

# RdM

[Recht der Medizin]

<b>Beiträge</b>	<b>36 Chefarztpflicht-Neu</b> Maria-Luise Plank und Manuela Thaler
	<b>47 Der Ausnahmefall im KA-AZG</b> Lukas Stärker
<b>Gesetzgebung und Verwaltung</b>	<b>53 Sozialbetreuungsberufe</b>
	<b>53 Sachwalterrechts-Änderungsgesetz 2006</b>
	<b>54 Krankenanstaltenfinanzierung – Gesundheitsreform – Landesgesundheitsfonds</b>
<b>Rechtsprechung</b>	<b>56 Schutzpflichten bei Selbstgefährdung</b>
	<b>59 Bund: Kostentragung für medizinische Behandlung?</b>
<b>VfGH/UHK</b>	<b>61 Streichung einer Arzneyspezialität aus EKO</b>

## Redaktion

Gerhard Aigner  
Erwin Bernat  
Michael Kopetz  
Christian Kopetzki  
Karlheinz Kux  
Wolfgang Mazal  
Eckhard Pitzl  
Helmut Schwamberger  
Johannes Wolfgang Steiner  
Felix Wallner  
Johannes Zahrl

## Schriftleitung

Wolfgang Mazal

ISSN 1022-9434

April 2006

**02**  
**MANZ**

# Chefarztpflicht-Neu

## Oder die kritikwürdige Umsetzung der Heilmittel-Bewilligungs- und Kontroll-Verordnung

RdM 2006/34

§ 31, § 351 c  
Abs 1,  
§ 341 ASVG

Heilmittel;  
Chefarztpflicht;  
Kranken-  
versicherung;  
Boxenmodell

Das Jahr 2005 begann mit einem großen Paukenschlag im Sozialversicherungswesen, genannt „Chefarztpflicht-Neu“. Die Umsetzung der Heilmittel-Bewilligungs- und Kontroll-Verordnung beschäftigte neben Sozialversicherungsvertretern, Ärzten und Patienten auch verstärkt die Politik sowie die Medien. Wie sich die Verordnung rechtlich in das Sozialrechtsgefüge eingliedert und ob sie in das bereits herrschende organisatorische und emotionale Durcheinander der beteiligten Gruppen Ordnung brachte, ist Gegenstand der folgenden Ausführungen.

Von Maria-Luise Plank und Manuela Thaler

### Inhaltsübersicht:

- A. Einleitung
- B. Grundlagen
  1. Erstattungskodex
  2. Boxenmodell
    - a) Red Box oder Roter Bereich
    - b) Yellow Box oder Gelber Bereich
    - c) Green Box oder Grüner Bereich
    - d) Negativliste
- C. Heilmittel-Bewilligungs- und Kontroll-Verordnung (HBK-V)
  1. Ziel und Gegenstand der HBK-V
  2. Dokumentationspflicht
    - a) Dokumentation nach der HBK-V
    - b) Exkurs: Dokumentationspflicht nach dem ÄrzteG
  3. Kontrolle und Bewilligung nach der HBK-V
  4. Sanktionen
  5. Zielvereinbarung zwischen den Gesamtvertragsparteien
  6. Übergangsregelung
- D. Landesspezifische Umsetzungen der Chefarztpflicht-Neu-Verordnung
  1. Aktuelle Praxis der Umsetzung bei den einzelnen Krankenversicherungsträgern
  2. Sondervereinbarungen für den Zeitraum der Übergangsregelung
  3. Ungleichbehandlung aufgrund unterschiedlicher Bestimmungen?
- E. „No-Box“ Einschränkung der Leistungsansprüche der Versicherten?
  1. Erstattungskodex versus Heilmittelverzeichnis
  2. Erstattungskodex – verdeckte Rationierung?
- F. Abschließende Überlegungen

### A. Einleitung

Am 10. 12. 2004<sup>1)</sup> und damit nach Redaktionsschluss zu unserer Publikation „Heilmittel und Komplementärmedizin in der Krankenversicherung“<sup>2)</sup> war die Umsetzung der „Chefarztpflicht-Neu“ noch unklar. Erst die **Veröffentlichung der Verordnung** der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen über die Grundsätze der

chef(kontroll)ärztlichen Bewilligung für Heilmittel, der nachfolgenden Kontrolle und Verschreibung sowie die Grundsätze der Dokumentation (**Heilmittel-Bewilligungs- und Kontroll-Verordnung**, in der Folge „HBK-V“<sup>3)</sup>) brachte Anfang des Jahres „Licht ins Dunkel“. Wochenlang beschäftigte die tatsächliche Umsetzung der neuen Verordnung nicht nur Ärzte und Patienten, sondern auch Politik und Medien. So hörte man von Seiten des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger (in der Folge „HVSVTr“) die **Übergangslösung** brauche man so dringend wie einen „Kropf“<sup>4)</sup>. Die Österreichische Ärztekammer, in der Folge „ÖÄK“, ließ verlauten, dass diese Regelungen von Leuten gemacht wurden, die von der Praxis keine Ahnung hätten.<sup>5)</sup> Zuletzt schlug auch die Pharmig<sup>6)</sup> in dieselbe Kerbe und meinte, die **landesweit unterschiedlichen Regelungen** seien unzumutbar für den Patienten.<sup>7)</sup> Weitere Verhandlungen zwischen dem HVSVTr und der ÖÄK am 25. 1. 2005 führten zu einer bedingten Beruhigung der Situation. Insb die Frage, ob die Lösung nicht nur eine Win-Win-Situation für die Sozialversicherung und die Ärzte, sondern auch für die Patienten im leistungs- und verfahrensrechtlichen Sinn darstellt, wird im Folgenden näher untersucht.

### B. Grundlagen

#### 1. Erstattungskodex

Das System des ASVG sieht vor, dass prinzipiell jedes Medikament erst nach einer ex-ante Bewilligung des chef(kontroll)ärztlichen Dienstes von der gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt wird. Der Erstattungskodex (in der Folge „EKO“),<sup>8)</sup> vormals Heilmittelverzeich-

1) BGBl I 2004/106.

2) *Thaler/Plank*, Heilmittel und Komplementärmedizin in der Krankenversicherung (2005).

3) BGBl II 2004/473.

4) Die Presse v 8. 1. 2005, 5.

5) Der Standard v 11. 1. 2005, 4.

6) Vereinigung der pharmazeutischen Unternehmen Österreichs.

7) Die Presse v 15. 1. 2005, 6.

8) Zu den verfassungs- und verfahrensrechtlichen Fragen vgl ua *Strejcek*, Verfassungsrechtliche Fragen des Erstattungskodex sowie *Rohregger*, Verfahrensrechtliche Fragen des Erstattungskodex in

nis,<sup>9)</sup> stellt nach diesem System eine „Ausnahme“ dar. Durch eine Auflistung jener Heilmittel, die vom HVSVTr als umfassend kostenerstattungswürdig erachtet wurden (**Positivliste**), wird das Verfahren abgekürzt und vereinfacht sowie ein unbürokratischer Zugang der Patienten zu Heilmitteln ermöglicht.

Gem § 31 Abs 3 Z 12 ASVG wurde dieses System insofern modifiziert, als nun Arzneimittel nur dann als Leistung der Krankenbehandlung auf Rechnung eines Sozialversicherungsträgers (in der Folge „SVTr“) abgegeben werden können, wenn sie im EKO angeführt sind. In begründeten Einzelfällen ist die Erstattungsfähigkeit auch gegeben, wenn die Arzneispezialität nicht im EKO aufgelistet, aber die Behandlung aus zwingenden therapeutischen Gründen notwendig ist und die Verschreibung in diesen Einzelfällen nicht mit Arzneispezialitäten aus dem EKO durchgeführt werden kann.

## 2. Boxenmodell

Das Boxenmodell löst die ehemalige Zweiteilung der Heilmittel in „Schwarzpunktpräparate“ (das sind jene, die einer Chef[Kontroll]arztspflicht unterliegen) und frei verschreibbare Arzneimittel ab. Nunmehr werden die Arzneimittel in mehrere Bereiche, je nach Verschreibbarkeit, eingeordnet. Bei Produkten in der Negativliste handelt es sich um „nicht erstattungsfähige“ Heilmittel. Der EKO setzt sich aus drei Bereichen zusammen: der **Red Box**, der **Yellow Box** und der **Green Box**.<sup>10)</sup> Arzneimittel, die aus medizinischen oder ökonomischen Gründen nicht in den EKO aufgenommen wurden, finden sich in der so genannten „No-Box“.

### a) Red Box oder Roter Bereich

In der Red Box werden jene Heilmittel zeitlich befristet aufgenommen, die erstmalig am österreichischen Markt lieferbar sind. Sie unterliegen der ärztlichen Bewilligung des chef(kontroll)ärztlichen Dienstes der SVTr.<sup>11)</sup> Erforderlich ist ein eigener Antrag auf Aufnahme in die Red Box. Gem § 351 c Abs 1 ASVG wird mit einem Antrag auf Aufnahme in den Gelben und Grünen Bereich das Arzneimittel automatisch in den Roten Bereich aufgenommen. Ab der Feststellung des EU-Durchschnittspreises verbleibt die Arzneispezialität für höchstens 24 Monate in der Red Box. In dieser Zeit<sup>12)</sup> entscheidet der HVSVTr auf Grundlage einer Empfehlung der Heilmittel-Evaluierungs-Kommission (in der Folge „HEK“), ob die Arzneispezialität in den Gelben oder Grünen Bereich übernommen wird oder aus dem EKO ausscheidet.

### b) Yellow Box oder Gelber Bereich

Die Yellow Box beinhaltet jene Arzneispezialitäten, die einen wesentlichen zusätzlichen therapeutischen Nutzen für Patienten aufweisen und aus medizinischen oder gesundheitsökonomischen Gründen nicht in die Green Box aufgenommen werden. Die Aufnahme von Arzneispezialitäten in diesen Bereich kann sich auch auf bestimmte Verwendungsgruppen (zB Gruppen von Krankheiten, ärztliche Fachgruppen, Altersstufen der Patienten, Mengengrenzungen oder Darreichungsformen) beziehen.

