denen sich die Vertragspartner künftig bei ihren Vertragsabschlüssen zu orientieren haben (und wohl auch die darauf schauenden Aufsichtsbehörden):

„1. Die Entwicklung der Beitragseinnahmen des Krankenversicherungsträgers, wobei gesetzlich für andere Zwecke gebundene Beitragsanhebungen nicht zu berücksichtigen sind;

2. die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Krankenversicherungsträgers ohne Berücksichtigung der eigenen Einrichtungen und der Verwaltungskosten;
3. die gesamtwirtschaftliche Situation (einschließlich Lohn- und Gehaltsentwicklungen);
4. die allgemeine Kostenentwicklung bei den Vertragsärztinnen und -ärzten (Vertrags-Gruppenpraxen);
5. die Auswirkung von Mengensteigerungen der ärztlichen Leistungen (Leistungen von Gruppenpraxen) auf die Ausgaben des Krankenversicherungsträgers;
6. die Ausgabenentwicklung des Krankenversicherungsträgers mit Ausnahme jener Leistungen, die nicht in Zusammenhang mit der vertragsärztlichen Hilfe stehen;
7. der Stand der ärztlichen Wissenschaft und Erfahrung sowie die Auswirkungen der demographischen Entwicklung und der Veränderungen der Morbidität;
8. die im Rahmen der Planung der Gesundheitsversorgungsstruktur beschlossenen Qualitätsvorgaben.“

Zwei wesentliche Aspekte kommen hier zum Tragen. Einerseits bestimmt nun der Gesetzgeber **acht Kriterien**, die bei künftigen Honorarverhandlungen zu berücksichtigen sind, **ohne** dabei eine detaillierte Definition der einzelnen Kriterien, oder gar Formel zu hinterlassen. Andererseits gibt er auch keinen Hinweis in welchem direkten **Verhältnis** diese **zueinander** zu berücksichtigen sind.

Zwar liefern die erläuternden Bemerkungen für einzelne Kriterien Hinweise, jedoch sind diese – vermutlich bewusst – **sehr unpräzise** gehalten, wohl um den Gestaltungsspielraum der Gesamtvertragsparteien nicht zu sehr einzuschränken. Eine fixe Berechnungsformel für Steigerungsraten würde das Prinzip der Vertragsautonomie in einem ganz wesentlichen Bereich, eben bei der Honorierung von Vertragsärzten/innen, aushebeln. So erklärt sich auch, dass die *Erläuternden Bemerkungen* weiter davon sprechen, dass „die genannten Kriterien eine **Richtschnur** für die Gesamtvertragspartner darstellen sollen“.

Der Gesetzgeber definiert vor der Nennung der acht Kriterien aber auch drei **Ziele**, welche die Vertragspartner bei ihren Verhandlungen im Auge zu behalten haben und setzt der Gestaltungsautonomie damit folgende Grenzen: „...Bei Vereinbarung der Honorarordnungen sind von den Gesamtvertragspartnern **mit der Zielsetzung einer qualitativ hochwertigen Versorgung, einer nachhaltig ausgeglichenen**

Gebarung des Trägers der Krankenversicherung und einer angemessenen Honorarentwicklung folgende Kriterien anzuwenden.“

Honorarabschlüsse, die diesen Zielen widersprechen, sind daher gesetzwidrig.

Dies ist insbesondere deshalb bedeutend, da der Gesetzgeber nunmehr erstmals das Interesse der Krankenversicherungsträger an ausgeglichener Gebarung mit den Honorarleistungen für Vertragsärzte/innen verknüpft und beide Vertragsparteien (auch die Ärztekammer) daran bindet. Dies bedeutet eine neue Qualität in der Vertragspartnerschaft.

Entscheidend ist, dass der Gesetzgeber klar zum Ausdruck bringt, dass es eine ***gemeinsame Verantwortung*** gibt, bei Honorarverhandlungen alle drei Zielsetzungen zu berücksichtigen. Wobei in Zeiten der dringenden Finanzkonsolidierung das Ziel *der nachhaltig ausgeglichenen Gebarung* wohl am stärksten wirkt. ***Alle drei Ziele als gleichwertig zu betrachten***, würde in solchen Phasen wohl den ***Motiven des Gesetzgebers widersprechen***, zumal das 4. SRÄG und die Verhandlungen mit der ÖÄK im Juni 2009 im Zusammenhang mit dem Kassensanierungspaket zu sehen ist.