Arzneispezialitäten dieses Bereichs unterliegen der ärztlichen Bewilligung des chef(kontroll)ärztlichen Dienstes der SVTr (auch „**Dunkelgelber Bereich**“ genannt).<sup>13)</sup> Der HVSVTr hat die Möglichkeit, die Einholung einer ex-ante Bewilligung durch eine nachfolgende Dokumentation zu ersetzen (so genannter „**Hellgelber Bereich**“).<sup>14)</sup>

### c) Green Box oder Grüner Bereich

In der Green Box sind jene Arzneispezialitäten, deren **Abgabe ohne ärztliche Bewilligung des chef(kontroll)ärztlichen Dienstes** der SVTr auf Grund ärztlicher Verschreibung medizinisch und gesundheitsökonomisch **sinnvoll und vertretbar** ist. Die Aufnahme von Arzneispezialitäten in diesen Bereich kann sich ebenso auf bestimmte Verwendungen (zB Gruppen von Krankheiten, ärztliche Fachgruppen, Altersstufen von Patienten oder Darreichungsformen) beziehen.

### d) Negativliste

Gem § 351 c Abs 2 ASVG hat der HVSVTr eine Liste jener Arzneimittelkategorien zu erstellen, die im Allgemeinen nicht zur Krankenbehandlung iSd § 133 Abs 2 ASVG geeignet sind, da sie überwiegend zur **Behandlung in Krankenanstalten, unter ständiger Beobachtung** oder zur **Prävention** verwendbar sind oder bei denen ein **ausreichender Nutzen nicht nachgewiesen** werden konnte. Unter anderem werden folgende Kategorien angeführt: Arzneimittel zur Empfängnisverhütung, zur Ausübung des Geschlechtsverkehrs oder mit überwiegend kosmetischer Wirkung.<sup>15)</sup>

## C. Heilmittel-Bewilligungs- und Kontroll-Verordnung (HBK-V)

In der Folge werden die wesentlichsten Bestimmungen der HBK-V dargelegt.

### 1. Ziel und Gegenstand der HBK-V

Nach § 1 Abs 1 HBK-V verfolgt die Verordnung das Ziel der nachhaltigen gesicherten Versorgung der Patienten mit Arzneispezialitäten nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft und einer gesundheitsökonomischen Bewertung zur Wahrung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit. Weiters hält die HBK-V fest, dass die Auswahl der Arzneispezialitäten für eine **Verschreibung auf Kosten der Sozialversicherung vorrangig aus dem Grünen Be-**

Mazal (Hrsg), Erstattungskodex – Verfassungsrechtliche und verfahrensrechtliche Fragen (2005) 1 (1 ff) sowie 21 (21 ff).

9) Das Heilmittelverzeichnis wurde mit der 61. ASVG-Novelle (BGBl I 2003/145) durch den Erstattungskodex ersetzt.

10) Vgl dazu insb auch *Thaler/Plank*, Heilmittel und Komplementärmedizin in der Krankenversicherung 90 f.

11) Für den Übergangszeitraum bis zur Einführung des elektronischen Bewilligungssystems via e-card gelten Übergangsregelungen. Vgl ua die Ausführungen unter Punkt D „Landesspezifische Umsetzungen der Chefarztspflicht-Neu“.

12) Gem § 351 c Abs 7 Z 1 ASVG ist in Ausnahmefällen eine Verlängerung möglich.

13) Vgl FN 11.

14) § 1 Abs 2 HBK-V.

15) Liste nicht erstattungsfähiger Arzneimittelkategorien gem § 351 c Abs 2 ASVG, Amtliche Verlautbarung der österreichischen Sozialversicherung 34/2004 im Internet, <http://www.avsv.at> (1. 6. 2005).

reich des EKO zu erfolgen hat. Unberührt davon bleiben die Richtlinien des Hauptverbands über die ökonomische Verschreibeweise von Heilmitteln und Heilbehelfen (in der Folge „RöV“<sup>16</sup>) nach § 31 Abs 5 Z 13 ASVG.

§ 1 Abs 2 HBK-V sieht vor, dass für Arzneispezialitäten im Gelben Bereich des EKO, die an Stelle der ärztlichen Bewilligung durch den chef(kontroll)-ärztlichen Dienst einer nachfolgenden Kontrolle unterliegen („Hellgelber Bereich“), vom HSVTr eine **einheitliche Dokumentation** als Nachweis für die Einhaltung der bestimmten Verwendungen festzulegen ist. Die HBK-V regelt die **Grundsätze dieser Dokumentation** und ihrer **nachfolgenden Kontrolle** durch den chef(kontroll)ärztlichen Dienst der SVTr.

Die sonstigen Arzneispezialitäten des Gelben und Roten Bereichs des EKO, sowie Arzneispezialitäten, die nicht im EKO angeführt sind, unterliegen der ärztlichen Bewilligung des chef(kontroll)ärztlichen Dienstes der SVTr. Die HBK-V regelt insb die **Grundsätze der Einholung dieser Bewilligung**. Dabei ist allerdings zu beachten, dass diese Regelungen erst Gültigkeit erlangen, wenn die elektronische Bewilligung via e-card eingeführt wird. Zurzeit gelten die Bestimmungen des § 14 HBK-V für die Übergangszeit sowie die landesspezifischen Ausformungen.<sup>17</sup>

§ 9 Abs 5 HBK-V stellt klar, dass Sonderfälle über die Verschreibung und die Abgabe von Arzneispezialitäten in Notfällen nicht in den Regelungsbereich der HBK-V fallen und die diesbezüglichen Vereinbarungen (zB „per. vit.“) unberührt bleiben.

## 2. Dokumentationspflicht

### a) Dokumentation nach der HBK-V

Für Heilmittel im Hellgelben Bereich hat der HVSvTr einheitlich in den RöV festzulegen, welche Informationen in der Dokumentation für den Nachweis des Vorliegens einer bestimmten Verwendung notwendig und zulässig sind. Diese **Dokumentationsvorgaben** sind vor der Kundmachung der Österreichischen Ärztekammer zu übermitteln und in der Folge einer Qualitätssicherung zu unterziehen und jährlich auf Grund der praktischen Erfahrungen in Zusammenarbeit mit der ÖÄK zu evaluieren sowie laufend weiter zu entwickeln. Gem § 3 Abs 1 HBK-V ist die Festlegung von Arzneispezialitäten im Hellgelben Bereich vom HVSvTr im Internet zu veröffentlichen.

Die Verschreibung einer Arzneispezialität aus dem Hellgelben Bereich kann nach § 4 Abs 1 HBK-V nur nach Anfertigung einer Dokumentation über die Einhaltung der bestimmten Verwendungen erfolgen. Die vollständige und inhaltlich richtige Dokumentation dient als Nachweis der Verordnerin (das sind der niedergelassene Arzt, der niedergelassene Zahnarzt, die Gruppenpraxis und die Krankenanstalt, die für Patienten aufgrund vertraglicher Regelung Arzneispezialitäten und Stoffe für magistrale Zubereitungen auf Kosten der Sozialversicherung verschreiben darf) gegenüber dem chef(kontroll)ärztlichen Dienst der SVTr über die Einhaltung der bestimmten Verwendungen. Andere als die für die Dokumentation festgelegte Inhalte sind als Nachweis des Vorliegens der bestimmten Verwendungen nicht zulässig und unbeachtlich.

Bei **erstmaliger Verschreibung** im Behandlungsfall sind die obligatorisch zu dokumentierenden Informationen nach § 4 Abs 3 der HBK-V insb zu gliedern in

- die Begründung, warum bei Verfügbarkeit einer oder mehrerer therapeutisch gleichwertiger Arzneispezialitäten im Grünen Bereich des EKO eine Arzneispezialität aus dem Gelben Bereich des EKO verschrieben wird;
- die Rezeptdaten;
- die Diagnosestellung im Volltext oder auf Basis einer softwaregesteuerten Codierung;
- den Verweis auf die Anamnese und Vorbehandlungsdaten, sowie die Ergebnisse der medizinischen Befunde in den ärztlichen Patienten- und Behandlungsdaten die in diesem Umfang zum Nachweis des Vorliegens der bestimmten Verwendung integrierender Bestandteil der Dokumentation sind.

Bei **Folgeverschreibungen** im gegebenen Behandlungsfall können sich die von der Verordnerin dokumentierten Informationen unter Bezug auf die Dokumentation der vorangegangenen Verschreibung auf die seitdem eingetretenen Änderungen beschränken (vgl § 4 Abs 4 HBK-V).

Nach § 4 Abs 5 HBK-V muss jede **Einzeldokumentation in elektronischer oder papiergebundener Form vorliegen**. Die Aufbewahrungsfrist der Einzeldokumentation beträgt mindestens zwei Jahre ab Ausstellung der der Einzeldokumentation zu Grunde liegenden Verschreibung und endet jährlich mit Ablauf des 31. 12.

### b) Exkurs: Dokumentationspflicht nach dem ÄrzteG

Das ÄrzteG<sup>18</sup>) sieht im § 51 Bestimmungen über die Dokumentationspflicht sowie Auskunftserteilung vor. Gem **§ 51 Abs 1 ÄrzteG** ist der Arzt ua verpflichtet, **Aufzeichnungen** über Art und Umfang der beratenden, diagnostischen oder therapeutischen Leistungen einschließlich der Anwendung von Arzneispezialitäten und der zur Identifizierung dieser Arzneispezialitäten und der jeweiligen Chargen iSd § 26 Abs 8 des Arzneimittelgesetzes<sup>19</sup>) erforderlichen Daten **zu führen** und hat hierüber der beratenden oder behandelten oder zu ihrer gesetzlichen Vertretung befugten Person alle Auskünfte zu erteilen. Der Arzt ist weiters verpflichtet, dem **Patienten Einsicht in die Dokumentation** zu **gewähren** oder gegen Kostenersatz die Herstellung von Abschriften zu ermöglichen. § 51 Abs 2 ÄrzteG normiert, dass Ärzte zur automationsunterstützten Ermittlung und Verarbeitung personenbezogener Daten sowie zur Übermittlung dieser Daten, insb an die SVTr und Krankenfürsorgeanstalten, in einem bestimmten Umfang mit Zustimmung des Kranken berechtigt sind.

Die Aufzeichnungen sowie die sonstigen der Dokumentation iSd § 51 Abs 1 ÄrzteG dienlichen Unterlagen sind mindestens zehn Jahre aufzubewahren.

16) Amtliche Verlautbarung der österreichischen Sozialversicherung im Internet Nr 5/2005, <http://www.avsv.at> (23. 6. 2005).

17) Vgl dazu noch die Ausführungen unter Punkt D.

18) BGBl I 1998/169, zuletzt geändert durch BGBl I 2003/140.

19) BGBl 1983/185.

### 3. Kontrolle und Bewilligung nach der HBK-V

Die Verschreibung von Arzneyspezialitäten und deren **Dokumentation** aus dem **Hellgelben Bereich** unterliegen, wie bereits erwähnt, der nachfolgenden Kontrolle durch den chef(kontroll)ärztlichen Dienst der SVTr. Die Dokumentation ist gem § 5 Abs 1 HBK-V innerhalb der Aufbewahrungsfrist von mindestens zwei Jahren dem chef(kontroll)ärztlichen Dienst nach Aufforderung unverzüglich zu übermitteln oder vorzuweisen und im Original oder in Kopie zu übergeben. Eine Überprüfung ist der Verordnerin zumindest 24 Stunden vor ihrer Durchführung anzuzeigen. Die SVTr haben in jedem Kalenderjahr bei mindestens 10% aller Verordnerinnen aus den Bereichen der Allgemeinmedizin und der einzelnen Sonderfächer Stichprobenkontrollen durchzuführen, wobei die Auswahl der Verordnerinnen durch zufallgesteuerte Stichproben mit der Maßgabe zu erfolgen hat, dass gewählte und kontrollierte Verordnerinnen von der Auswahl im nächstfolgenden Kalenderjahr nicht betroffen sein können.<sup>20)</sup>

Über die **Stichprobenkontrolle hinaus** sind jene Verordnerinnen **einmal pro Kalenderquartal zu kontrollieren, die**

- in den jeweils letzten sechs Monaten vor Beginn eines Kalenderquartals nach § 350 Abs 3 vierter Satz ASVG entweder verwarnet wurden oder einen Ersatz geleistet haben;
- mit der Anzahl der Verschreibungen oder den Kosten pro Verschreibung der in den jeweils letzten drei Monaten vor Beginn eines Kalenderquartals abgerechneten Arzneyspezialitäten aus dem Hellgelben Bereich mehr als 10% über dem Durchschnittswert der Verschreibungen vergleichbarer Verordnerinnen aus dem Bereich der Allgemeinmedizin oder dem selben Sonderfach liegen, wenn eine Gesamtbeurteilung aller Verschreibungen der Verordnerin (gesamte verursachte Heilmittelkosten, individuelle verursachte Heilmittelkostensteigerung) keine ausreichende Erklärung für die Überschreitung ergibt.<sup>21)</sup>

Die **Verordnerinnen sind** zeitnahe – möglichst nach jeweils acht Wochen nach Monatsende über den vorangegangenen Monat – **über ihr individuelles Verschreiberverhalten** von Arzneyspezialitäten betreffend des Hellgelben Bereichs und die dadurch verursachten Heilmittelkosten **zu informieren**.

Über die Kontrollen hat der SVTr zur Evaluierung der Mengen- und Kostenentwicklung von Arzneyspezialitäten aus dem Hellgelben Bereich

- eine Zusammenfassung der statistischen Auswertungen;
- die Anzahl der Kontrollen und Verwarnungen;
- die Anzahl der Höhe der Ersätze wegen Verletzung der Dokumentationspflicht;
- die Anzahl der auferlegten Bewilligungspflichten sowie
- die Anzahl der Kündigungen nach § 343 Abs 5 ASVG bzw noch laufender Kündigungsverfahren zu erfassen und bis zum 30. 9. bzw 31. 3. für das jeweils vorangegangene Kalenderhalbjahr elektronisch an den HVSVTr, die ÖÄK und das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, zu übermitteln.

Die HBK-K stellt in § 6 Abs 2 HBK-V klar, dass die **Bewilligung vom chef(kontroll)ärztlichen Dienst** der SVTr **von der Verordnerin einzuholen** ist und diese insbesondere **nicht auf die Patienten übertragen werden** darf. Das Wort „insbesondere“ lässt erkennen, dass es sich dabei bloß um eine demonstrative Aufzählung handelt. Gem § 7 HBK-V hat die Verordnerin für jede beabsichtigte Verschreibung einer Arzneyspezialität des Dunkelgelben und Roten Bereichs sowie der „No-Box“ eine **Bewilligungsanfrage** an den für den Patienten leistungszuständigen SVTr **in elektronischer Form, unter Verwendung** der technischen Infrastruktur **der e-card**, zu übermitteln. Der **chef(kontroll)ärztliche Dienst** hat ebenso in elektronischer Form, unter Verwendung der technischen Infrastruktur der e-card, die Bewilligung oder die Ablehnung – **im Regelfall innerhalb von 30 Minuten<sup>22)</sup> – zu beantworten**. Diese Zeitspanne beginnt mit jeder weiteren Übermittlung der Verordnerin an den chef(kontroll)ärztlichen Dienst zum jeweiligen Einzelfall neu zu laufen.<sup>23)</sup>

Die Anzahl jener Fälle, in denen auf eine Übermittlung der Verordnerin nicht innerhalb von 30 Minuten nach deren Einlangen geantwortet wurde, haben die SVTr samt Angabe der dafür im Wesentlichen ursächlichen Gründe bis zum 30. 9. bzw 31. 3. für das jeweils vorangegangene Kalenderhalbjahr elektronisch an den HVSVTr und das BMGF zu übermitteln.<sup>24)</sup>

Die KVTr hatten gem HBK-V dem HVSVTr bereits bis 31. 1. 2005 einen Kontrollplan vorzulegen. Dieser hat insb Aufschluss über die Durchführung der Kontrollen nach den Bestimmungen der § 5, § 12 sowie § 14 Abs 2 HBK-V durch Darstellung eines voraussichtlichen Mengengerüsts betreffend die zu kontrollierenden Verordnerinnen zu geben.<sup>25)</sup>

### 4. Sanktionen

§ 5 Abs 5 HBK-V sieht ein **stufenweises „Sanktionschema“** für Ärzte vor, deren Dokumentation nicht vorhanden oder mangelhaft ist.

Beim erstmaligen Auftreten einer mangelhaften (unvollständigen) Dokumentation hat der chef(kontroll)ärztliche Dienst den Arzt nachweislich zu **verwarnen**. Im **Wiederholungsfall** einer solchen Verletzung der Dokumentationspflicht sind dem SVTr die **Kosten der betreffenden Arzneyspezialität(en)** von der Verordnerin **zu ersetzen**. Findet der Ersatz gar nicht statt oder erst nach wiederholter Verletzung der Dokumentationspflicht trotz Verwarnung, kann der Verordnerin die **ausnahmslose Bewilligungspflicht für Arzneyspezialitäten des Gelben Bereichs** des EKO befristet bis zur Dauer von drei Jahren auferlegt werden. Erst der Verstoß der Verordnerin gegen eine solche Bewilligungspflicht berechtigt den SVTr zu einer **Kündigung des Vertrags** nach § 343 Abs 5 ASVG. →

20) Vgl § 5 Abs 2 HBK-V.

21) Vgl § 5 Abs 3 Z 1 und Z 2 HBK-V.

22) Sofern die Bewilligungsanfrage an Werktagen einlangt und zwar jeweils von Montag bis Freitag zwischen 7.00 Uhr und 19.30 Uhr und an Samstagen zwischen 8.00 Uhr und 12.30 Uhr. Eine außerhalb der genannten Zeitspannen einlangende Anfrage gilt mit dem Beginn der jeweils nächstfolgenden Zeitspanne als eingelangt.

23) Vgl § 9 HBK-V.

24) Vgl § 9 Abs 2 bis 4 HBK-V.

25) Vgl § 16 HBK-V.

## 5. Zielvereinbarung zwischen den Gesamtvertragsparteien

Gesamtvertragspartner gem § 341 ASVG können nach § 10 Abs 1 HBK-V Vereinbarungen über die Verschreibung von Arzneispezialitäten, die grundsätzlich der ärztlichen Bewilligung durch den chef(kontroll)ärztlichen Dienst der Sozialversicherung unterliegen darüber abschließen, dass diese unter bestimmten Bedingungen ohne die sonst erforderliche Einholung von Bewilligungen durch den chef(kontroll)ärztlichen Dienst erfolgen kann. Eine solche Vereinbarung kann gem § 10 Abs 6 HBK-V längstens bis zum 30. 11. 2005 abgeschlossen werden und muss bis spätestens 1. 12. 2005 In-Kraft-Treten. Die Möglichkeit einer derartigen Vereinbarung wurde nur in Oberösterreich zwischen OÖGKK und der Oberösterreichischen Ärztekammer getroffen. Dabei geht es im Wesentlichen darum, dass anstatt der Chefarztspflicht ein Bonussystem für Ärzte eingeführt wurde, nach dem das Honorar dann steigt, wenn die Arzneimittelausgaben sinken. Als gemeinsames Ziel wurde formuliert, dass Oberösterreich das Land mit den geringsten Arzneimittelausgaben werden sollte. Diese Regelung sollte unter dem Gesichtspunkt des Leistungsrechts für den Patienten und der Therapiefreiheit der Ärzte sehr kritisch beleuchtet werden.

Nach § 10 Abs 2 HBK-V haben die Vereinbarungen grundsätzlich sicherzustellen, dass

- der Entfall der Bewilligung zu **keiner Kostensteigerung** bei den von den Einzelvertragspartnern verschriebenen Arzneispezialitäten führt, die nicht auch bei Bewilligungspflicht eingetreten wäre;
- der **Generika-Anteil steigt** und
- Arzneispezialitäten außerhalb des Grünen Bereiches des EKO nur dann verschrieben werden, wenn diese im konkreten Behandlungsfall zur Erreichung des Behandlungszieles unbedingt notwendig sind und es keine Alternative aus dem Grünen Bereich gibt; dies ist von den Einzelvertragspartnern zu dokumentieren und vom chef(kontroll)ärztlichen Dienst der Sozialversicherung zu kontrollieren.