Was das Ziel der angemessenen Honorarentwicklung betrifft, so wurde in den *Erläuternden Bemerkungen* klargelegt, dass *diese Kriterien jedenfalls keine individuellen Ansprüche der Vertragsärztinnen und -ärzte (Vertrags-Gruppenpraxen) begründen. Es ist von einer Durchschnittsbetrachtung auszugehen.*

Wie könnte man nun die 8 Kriterien unter den genannten Zielsetzungen interpretieren?

Geht man von dem oben zu den Zielen Gesagten aus und berücksichtigt man das grundlegende Ökonomiegebot in der Krankenversicherung, kann man subsumieren, dass die Kriterien 1 (***Beitragseinnahmenentwicklung***) und 2 (***wirtschaftliche Leistungsfähigkeit***) gemessen am positiven oder negativen Reinvermögen und Sanierungsbedarf sowie 3 (***gesamtwirtschaftliche Situation***) als **Leitkriterien** für die Zielerreichung einer *nachhaltig ausgeglichenen Gebarung* anzusehen sind. Diese drei Kriterien definieren sohin den maximalen Spielraum eines Krankenversicherungsträgers für Honorarabschlüsse.

Die Kriterien 5 (***Mengensteigerungen der ärztlichen Leistungen***) und 6 (***Ausgabenentwicklung der Krankenversicherungsträger***) worunter auch Folgekostenentwicklungen durch Verordnungen usw. zu sehen sind, weisen auf die **Mittelverteilung** innerhalb der Honorarsumme hin. Die Kriterien 7 (***Stand der ärztlichen Wissenschaft, Demographie und Morbidität***) und 8 (***Qualitätsvorgaben***) sichern das Ziel der *hochwertigen Versorgung*. Diese zwei

Kriterien legen ihr Augenmerk auf eine **Umverteilung** der gesetzlich begrenzt zur Verfügung stehenden Beitragseinnahmen zur Qualitätssteigerung (z.B. zu DMP-Programmen, dafür Streichung anderer Leistungen, oder Umverteilung zwischen bestimmten Fachgruppen).

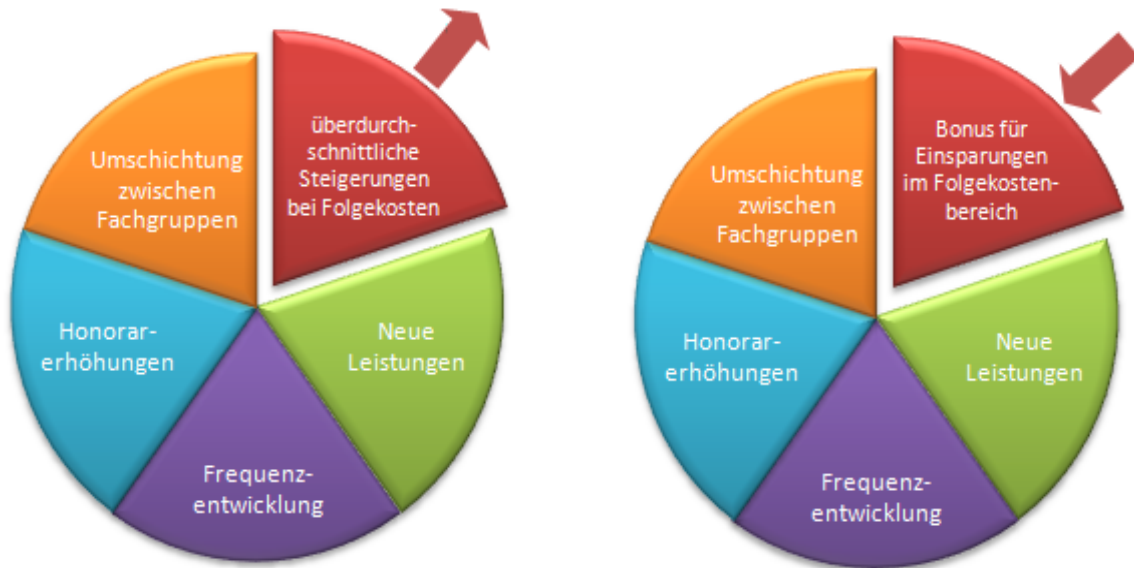
Aus dieser Ansicht ergibt sich folgendes Bild: Beitragseinnahmementwicklung, allgemeine wirtschaftliche Entwicklung und der Sanierungsbedarf (Leistungsfähigkeit der Träger) bilden die **maximale Obergrenze** für die Honorarsteigerungen.