Derartige Vereinbarungen können für einen Geltungszeitraum von bis zu zwei Jahren abgeschlossen und im Einvernehmen der Gesamtvertragspartner immer nur befristet bis zur Dauer von jeweils zwei Jahren verlängert werden, wenn auf Grund des Inhalts und einer rechtzeitig vor dem Auslaufen durchzuführenden Evaluierung der Vereinbarung zu erwarten ist, dass die in § 10 Abs 3 HBK-V festgelegten Ziele erreicht werden.

§ 10 Abs 3 HBK-V legt fest, dass zur Erreichung der in § 10 Abs 2 HBK-V angeführten Grundsätze und zur Dämpfung der Gesamtentwicklung der jährlichen Heilmittelkostensteigerung solche Vereinbarungen insb Folgendes zu enthalten haben:

1. Gemeinsame **kalenderjährliche Ziele** der Gesamtvertragspartner über die Erhöhung des Generika-Anteils und über die Gesamtentwicklung der Kosten der von den Einzelvertragspartnern verschriebenen Arzneispezialitäten; dabei ist entsprechend zu berücksichtigen, dass die **jährlichen Heilmittelkosten** des SVTr insgesamt beginnend mit dem Jahr 2005 kon-

tinuierlich **104% der Heilmittelkosten des jeweiligen Vorjahres nicht übersteigen** sollen;

2. auf Basis der nach Pkt 1 vereinbarten Ziele kalenderjahrbezogene Zielwerte für die Einzelvertragspartner, die insb auf einem oder mehreren der folgenden Parameter zu beruhen haben und jeweils im Vergleich zum jeweiligen vorangegangenen Kalenderjahr zu sehen sind:

- a) die Gesamtanzahl der Verschreibungen;
- b) die Gesamtanzahl der Verschreibungen bestimmter Arzneispezialitäten oder bestimmter Gruppen von Arzneispezialitäten;
- c) der Durchschnitt der verursachten Heilmittelkosten pro Verschreibung;
- d) der Durchschnitt der verursachten Heilmittelkosten pro Behandlungsfall;
- e) das Verhältnis der Verschreibungen von Arzneispezialitäten außerhalb des Grünen Bereiches des EKO zur Gesamtmenge der verschriebenen Arzneispezialitäten;

3. die zeitnahe statistische Information der Einzelvertragspartner über ihr individuelles Verschreiberverhalten im Zusammenhang mit den Zielwerten nach Pkt 2 und die dadurch verursachten Heilmittelkosten.

Ebenso wird eine **finanzielle Haftung** (Ersatz des Mehraufwands an den Krankenversicherungsträger [in der Folge „KVTr“) für jene Einzelvertragspartner, die ihre Zielwerte verfehlen, festgelegt. Dabei darf das Ausmaß der Haftung jeweils das Ausmaß der Heilmittelkosten, die auf die Überschreitung des nach Pkt 2 für das entsprechende Kalenderjahr vereinbarten Zieles entfallen, nicht überschreiten.

Werden die Ziele nach § 10 Abs 3 Z 1 HBK-V erreicht, kann die Verwendung des Betrags, der auf die Unterschreitung eines Kostenzielwertes von 103,5% entfällt, von den Gesamtvertragspartnern vereinbart werden.<sup>26)</sup>

Aufgrund der Möglichkeit, Zielvereinbarungen zu gestalten, wird der Anschein erweckt, das **Verschreiberverhalten der Ärzte beeinflussen** zu wollen. Dies schließen wir daraus, da der vermehrte Einsatz von Generika und der Einsatz von kostengünstigeren Heilmitteln sowie die **Limitierung der individuellen Heilmittelausgaben** gefördert bzw „belohnt“ werden sollen. Es ist nicht auszuschließen, dass diese Vorgehensweise zu einer von § 132 ASVG nicht mehr gedeckten **Einschränkung des Leistungsspektrums** im Hinblick auf Heilmittel sowie zu einer ungebührlichen Einschränkung der ärztlichen Therapiefreiheit führt.

## 6. Übergangsregelung

Die HBK-V wurde nach einer heftig geführten öffentlichen Diskussion über Notwendigkeit und Machbarkeit einer zukünftigen Kontrolle bei der Kostenübernahme von Heilmitteln erlassen. Sie sollte den Meinungsunterschieden ein Ende bereiten und weisend für die Zukunft die Bahnen für ein neues „just in time“ Bewilligungssystem legen. Dabei stellt sich allerdings das Problem, dass die **grundlegende technische Voraussetzung** für die

<sup>26)</sup> Vgl § 10 Abs 4 HBK-V.

vorgesehenen Regelungen im Zusammenhang mit der „e-card“ noch nicht existent ist. Daher ist ein **Großteil der Bestimmungen** über die administrativen Abläufe bis auf weiteres mangels technischer Infrastruktur **noch nicht umsetzbar**. Es findet sich in § 12 der HBK-V eine Übergangslösung, die im Allgemeinen eine „Aussetzung“ oder „Abschaffung“ der ex-ante Kontrolle bedeutet. Das „ABS-System“<sup>27)</sup> soll Pressemeldungen zufolge aber erst im Jahr 2006 über den elektronischen Weg abgewickelt werden.<sup>28)</sup>

Für den **Übergangszeitraum** bis zur Einführung der e-card bestimmen §§ 11 und 12 HBK-V, dass die ärztliche Bewilligung durch den chef(kontroll)ärztlichen Dienst der SVTr für Arzneyspezialitäten des **Dunkelgelben und des Roten Bereichs** des EKO durch eine nachfolgende Kontrolle der **Dokumentation** ersetzt wird. Der HVSVTr hat die zulässigen Formen der Dokumentation einheitlich festzulegen und an die ÖÄK zu übermitteln. Die Dokumentation des Dunkelgelben Bereichs im Übergangszeitraum<sup>29)</sup> entspricht im Wesentlichen der Dokumentation im Hellgelben Bereich, daher verweisen wir auf die obigen Ausführungen unter Pkt C.2. a).

**Gesamtvertragspartner** nach § 341 ASVG können für vom Gesamtvertrag erfasste **Einzelvertragspartner** eine **Vereinbarung über die Bewilligungskommunikation per Fax** im Übergangszeitraum schließen. Während der Geltung einer solchen Vereinbarung ist § 12 HBK-V nicht anzuwenden. Die Vereinbarung hat unter Berücksichtigung des § 6 HBK-V vorzusehen, dass die Verordnerin für jede beabsichtigte Verschreibung einer Arzneyspezialität nach § 6 Abs 1 leg cit eine Bewilligungsanfrage an den chef(kontroll)ärztlichen Dienst des Gesamtvertragspartners unter Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen per Fax zu übermitteln hat. Die technischen und organisatorischen Rahmenbedingungen für die Übermittlungen per Fax, insb auch für die jeweiligen Antworten des chef(kontroll)ärztlichen Dienstes des Gesamtvertragspartners, sind zwischen den Gesamtvertragspartnern festzulegen.<sup>30)</sup>

Eine Maßnahme per Verordnung auszusetzen, weil die technischen Voraussetzungen derzeit noch nicht gegeben sind, ist zwar nicht üblich, aber per se nicht gesetzwidrig, wenngleich die daraus folgenden Konse-

quenzen **weitreichende Auswirkungen auf den Alltag** der Ärzte und der Patienten zeitigen.

#### D. Landesspezifische Umsetzungen der Chefarztpflicht-Neu-Verordnung

Wie bereits oben ausgeführt, ist für den Übergangszeitraum – bis zum Zeitpunkt der Verfügbarkeit der technischen Infrastruktur der e-card – die ärztliche Bewilligung durch den chef(kontroll)ärztlichen Dienst der SVTr für die Arzneyspezialitäten des Dunkelgelben und des Roten Bereichs des EKO durch eine nachfolgende Kontrolle der Dokumentation ersetzt. Die bis zu diesem Punkt ohnehin schon sehr komplexe Regelung wird durch die „Ausnahmeregelung“ in § 13 der HBK-V um die „Dimension des Föderalismus“ erweitert. Denn die genannte Bestimmung sieht vor, dass jeder einzelne KVTr mit jeder Landes-ÄK (Gesamtvertragspartner nach § 341 ASVG) einen Sondervertrag für den Übergangszeitraum bis zur Einführung der e-card und der Schaffung der technischen Voraussetzungen schließen kann. Dies bedeutet, dass durch die Verordnung die Möglichkeit hervorgerufen wurde, pro Bundesland und SVTr eigene landes- bzw trägerspezifische Systeme der „Chefarztbewilligung“ einzuführen.

##### 1. Aktuelle Praxis der Umsetzung bei den einzelnen Krankenversicherungsträgern

Tatsächlich wurde § 13 HBK-V von vielen KVTr genutzt, um die „alte“ Chefarztpflicht, die ex-ante Bewilligung per Fax oder per Post, wieder einzuführen. Betrachtet man die nunmehrige Umsetzung der Chefarztpflicht-Neu, bietet sich ein **vielfältiges Bild**. Man könnte sarkastisch auch von einem „Fleckerlteppich“ sprechen; denn **nahezu jedes Bundesland** (bzw jeder KVTr) hat **eine andere Variante** (zB Chefarzt- oder Dokumentationspflicht) für die unterschiedlichen Bereiche des EKO gewählt. Die folgende Tabelle soll eine Übersicht über die derzeit geltenden Regelungen bieten.

27) Arzneimittelbewilligungssystem.

28) Kurier v 23. 5. 2005, 6 und „e-card es wird ernst“, doktor in wien 5/2005, 30.

29) Vgl § 12 Abs 2 und 4 HBK-V.

30) Vgl § 13 HBK-V.

Tabelle: Übersicht über die landes- bzw trägerspezifische Umsetzung der „Chefarztpflicht-Neu“ im Übergangszeitraum bis zur Einführung der elektronischen Bewilligung:

KV-Träger	Vereinbarung gem § 13 HBK-V	Roter Bereich des EKO	„Dunkelgelber“ Bereich des EKO	„Hellgelber“ Bereich des EKO
WGKK	<b>X (25. 1. 2005)</b>	Bewilligung Arzt oder Patient	Dokumentation oder Bewilligung	Dokumentation
NÖGKK		Dokumentation	Dokumentation	Dokumentation
OÖGKK	<b>X (1. 1. 2005)</b>	Bewilligung	Bewilligung	Dokumentation
BGKK		Dokumentation	Dokumentation	Dokumentation
KGKK	<b>X (1. 1. 2005)</b>	Bewilligung	Bewilligung	Dokumentation
SGKK		Dokumentation	Dokumentation	Dokumentation

KV-Träger	Vereinbarung gem § 13 HBK-V	Roter Bereich des EKO	„Dunkelgelber“ Bereich des EKO	„Hellgelber“ Bereich des EKO
TGKK	X (15. 2. 2005)	Bewilligung	Dokumentation	Dokumentation
StGKK	X (1. 1. 2005)	Bewilligung	Bewilligung oder Dokumentation	Dokumentation
VGKK	X (1. 2. 2005)	Dokumentation	Dokumentation	Dokumentation
BVA		Bewilligung	Bewilligung	Dokumentation
SVA		Bewilligung	Dokumentation	Dokumentation
SVBauern	X (1. 1. 2005)	Bestimmungen der jeweiligen GKK	Bestimmungen der jeweiligen GKK	Dokumentation
VAEB		Bewilligung	Dokumentation	Dokumentation

Besonders hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang die Lösung zwischen der Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK) und der Wr Ärztekammer, die keine klare Regelung trifft, sondern dem Arzt die Wahl überlässt, ob er im Dunkelgelben Bereich des EKO das Arzneimittel nach einer Dokumentation verschreibt oder ob er eine Bewilligung beim chef(kontroll)ärztlichen Dienst einholt. Die Verletzung von § 350 Abs 3 ASVG, wonach der Arzt die Bewilligung selbst einzuholen hat und keinesfalls auf den Patienten übertragen darf, bleibt offenbar sanktionsfrei. Das bedeutet, dass in Wien der Patient auf seinen Wunsch den Verwaltungsweg selbst übernehmen darf. Der Arzt setzt in diesem Fall die Buchstaben „pv“ (patient vult) auf das jeweilige Rezept. Obwohl die gesetzliche Regelung, nach der der Patient (der „Leistungsbetroffene“) von der Einholung der chef(kontroll)ärztlichen Bewilligung und damit von der Einflussnahme auf den Verwaltungsweg (Einholung der Bewilligung durch den Arzt) ausgeschlossen wird, grundsätzlich zu kritisieren ist,<sup>31)</sup> erscheint bedenklich, dass eine nicht öffentlich publizierte Vereinbarung ein gesetzlich festgelegtes Verfahren modifizieren kann.

## 2. Sondervereinbarungen für den Zeitraum der Übergangsregelung

§ 13 HBK-V stellt eine **Ermächtigung zur Modifizierung der Gesamtverträge** nach § 341 ASVG für einen bestimmten Regelungssachverhalt – Bewilligungskommunikation für Arzneimittel per Fax – dar. Dadurch wird die Möglichkeit eröffnet, eine an sich bundeseinheitliche Regelung betreffend die Dokumentation und ex-ante Bewilligung von Heilmitteln durch landes- bzw trägerspezifische Regelungen zu ersetzen und damit eine für Leistungsanbieter (ua Ärzte und Krankenanstalten) sowie Leistungsempfänger (Patienten) **schwer überblickbare Situation** zu schaffen. Das widerspricht dem ersten Anschein nach dem Legalitätsprinzip, nach dem die Verwaltung an feste Regeln zu binden ist und das Handeln für den Bürger vorhersehbar und berechenbar gestaltet werden soll.<sup>32)</sup> Dies wird auch durch die Tatsache gestützt, dass nicht bereits bei In-Kraft-Treten der HBK-V die Vereinbarungen umgesetzt bzw kommuniziert wurden, sondern einige Vereinbarungen der KVTr (zB die der WGKK und die der

TGKK) erst im Laufe der ersten Monate nach bereits gelebter Praxis geschlossen wurden. Eine Information darüber erfolgte zwar an die Ärzte als Vertragspartner (Änderung des Gesamtvertrags), nicht jedoch an die Patienten als Leistungsbezieher.

Es existieren keine Bestimmungen, nach welchen Kriterien Gesamtverträge oder Änderungen derselben zu veröffentlichen sind. Demgemäß werden Gesamtverträge äußerst selten veröffentlicht und sind daher generell den Versicherten bzw Patienten nicht zugänglich. Dies steht im Widerspruch zu Art 18 B-VG. Nach dem VfGH<sup>33)</sup> sind Gesetze und Verordnungen entsprechend ihrer rechtsstaatlichen Funktion stets in einem für die Publikation von Gesetzen verfassungsrechtlich vorgesehenen Publikationsorgan der Allgemeinheit kundzumachen und nicht nur jenem Personenkreis, der vornehmlich als Adressat des Gesetzes in Betracht kommt. Ebenso sind Verweisungen auf Normen in anderen Publikationsorganen (die nicht dem Bundesgesetzblatt gleichwertig sind) verfassungswidrig, wenn die Fundstelle nicht angegeben wird. Im vorliegenden Fall handelt es sich um einen Verweis des § 13 HBK-V auf eine eventuelle Normierung im Gesamtvertrag nach § 341 ASVG und der Gesamtvertrag ist offenkundig kein dem Bundesgesetzblatt gleichwertiges Publikationsorgan.

**Manche dieser Sondervereinbarungen** zwischen KVTr und Landes-ÄK **sehen neben der Modifizierung der Bewilligungskommunikation per Fax auch zusätzliche Bestimmungen vor.** Die WGKK zB gewährt dem Vertragsarzt Sanktionsfreiheit, wenn der Patient auf seinen Wunsch freiwillig die Einholung der Bewilligung beim chef(kontroll)ärztlichen Dienst übernehmen möchte. Den Ärzten wird zudem eine Wahlfreiheit zwischen Dokumentation und Bewilligung für den Gelben Bereich des EKO eingeräumt. Die StGKK hat für den Gelben Bereich einen „modifizierten EKO“ herausgegeben, nach dem bestimmte Heilmittel aus dem Dunkelgelben Bereich von der Bewilligung ausge-

31) Vgl *Thaler/Plank*, Heilmittel und Komplementärmedizin in der Krankenversicherung 86f.

32) Ähnlich dazu *Öhlinger*, Verfassungsrecht<sup>5</sup> (2003) IX.1.1.

33) VfGH 3. 3. 1990, G2/90, G3/90, G4/90, G5/90, G6/90, G7/90, G32/90.



nommen werden und eine Verschreibung nach einer Dokumentation möglich ist.

Diese Sonderbestimmungen finden in § 13 HBK-V keine Deckung, da lediglich die Art der Bewilligungskommunikation – die durch die Kommunikation per Fax determiniert ist – durch Vereinbarung festgelegt werden kann. Darüber hinausgehende Inhalte, wie bspw. die Änderung der Verpflichteten im Verwaltungsweg oder die Einordnung in das Boxensystem, sind jedenfalls nicht von der HBK-V erfasst und daher auch nicht von dieser gedeckt.

Inhaltliche Bedingungen zur Verschreibung von Heilmitteln, die vom EKO abweichen, können auch nicht im Rahmen der allgemeinen Beziehungen gem § 341 ASVG (Gesamtverträge) geregelt werden, denn die **Kompetenz zur Herausgabe des EKO und die Festlegung der darin enthaltenen Verschreibungsbestimmungen** ist nach § 31 Abs 3 Z 12 ASVG dem **HVSVTr zugeordnet**. Diese Vorgangsweise könnte zu der absurden Situation führen, dass ein Arzt von der StGKK mit einer Sanktion bedroht wird, weil er die steirischen „Sondervorschriften“ nicht eingehalten hat, wengleich seine Vorgangsweise den Regelungen des EKO des HVSVTr entspricht. UE hat die StGKK mit der Herausgabe eigener Erstattungsregelungen ihre Kompetenz überschritten. Die Vertragsärzte der StGKK können daher mit keinerlei Sanktion belegt werden, wenn sie die Bestimmungen des „HVSVTr-EKO“ einhalten, dies aber gleichzeitig den „StGKK-EKO“ verletzen würde.

Ebenso erscheint **bedenklich, dass eine vertragliche Vereinbarung**, nämlich die zwischen WGKK und Wr ÄK die **Bestimmung des § 350 Abs 3 ASVG** – nach der der Arzt die Bewilligung beim chef(kontroll)ärztlichen Dienst einzuholen hat – **verändert bzw außer Kraft setzt**. UE ist es nicht zulässig, durch eine vertragliche Vereinbarung die Einhaltung einer zwingenden Gesetzesbestimmung zu modifizieren, wengleich die Vorgangsweise der WGKK aus Patientensicht zu befürworten ist.

Das öffentliche Verfahren im Zusammenhang mit der neuen Regelung der Übertragung der Einholung der Chef(Kontroll)arztspflicht auf den Patienten erscheint allerdings im Blickwinkel der Parteienrechte besonders bedenklich.<sup>34)</sup> Dem **Arzt** wurde eine Art gesetzliche Vertretung für die Einholung der chef(kontroll)ärztlichen Bewilligung für den Patienten aufgezwungen, die er gem § 350 Abs 3 ASVG unter keinen Umständen auf den Patienten übertragen darf. Zusätzlich zum **administrativen Mehraufwand** obliegen ihm nun erhöhte Informationspflichten, da er den Patienten über die notwendige und zweckmäßige Therapie sowie über die erforderlichen administrativen Akte aufzuklären hat. Eine besondere Aufklärungspflicht kommt dem Arzt vor allem dann zu, wenn der Chef(Kontroll)arzt die beantragte Therapie ablehnt.