Die Mengensteigerungen bei der ärztlichen Hilfe determinieren, wie viel der gesamten Honorarentwicklung auf **Frequenzsteigerung** und wie viel auf **Honorarerhöhungen** entfällt. Demographische Entwicklung und medizinische Neuerungen sowie Qualitätsvorgaben sind durch **Umschichtungen** zwischen Fachgruppen oder bestimmten Sonderleistungen in den Honorarordnungen vorzunehmen. Folgekostenentwicklungen können in zweierlei Hinsicht in den Honorarverhandlungen berücksichtigt werden: Steigen diese außerordentlich hoch an, verringert sich das Gesamthonorarvolumen dementsprechend; umgekehrt können Effizienzsteigerungen als zusätzliche Mittel in das Gesamtvolumen eingespeist und verteilt werden.

Geht man vom Ziel der nachhaltig ausgeglichenen Gebarung aus, wird die Gesamthonorarsumme in der Regel **unter – jedenfalls aber nie über** – der **Beitragseinnahmensteigerung** im Honorarabschlusszeitraum liegen dürfen.

GESAMTHONORARSUMME

Beitragsentwicklung u. Lohn- und Gehaltsentwicklung
Gesamtwirtschaftliche Situation u. finanzielle Leistungsfähigkeit des Trägers



Variante 1: Überdurchschnittliche Folgekostensteigerungen verringern die Honorarsumme.

Variante 2: Einsparungen im Folgekostenbereich können zum Teil als Bonus der Honorarsumme zugeschlagen werden.

Zur Verantwortung der Ärzte im Folgekostenbereich

Auch hinsichtlich der Folgekosten (Heilmittel, Heilbehelfe, Hilfsmittel und Zu- bzw. Überweisungen usw.), die ja unmittelbar durch ärztliche Tätigkeit ausgelöst werden, wurden Neuerungen durch das 4. SRÄG geschaffen.

So wurde der § 342 Abs 1 Z 4 dahingehend erweitert, dass die Gesamtverträge neben der *Sicherstellung einer wirtschaftlichen Behandlungs- und Verschreibweise auch Steuerungsmaßnahmen bei Heilmitteln sowie der ärztlich veranlassten Kosten z.B. in den Bereichen Zuweisungen und Überweisungen zu niedergelassenen Ärzt/inn/en (Gruppenpraxen), Heilbehelfe, Hilfsmittel und Transporte (Ökonomieprinzip) enthalten sollen.*

Hinter dieser Formulierung verbergen sich Anreizmodelle, wie sie bereits bei einigen Krankenversicherungsträgern gelebt werden, z.B. zur Verwendung des kostengünstigsten gleichwertigen Medikamentes.

Ausgabenverringerungen in diesem Bereich sollen zum Teil auch den Vertragspartnern für qualitätsverbessernde Maßnahmen zugutekommen. Gleiches soll auch für andere Folgekosten, wie den Krankentransporten, den Heilbehelfen und Hilfsmitteln usw. gelten.

Zur Altersgrenze für Vertragsärzte

Durch das 4. SRÄG sieht das ASVG als Ausfluss des Verhandlungsergebnisses vom Juni 2009 nun auch eine Altersgrenze für Vertragsärzte/innen (Erlöschen des Einzelvertrages) vor.

Diese Altersgrenze soll grundsätzlich gesamtvertraglich geregelt werden. Gesetzlich ist eine Obergrenze mit dem 70. Lebensjahr festgelegt, die auch dann für Neuverträge gilt, wenn keine gesamtvertragliche Vereinbarung zustande kommt. Ziel der Vertragsparteien war es hier auch, einerseits jüngeren Ärzten/innen den Zugang zu einem Einzelvertrag zu erleichtern und andererseits gleichzeitig die Qualität zu heben (Investitionstätigkeit). Auch das Ziel, *Verteilungsgerechtigkeit* zwischen Jungärzten/innen und Altärzten/innen zu schaffen, wird hiermit erreicht.