Die Verfügungsmöglichkeiten des Patienten hingegen wurden durch § 350 Abs 3 ASVG im ersten wesentlichen Verfahrensschritt des Antrags eingeschränkt. In vielen Fällen ist der Patient auf die „Fachexpertise“ des Arztes angewiesen und hat keine andere Möglichkeit, sich über Eignung von Therapien und deren Alternativen zu informieren. Zudem ist er nunmehr nicht

mehr in die „Erstantragstellung“ eingebunden, sondern hat erst die Möglichkeit – nachdem er vom Arzt von der Ablehnung durch den Chef(Kontroll)arzt erfahren hat – weitere Verfahrensschritte zu setzen, wie zB Beantragung eines Leistungsbescheids und in weiterer Folge die gerichtliche Geltendmachung seines Rechtes.

### 3. Ungleichbehandlung aufgrund unterschiedlicher Bestimmungen?

Die derzeit geltenden unterschiedlichen Regelungen für die Kostenübernahme durch die soziale Krankenversicherung für ein und dasselbe Heilmittel (vor allem im Gelben Bereich des EKO) führen zB dazu, dass in Oberösterreich der Arzt die Bewilligung einzuholen hat und in Niederösterreich der Arzt nach einer erweiterten Dokumentation unter Androhung einer nachfolgenden Kontrolle das Heilmittel ohne weiteren bürokratischen Aufwand verschreiben darf. In Wien hat der Patient die Entscheidungsfreiheit, ob der Arzt die Bewilligung einholen soll, oder ob er den administrativen Weg selbst beschreitet. Der Arzt wiederum darf in Wien für Produkte im Gelben Bereich wählen, ob er dokumentiert oder eine Bewilligung beim chef(kontroll)ärztlichen Dienst einholt.

Basierend auf das ASVG müssten all diese unterschiedlichen Bewilligungs- bzw Dokumentationsarten zum gleichen Ergebnis führen. Nach dem Leistungsrecht hat der Patient das für seine individuelle Situation ausreichende und zweckmäßige Arzneimittel zu erhalten, das das Maß des Notwendigen allerdings nicht überschreiten darf. Ein kritischer Betrachter des Sachverhalts könnte die provokante These aufstellen, dass eben **völlig unterschiedliche Verfahren** zwangsläufig verschiedene Verhaltensweisen von Menschen hervorrufen und dies daher notwendig zu unterschiedlichen Ergebnissen führt. Dabei ist vor allem zu bedenken, dass der maßgebliche Unterschied zwischen Dokumentationspflicht und Einholung einer Bewilligung in der Übernahme einer „Mehr-Verantwortung“ durch den Arzt liegt. Denn wenn er eine chef(kontroll)ärztliche Bewilligung für ein besonders teures Heilmittel eingeholt hat, gilt die Kopie der Bewilligung als „Kostenübernahmebeleg“ in seiner Kartei dafür als Beweis. Hat ein Arzt hingegen die Pflicht zur Dokumentation, bleibt ein gewisses Restrisiko, dass die medizinischen Fachkräfte der KVTr diesen Sachverhalt im Nachhinein anders bewerten als er, der eine ex-ante Entscheidung zu treffen hat. Damit gerät der Arzt aber in weiterer Folge in Gefahr, die Kosten für das Heilmittel als Sanktion für eine mangelnde Dokumentation zurückzahlen zu müssen.

Aufgrund der aktuellen Regelungen sollte der **Vertragsarzt zumindest 13 unterschiedliche Regelungen<sup>35)</sup> für die Kostenübernahme von Heilmitteln im Roten und Gelben Bereich des EKO kennen sowie beachten**. Zudem wird er für eine unzureichende Dokumentation mit Sanktionen bedroht. Im Gegensatz dazu wäre es für den Arzt einfacher, „frei verschreibbare“ Heilmittel aus dem Grünen Bereich zu verordnen. Weiters stellt sich die Frage, ob dem Arzt der vermehrte

34) Vgl. *Thaler/Plank*, Heilmittel und Komplementärmedizin 86f.

35) Derzeit existieren 13 Krankenversicherungsträger.

Aufwand der Einholung einer chef(kontroll)ärztlichen Bewilligung überhaupt zuzumuten ist, da dies, wie oben bereits dargelegt, zu einem beachtlichen zeitlichen Mehraufwand<sup>36)</sup> im Hinblick auf die Patienteninformation führt. Möglicherweise würden sich manche Patienten – aufgrund deren unmittelbaren Betroffenheit – beim Überwinden dieser administrativen Hürde engagierter zeigen. Hingegen ist aber zu bedenken, dass die meisten Patienten auf das ärztliche Gutachten angewiesen und daher einer Fachdiskussion mit Chef(Kontroll)ärzten nicht gewachsen sind. All die dargelegten Bedenken lassen in der praktischen Umsetzung der „Chefarztpflicht Neu“ daran zweifeln, dass die **unterschiedlichen Regelungen** zu annähernd gleichen Rechtsfolgen führen werden.

Eine **sachliche Rechtfertigung** für die Differenzierung bei den regionalen bzw trügerspezifischen Unterschieden, wie zB bei der Verpflichtung zur Dokumentation oder einer bestimmten Art eines Bewilligungsverfahrens, ist **nicht erkennbar**. In diesem Zusammenhang ist die ständige Rechtsprechung des VfGH,<sup>37)</sup> nachdem es dem Gesetzgeber offen steht, sich in unterschiedlichen Verfahrensbereichen für durchaus eigenständige Ordnungssysteme zu entscheiden, nicht anzuwenden, da es sich gerade im konkreten Fall nicht um „unterschiedliche“, sondern oftmals „gleiche“ Sachverhalte handelt. Es ist kein nachvollziehbarer Grund ersichtlich, warum in einem bestimmten Bundesland der KVTr die Kosten eines bestimmten Heilmittels nur nach einer Dokumentation inklusive Begründung bezahlt und im Nachhinein möglicherweise durch die Kontrolle gem § 5 Abs 5 H-BKV die Kosten vom Verschreiber zurückverlangt, und bei einem anderen KVTr die Kostenübernahme nur nach einer Ex-ante-Bewilligung ohne weitere Konsequenzen für den Arzt erfolgt. Ebenso ist aus Sicht des Patienten nicht verständlich, warum bei gleich gelagerten Sachverhalten, wie zB gleicher Diagnose und Vorbehandlungsgeschichte, in Wien der Patient die Möglichkeit hat, selbst die chef(kontroll)ärztliche Bewilligung einzuholen, in der Steiermark der Arzt per Fax die Bewilligung einzuholen hat und in Niederösterreich der Arzt dieses Präparat nur nach einer Dokumentation unter der Androhung einer nachfolgenden Kontrolle verschreiben darf. Diese **Ungleichbehandlung** wird vor allem bei der Vorgangsweise der Versicherungsanstalt der Bauern (VAB) deutlich, die sich bei ihrem Bewilligungsverfahren für Heilmittel nach den Regelungen der jeweiligen Gebietskrankenkasse orientiert. Versicherte der VAB unterliegen einem österreichweit einheitlichen Beitragsrecht. Es besteht die Gefahr, dass VAB-Versicherte, wenn sie Leistungen in verschiedenen Bundesländern in Anspruch nehmen, jeweils unterschiedlichen Antrags- und Bewilligungsverfahren hinsichtlich Heilmittel unterliegen und somit zu verschiedenen Leistungsergebnissen gelangen.

### E. „No-Box“ Einschränkung der Leistungsansprüche der Versicherten?

Im Hinblick auf das Leistungsrecht des Versicherten stellt sich die Frage, ob das neue „Boxen- und Erstattungssystem“ für Heilmittel eine Änderung betreffend

die Leistungsansprüche der Versicherten gebracht hat. Die wesentliche gesetzliche Bestimmung im ASVG, die den Leistungsumfang definiert (§ 133 Abs 2 ASVG), wurde nicht geändert. In der Folge wird untersucht, ob es durch das neue System zu Änderungen im Leistungsverhalten der Anbieter oder des Bewilligungsverhaltens der Chef(Kontroll)ärzte kommt.

## 1. Erstattungskodex versus Heilmittelverzeichnis

Vor der Umstellung auf den EKO war das Kostenübernahmeverfahren von Heilmitteln nach einem simplen Prinzip ausgestaltet.<sup>38)</sup> Grundsätzlich war für jedes Arzneimittel eine Bewilligung des chef(kontroll)ärztlichen Dienstes einzuholen. Für Arzneimittel, die entweder allgemein oder unter bestimmten Voraussetzungen (zB für gewisse Krankheitsgruppen oder Altersstufen von Patienten, in bestimmter Menge oder Darreichungsform) ohne die sonst notwendige chef(kontroll)ärztliche Bewilligung abgegeben werden können, wurde der Verwaltungsweg erleichtert, indem sie im „Heilmittelverzeichnis“ aufgelistet und damit frei (ohne weitere administrative Wege) verschreibbar waren. Es gab früher somit zwei Kategorien von Heilmitteln, „chef(kontroll)-arztpflichtige“ und „frei verschreibbare“.

Die Einführung des EKO brachte eine Zersplitterung dieses Systems mit sich. Mit 1. 4. 2004 wurde erstmals eine **Negativliste** in Form einer Verordnung veröffentlicht,<sup>39)</sup> die bestimmte Arzneimittelkategorien enthält, die nach objektiven und überprüfbaren Kriterien im Allgemeinen nicht zur Krankenbehandlung iSd § 133 Abs 2 ASVG geeignet sind.

Im Zuge dieser Umstellung wurde auch der Begriff der **„Erstattungsfähigkeit“** eingeführt. Gem § 1 Abs 3 der Liste nicht erstattungsfähiger **Arzneimittelkategorien** sind jene Heilmittel „nicht-erstattungsfähig“, die unter eine der aufgelisteten Kategorien fallen (wie zB Arzneimittel zur Behandlung in Krankenanstalten, Arzneimittel zur Prophylaxe, Arzneimittel zur Empfängnisverhütung) und jene, die nicht im EKO angeführt werden und somit grundsätzlich nicht als Leistung der Krankenbehandlung auf Rechnung eines SVTr abgegeben werden dürfen. Nach § 20 Abs 3 der Verordnung zur Herausgabe des Erstattungskodex (in der Folge „VO-EKO“) sind auch jene Arzneimittel von der Erstattung ausgeschlossen, deren **Packungsgröße** über die Behandlung eines Regelfalls hinausreicht (Akutkrankheiten). Dies gilt ebenso für Arzneimittelpackungsgrößen für chronische Krankheiten, die in ihrer Stückzahl nicht der Dauer eines Monats (zB 28 bis 32 Stück) entsprechen.

36) Vgl dazu *Thaler/Plank*, Heilmittel und Komplementärmedizin 86f.

37) VfGH 17. 6. 1998, G372/97.

38) Vgl *Thaler/Plank*, Heilmittel und Komplementärmedizin in der Krankenversicherung 86.

39) Liste nicht erstattungsfähiger Arzneimittelkategorien gem § 351 c Abs 2 ASVG, Amtliche Verlautbarung 34/2004 im Internet <http://www.avsv.at>; die Arzneimittelkategorien waren zum Großteil durch ein Bewilligungsverbot der Chef(Kontroll)ärzte in den ehemaligen RÖV von der Kostenerstattung ausgeschlossen: Richtlinien des Hauptverbands der österreichischen SVTr über die ökonomische Verschreibeweise von Heilmitteln und Heilbehelfen gem § 31 Abs 3 Z 13 ASVG vom 1. 1. 1996 (RÖV) idF 1. Änderung, Amtliche Verlautbarung 98/2004 im Internet <http://www.avsv.at>

Die dargelegten Bestimmungen und die Tatsache, dass der HVSvTr auch aus ökonomischen Gründen Produkte nicht in den EKO aufnimmt, führt neben dem Grünen, Gelben und Roten Bereich des EKO zu einer weiteren Heilmittelgruppe außerhalb des EKO, die in der Fachwelt „**No-Box**“ genannt wird.

In diesem Zusammenhang ist § 14 HBK-V zu erwähnen, der darauf abstellt, dass Arzneimittel, die nicht im EKO angeführt sind, nicht auf Kosten der österreichischen Sozialversicherung verschrieben werden dürfen, außer es liegt ein begründeter Einzelfall vor, in dem die Behandlung einer solchen Arzneispezialität aus zwingenden therapeutischen Gründen notwendig ist und eine Arzneispezialität aus dem EKO zur Krankenbehandlung nicht zur Verfügung steht.

Das **Verhalten einiger KVTr** kurz nach Einführung des EKO mit 1. 1. 2005, „No-Box-Heilmittel“ kategorisch abzulehnen, stand **nicht im Einklang mit § 14 HBK-V**. Vielmehr hätte jeweils auf den Einzelfall abgestellt und geprüft werden müssen, ob für diesen konkreten Patienten eine therapeutische Alternative aus dem EKO zur Verfügung gestanden wäre. Sofern das beantragte Heilmittel die einzig mögliche Therapieoption – aus einer Ex-ante-Betrachtung – gewesen wäre, hätten die Chef(Kontroll)ärzte die Bewilligung erteilen müssen.

## 2. Erstattungskodex – verdeckte Rationierung?

Der HVSvTr ist in seinen Publikationen sehr klar: „... das politische Ziel ist, den Kostenanstieg für Medikamente in den Jahren 2003 bis 2006 auf durchschnittlich 3 bis 4 Prozent zu drücken.“<sup>40)</sup> Zur Wahrung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit sollen die **Heilmittelkosten in den Jahren 2004 bis 2006 jeweils 103 bis 104 Prozent der Kosten des jeweiligen Vorjahrs nicht übersteigen**. Auch in § 11 Abs 2 HBK-V wurde die Möglichkeit von derartigen Zielvereinbarungen, vor allem für den Übergangszeitraum bis zur Einführung des elektronischen Bewilligungssystems via e-card, vorgesehen.<sup>41)</sup>

Das Statement und die oben zitierte Passage aus der HBK-V lassen allerdings **offen**, ob das genannte **Ziel** der Sozialversicherung – nämlich Senkung der Kosten – **auf fundierte Untersuchungen** bzw Evaluationen, die eine mögliche Überversorgung belegen, **basiert**. Ebenso ist **nicht bekannt**, ob sich der angepeilte Steigerungssatz **mit dem zukünftigen Bedarf in der Bevölkerung**, vor allem angesichts der demographischen Entwicklung (älter werdende Bevölkerung), **deckt**. Die Höhe der genannten Prozentsätze drängen den Verdacht auf, dass die konkreten Vorschläge des HVSvTr mit der jährlichen Beitragseinnahmesteigerung der österreichischen Krankenversicherung zusammenhängen<sup>42)</sup> und nun auch die einnahmenorientierte Ausgabenpolitik im Bereich der Heilmittel verwirklicht werden soll.<sup>43)</sup> Als Mittel zur Senkung der Kosten im Heilmittelbereich wurden vor allem Preis- und Spannungsenkungen genannt. Solange es gelingt, die gewünschte Kostendämpfung lediglich durch Kostensenkung der erbrachten Leistungen zu erzielen, erscheint dies im Sinne der Versichertengemeinschaft wünschenswert. Wenn sich aber die einnahmenorientierte Ausgabenpo-

litik nur mehr über tatsächliche Rationierungen in Form von Leistungseinschränkungen bzw der Reduktion von individuellen oder qualitativen Leistungen verwirklichen lässt, widerspricht dies dem Leistungsrecht der österreichischen Sozialversicherung und geht zu Lasten der einzelnen Versicherten. **Fraglich ist** im gegebenen Zusammenhang, **ob** die im Gesetz normierte **ausreichende und zweckmäßige Therapie nach dem Stand der Medizin** weiterhin gesichert ist. Oftmals muss sich der Patient entscheiden, ob er auf die konkrete Therapie verzichtet, eine weniger zweckmäßige (kostengünstigere) akzeptiert oder sich diese aus privaten zusätzlichen Mitteln finanziert.

Die **Chef(Kontroll)arztspflicht**, aber auch die nachfolgende Kontrolle der Dokumentation, sind ein **Steuerungsinstrument** und geeignet, die Kosten der sozialen Krankenversicherung zu reduzieren. Dies lässt sich leicht durch die Einschränkung der gewährten chef(kontroll)ärztlichen Bewilligungen und eine sehr intensive Nutzung der Sanktionsmöglichkeiten nach mangelhafter Dokumentation umsetzen. Obwohl die Patienten theoretisch die Möglichkeit der gerichtlichen Geltendmachung haben, um zu ihrem Recht zu kommen, wird aufgrund bisheriger Erfahrungen nur ein Bruchteil der Versicherten diesen Weg beschreiten. Der Auftrag der SVTr als Selbstverwaltungskörper ist die Versorgung ihrer Versicherten mit den gesetzlich vorgesehenen Leistungen unter Anwendung der Sorgfalt eines ordentlichen Kaufmannes. Eine **Modifizierung (Rationierung) des Leistungskatalogs als Folge von abschreckenden und kaum überwindbaren administrativen Hürden**, wie zB ein komplexes Bewilligungssystem durch die Chef(Kontroll)ärzte, könnte eine **Überschreitung der Kompetenz der Selbstverwaltungskörper** darstellen.

Fraglich ist, ob die derzeitige Umsetzung der „Chefarztspflicht Neu“ nicht nur im Konflikt mit dem **Gleichheitssatz** steht, sondern auch eine Form der verdeckten Rationierung darstellt. Angesichts der Vielfältigkeit der Regelungen im Hinblick auf die stufenweise Erstattungsfähigkeit der Arzneimittel (Roter, Gelber und Grüner Bereich und Negativliste sowie „No-Box“) und der unterschiedlichen Verfahrensregelungen (Dokumentation sowie Chef[Kontroll]arztspflicht) und der verschiedenen Ausprägungen der Verschreibungspraxis in den Bundesländern, ist es nahezu unmöglich, dass die Patienten „ihre Rechte“ kennen. Mittlerweile bedarf es grundlegender Recherchen, sowohl seitens der Patienten, als auch seitens der Ärzte (betreffend Einholung der Chef[Kontroll]arztspflicht), um die entsprechenden Leistungen im jeweiligen Verfahren durchsetzen zu können. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass Patienten mit weniger Erfahrung in Verwaltungsbelangen sowie unter anderem auch Patienten mit ge-

40) Holzweber, Chefarztspflicht Neu, Vereinfachung für Ärzte und Patienten, SozSi 2003, 542.

41) Vgl Punkt C.5.

42) In den letzten Jahren bewegte sich die Beitragseinnahmesteigerung wie folgt: 1999: 3,2%, 2000: 2,8%, 2001: 4,0% und 2002: 1,7%; Hauptverband der österreichischen SVTr, Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2003, 10.

43) Vgl zur einnahmenorientierten Ausgabenpolitik Ivansits, Die neue Spitalsfinanzierung, ASoK 1997, 52 und Geppert, Die Krankenanstaltenfinanzierung von 1997 bis 2000, SozSi, 1996, 456.

ringerer Bildung tendenziell von einem komplexen Verfahren abgeschreckt werden. In diesem Zusammenhang sei die Untersuchung von *Endel*<sup>44)</sup> angesprochen, in der festgestellt wurde, dass 52,22% der im ersten Verfahren abgelehnten Anträge auf Kostenübernahme eines Heilmittels gerechtfertigt waren. Sie wurden aufgrund von unzureichender Begründung oder Dokumentation durch den Arzt zunächst nicht bewilligt. Nur in 9,58% der Fälle wurde ein anderes Heilmittel als das „zweckmäßigere“ im Sinne der RöV identifiziert. Für die verbleibenden 38,20% vermutete *Endel*, dass die Patienten das Arzneimittel selbst bezahlt oder auf die Behandlung verzichtet haben. Dies wurde bei prophylaktischen Maßnahmen oder bei Krankheiten mit subjektiv geringer Belastung der Krankheit angenommen.<sup>45)</sup> Angesichts dieser Zahlen scheint sich unsere **These der verdeckten Rationierung im Zusammenhang mit der Einführung des EKO** zu bestätigen. Die dargelegten Entwicklungen lassen einen Trend erkennen, der auf eine Zwei-Klassen-Kostenübernahme hinsteuert. Patienten, die aufgrund von Bildung und Erfahrung sowie anderer Faktoren in der Lage sind, ausreichend Informationen einzuholen, um im Verwaltungsverfahren ihre Rechte durchzusetzen, stehen jenen gegenüber, die tendenziell weniger oder andere Leistungen erhalten, weil sie sich aufgrund mangelnder Information oder zu großer administrativer Hürden vom Versuch, ihr Recht durchzusetzen, abschrecken lassen.