Für bestehende Verträge enthält das 4. SRÄG eine Bestimmung, welche die Vertragsparteien anhält, bis Ende 2010 auch für diese Übergangsfristen Altersgrenzen festzulegen, ansonsten gilt ab 1.1.2011 auch für solche Verträge das 70. Lebensjahr als Altersgrenze.

Die grundsätzliche Zulässigkeit von Altersgrenzen auch nach Europarecht wurde jüngst im Urteil „Petersen“ des EuGH vom 12. 1. 2010 festgehalten.

Zu den Investitionsablösen bei Nicht-Nachbesetzung von Planstellen

Ein wesentlicher Aspekt der ÖÄK zur Zustimmung zu Altersgrenzen und zur Stellennachbesetzungsregelung war die Forderung von Investitionsabgeltungen für Ärzte/innen ohne Planstellennachfolger.

Diese Abgeltungen sind nun gesamtvertraglich zu regeln. Dies mag für Außenstehende seltsam anmuten, immerhin handelt es sich um einen freien Beruf und um *Unternehmer/innen*. Da es jedoch Ziel der Sozialversicherung sein muss, dass Vertragsärzte/innen auch bei bevorstehendem Auslaufen ihres Einzelvertrages (Erreichen der Altersgrenze, Nicht-Nachbesetzung ihrer Stelle) bis zum Ende der Tätigkeit in die Ordination investieren, sind solche Ablöseregeln durchaus vertretbar.

Es geht bei dieser Maßnahme – und das ist auch den *Erläuternden Bemerkungen* zu entnehmen – in erster Linie um die genannte Qualitätssicherung.

Es sollten keine zusätzlichen Kosten für die Sozialversicherung entstehen, zumal der Gesetzgeber festlegt, dass diese Ablösen aus dem Honorarvolumen zu finanzieren sind.

Voraussetzung für eine solche Abgeltung ist einerseits, dass die betreffende Ordination tatsächlich stillgelegt wird, also auch keine Wahlarztstätigkeit darin ausgeübt wird und so im Wege der Kostenerstattung Aufwendungen im Umweg auf die Krankenversicherungsträger zukommen. Leg. cit: *“...und weder von einem/einer Arzt/Ärztin in dessen/deren bisherigen Räumlichkeiten oder mit dessen/deren bisherigen Einrichtungen eine vertrags- oder wahlärztliche Tätigkeit ausgeübt wird. Veräußerungserlöse sind auf die Investitionsabgeltung anzurechnen.“* (§ 342 Abs 1 Z 1a).

Die Abgeltung umfasst lediglich *Investitionsaufwendungen* für die Ordination. In den *Erläuternden Bemerkungen* findet sich der Begriff „*stranded costs*“ - also Aufwendungen, die getätigt wurden, obwohl in Kürze der Vertrag endet und kein/e Nachfolger/in (Vertragsarzt/-ärztin oder Wahlarzt/-ärztin) vorhanden ist, der/die diese Investitionsgüter übernimmt.

Der Unternehmenswert (*good will* des Kassenvertrages) ist von diesen Abgeltungen keinesfalls umfasst, da es sich bei einem Kassenvertrag nach der herrschenden Lehre und Judikatur um kein wirtschaftsfähiges Gut handelt.

Conclusio

So muss man abschließend festhalten, dass das 4. SRÄG einige wesentliche Änderungen im Vertragspartnerbereich enthält. Sie sollen dazu dienen, die Vertragspartnerschaft zwischen SV und Ärzten/Ärztinnen zu modernisieren und die Erreichung der finanziellen Konsolidierungsziele zu unterstützen. Sie sind als Ergebnis von Vertragspartnerverhandlungen naturgemäß Kompromisse. Es liegt wiederum an den Vertragspartnern, diese Neuregelungen in der Umsetzung sinnvoll und der jeweiligen Situation angemessen zu interpretieren und so mit Leben zu erfüllen.