## F. Abschließende Überlegungen

Die Versprechen der SVTr und der Politik, ein einfacheres Verfahren im Hinblick auf die Kostenerstattung von Heilmitteln zu schaffen, sind zumindest für den Übergangszeitraum bis zur Einführung der elektronischen Kommunikation nicht eingetreten. Die unterschiedlichen Ausprägungen der „Chefarztpflicht Neu“ erfüllen uE nicht das durch Art 18 B-VG geforderte Mindestmaß an Transparenz im Sinne einer Rechtssicherheit.

**Erstrebenswert** ist eine sowohl für den Arzt, als auch für die Patienten, **einfache und leicht administrierbare Lösung**, die österreichweit einheitlich ausgestaltet ist. Dies forderten jüngst Patientenvertreter.<sup>46)</sup> Dabei wurde vor allem auch artikuliert, dass unnötige Belastungen für den Patienten und unwürdige Bittstellungen bei Behörden ein Ende haben sollten. Sämtliche Patientenvertreter sahen die Gefahr der „Vermeidung des Aufwands“ (zB durch zusätzlichen Dokumentationsaufwand bei Verschreibungen) und dem damit einhergehenden **Qualitätsverlust** bzw der **Unterversorgung der Versicherten**. Besonders hervorzuheben ist der Vorschlag von Patientenanwalt *Bachinger*,<sup>47)</sup> der die zukünftige Aufgabe der Chefärzte nicht in der ökonomischen Ex-ante-Kontrolle sieht, sondern die Chef (Kontroll)ärzte aufruft, sich der **Qualitätssicherung** zu widmen. Möglicherweise wartet der Rechnungshof in Kürze mit ähnlichen Vorschlägen auf, hat er doch auf Anregung des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen mit einer Prüfung des chefarztlichen Dienstes der österreichischen SVTr begonnen.<sup>48)</sup> Bereits im Jahr 1998 hat der **Rechnungshof** im Rahmen seines Sonderberichts<sup>49)</sup> festgestellt, dass die **Ausübung der**

**Chef(Kontroll)arztpflicht für die KVTr einen hohen Personalaufwand** und hohe **Personalkosten** bedeute. Die Tätigkeit werde nicht im Sinne von medizinischen Gutachten ausgeübt, sondern nach formalen Kriterien vollzogen. Weiters bestehe kein unmittelbarer Zusammenhang zwischen der Anzahl der chef(kontroll)arztpflichtigen Präparate (Verordnungen) und den Ausgaben eines KVTr für Heilmittel. Der Rechnungshof ist damals für die **Umgestaltung** im Sinne einer praxisnahen, Verwaltungskosten sparenden und patientenfreundlichen Vorgangsweise eingetreten. Möglicherweise bieten die jüngst in der Pressekonferenz vorgestellten Vorschläge, wie zB **Versorgungsvereinbarungen** oder **„Wahlheilmittel“** Lösungsansätze.<sup>50)</sup> Versorgungsvereinbarungen sind Verträge zwischen Patienten und Krankenkassen betreffend die notwendigen Heilmittel, Heilbehelfe und Hilfsmittel über einen begrenzten Zeitraum für chronisch kranke Patienten. Für diesen Zeitraum fällt jede administrative Hürde für den Versicherten weg. Unter „Wahlheilmittel“ ist ein System zu verstehen, nachdem der Patient ein Arzneimittel nach seinem Wunsch bezieht und die Differenz auf den Preis der Alternative, die vom zuständigen KVTr übernommen würde, aufzahlt. Das bereits existierende Wahlärztesystem, nachdem Patienten nach Inanspruchnahme eines „Nicht-Vertragsarztes“ 80% des Kassentarifs erstattet bekommen, würde damit auf Heilmittel angewandt werden.

Es scheint für die unterschiedlichen Interessensvertretungen keine Kompromisslösungen zu geben. Die Vertreter der Ärzte und Patienten fordern eine Abschaffung der administrativen Hürde und sprechen sich für die Vereinfachung des Verwaltungswegs aus. Die KVTr befürchten eine Explosion der Heilmittelausgaben und beharren auf die Ex-ante-Bewilligung als Kostenregulierungsinstrument. Theorien lassen sich nur durch die Praxis belegen. Eine Falsifikation der unterschiedlichen Theorien kann nur durch die praktische Erprobung in Modellversuchen erfolgen, wie dies im Zuge der Einführung der e-card erfolgte. Eine Möglichkeit wäre, die unterschiedlichen Lösungsansätze in abgegrenzten Projekten zu testen. Dies hätte unter Umständen auch vor Einführung des derzeit geltenden Bewilligungs- und Dokumentationssystems zu weniger Problemen und mehr Klarheit in der Umstellungsphase geführt.

44) *Endel*, Chefarztliche Genehmigungspflicht, Eine Studie zu den Auswirkungen von Ablehnungen auf die Patientenbetreuung, *SozSt* 2004, 505.

45) *Endel* stellte auch noch die Möglichkeit zur Auswahl, dass der Behandler das Arzneimittel aus dem Pro Ordinatione Pool (darunter versteht man Heilmittel und Heilbehelfe, die der Arzt in der Ordination lagert, um Notfälle [zB Wunden] versorgen zu können) genommen hat.

46) Pressekonferenz (Patientenrechte und Arzneimittel) v 11. 5. 2005 im Vestibül des Burgtheaters mit Mag. *Monika Maier* (Geschäftsführerin der Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfe in Österreich), Dr. *Josef Weiss* (Patienten und Pflegeanwalt Burgenland), Dr. *Gerald Bachinger* (Patienten und Pflegeanwalt Niederösterreich), Dr. *Herbert Cabana* (Präsident der österreichischen Ärztekammer) und Dr. *Andreas Penk* (Geschäftsführer Pfizer Österreich).

47) Patienten und Pflegeanwalt aus Niederösterreich, Sprecher der Arbeitsgemeinschaft der österreichischen Patientenanwälte im Rahmen der Pressekonferenz v 11. 5. 2005; vgl FN 46.

48) Vgl Pressemeldung: Gesundheit: *Lackner/Rauch-Kallat* simuliert Aktivitäten, *www.ots.at* vom 20. 4. 2005.

49) Sonderbericht des Rechnungshofes, „Heilmittel und Heilbehelfe“, Rechnungshof ZI 1600-Pr/8/98, Reihe Bund 1998/2, 9.

50) *Weiss*, Pressekonferenz (Patientenrechte und Arzneimittel) v 11. 5. 2005; vgl FN 46).

## → In Kürze

Das ab 1. 7. 2004 stufenweise eingeführte Boxenmodell löst die ehemalige Zweiteilung der Heilmittel in „Schwarzpunktpräparate“ (das sind jene, die einer Chef[Kontroll]arztspflicht unterliegen) und frei verschreibbare Arzneimittel ab. Nunmehr werden die Arzneimittel in mehrere Bereiche, je nach Verschreibbarkeit, eingeordnet (Negativliste, No-Box, Red Box, Yellow Box und Green Box). Die mit 1. 1. 2005 eingeführte „Chefarztspflicht Neu“ (Heilmittel-Bewilligungs- und Kontrollverordnung) überträgt die Verpflichtung zur Einholung der chef(kontroll)ärztlichen Bewilligung dem Arzt. Dies führt dazu, dass dem Arzt eine Art gesetzliche Vertretung des Patienten in einem sozialversicherungsrechtlichen Leistungsverfahren aufgedrängt wurde, die mit zusätzlichen Informations- und Aufklärungspflichten verbunden ist. Die Verfügungsmöglichkeiten des Patienten wurden im Gegensatz dazu eingeschränkt. Aufgrund der mangelnden Verfügbarkeit der Infrastruktur der e-card ist die geplante Abwicklung der Einholung der chef(kontroll)ärztlichen Bewilligung auf elektronischem Weg nicht möglich. Daher war es notwendig, Regelungen für den Übergangszeitraum zu schaffen. Die Verordnung hat die Möglichkeit von länder- bzw trägerspezifischen Einzellösungen vorgesehen. Dies führt zu einer rechtlich fragwürdigen Situation; denn nahezu jede Gebietskrankenkasse hat nun die Einholung der Chef(Kontroll)arztspflicht auf eine andere Weise (Fax-Lösung, Dokumentation mit nachfolgender Kontrolle, Postweg oder eigener Erstattungskodex) gelöst.

Dies ist im Hinblick auf das Legalitätsprinzip bedenklich. Weiters besteht die Gefahr, dass die sehr unterschiedlichen Verwaltungswege zu verschiedenen Ergebnissen bei gleichem Leistungsrecht (vgl insb § 133 Abs 2 ASVG) führen und möglicherweise dadurch eine Verletzung des Gleichheitssatzes provoziert wird. Zudem drängt sich die Frage auf, ob diese massiven administrativen Hürden und die für einen Laien nicht mehr überblickbare Situation des Verfahrens im Leistungsrecht zu einer verdeckten Rationierung bzw einer „Zwei-Klassen-Kostenübernahme“ führt.

## → Zum Thema

## Über die Autorinnen:

Dr. Maria-Luise Plank ist bei Pfizer für die Bereiche Gesundheitsökonomie und Patientenrechte zuständig. Kontaktadresse: Pfizer Corporation Austria Gesellschaft m.b.H., Floridsdorfer Hauptstraße 1, 1210 Wien, Tel: (01) 52115-828; Fax: (01) 52115-180; E-Mail: Maria-Luise.Plank@pfizer.com, Internet: www.pfizer.at

Dr. Manuela Thaler ist als Foreign Associate bei der Rechtsanwaltskanzlei Wuersch & Gering LLP tätig. Kontaktadresse: Wuersch & Gering LLP, 100 Wall Street, New York, NY 10005, Tel: +1 (212) 509-912, Fax: +1 (212) 509-9559, E-Mail: manuela.thaler@wg-law.com

## Von denselben Autorinnen erschienen:

*Thaler/Plank*, Heilmittel und Komplementärmedizin in der Krankenversicherung (2005)

