



ÜBERSETZUNG

STAATSRAT

Gesetzgebungsabteilung

Gutachten 63.180/3
vom 18. April 2018

über

einen Entwurf eines Erlasses der Deutschsprachigen
Gemeinschaft ,zur Abänderung des Königlichen Erlasses vom
23. März 2012 zur Schaffung eines Impulsfonds für die
Allgemeinmedizin und zur Festlegung der Arbeitsweise dieses
Fonds‘

Am 19. März 2018 wurde der Staatsrat, Gesetzgebungsabteilung, von dem Minister für Familie, Gesundheit und Soziales der Deutschsprachigen Gemeinschaft darum gebeten, innerhalb einer Frist von dreißig Tagen ein Gutachten über einen Entwurf eines Erlasses der Deutschsprachigen Gemeinschaft ‚zur Abänderung des Königlichen Erlasses vom 23. März 2012 zur Schaffung eines Impulsfonds für die Allgemeinmedizin und zur Festlegung der Arbeitsweise dieses Fonds‘ abzugeben.

Der Entwurf wurde von der dritten Kammer am 27. März 2018 untersucht. Die Kammer setzte sich zusammen aus Jo BAERT, Kammerpräsident, Jeroen VAN NIEUWENHOVE und Koen MUYLLE, Staatsräte, Jan VELAERS und Bruno PEETERS, Beisitzer, und Astrid TRUYENS, Greffier.

Der Bericht wurde von Rein THIELEMANS, Erster Auditor, vorgelegt.

Das Gutachten, dessen Wortlaut nachstehend wiedergegeben ist, wurde am 18. April 2018 abgegeben.

*

1. Unter Anwendung von Artikel 84 § 3 Absatz 1 der am 12. Januar 1973 koordinierten Gesetze über den Staatsrat hat sich die Gesetzgebungsabteilung hauptsächlich darauf konzentriert, die Befugnis des erlassenden Organs, die Rechtsgrundlage sowie die Frage, ob die vorgeschriebenen Formvorschriften eingehalten worden sind, zu untersuchen.

*

TRAGWEITE DES ENTWURFS

2. Der zur Begutachtung vorgelegte Entwurf eines Erlasses der Regierung der Deutschsprachigen Gemeinschaft zielt darauf ab, den Königlichen Erlass vom 23. März 2012 ‚zur Schaffung eines Impulsfonds für die Allgemeinmedizin und zur Festlegung der Arbeitsweise dieses Fonds‘ abzuändern.

Es wird eine Definition des Wortes „Ärztehaus“ eingefügt und eine Beteiligung an den Lohnkosten eines in diesem Ärztehaus mit dem Empfang und der Verwaltung in der Praxis beauftragten Angestellten vorgesehen (Artikel 1 Nr. 1, und 2 Nr. 1 des Entwurfs).

In der bestehenden Definition des Begriffs „neue Niederlassung“ wird künftig nur noch erforderlich sein, dass die Praxis sich im deutschen Sprachgebiet befindet und wird die bestehende Bedingung bezüglich der Ortsangabe der Praxis gestrichen sein (Artikel 1 Nr. 2).

Es wird eine neue Berechnungsweise für die Beteiligung festgelegt, wenn der zugelassene Hausarzt seine Tätigkeit im Laufe eines Jahres aufnimmt (Artikel 2 Nrn. 2 und 3).

Die Beteiligung an den Kosten für die Benutzung eines medizinischen Telesekretariats wird aufgehoben (Artikel 3 Nr. 1).

Das Kapitel mit Übergangsbestimmungen – die bereits nicht mehr wirksam sind – wird aufgehoben (Artikel 3 Nr. 2).

Das Verbot des gleichzeitigen Bezugs der Beteiligung an Lohnkosten für einen mit dem Empfang und der Verwaltung in der Praxis beauftragten Angestellten und der Beteiligung an den Kosten für die Benutzung eines medizinischen Telesekretariats für denselben Monat wird gestrichen (Artikel 3, Nr. 3, des Entwurfs).

RECHTSGRUNDLAGE

3. Der entworfene Erlass findet seine Rechtsgrundlage in Artikel 36*duodecies* Absatz 3 des am 14. Juli 1994 koordinierten Gesetzes ‚über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung‘ (nachstehend: das KIV-Gesetz). Durch diese Bestimmung wird der König (lies: die Regierung der Deutschsprachigen Gemeinschaft) ermächtigt, die Arbeitsweise des Impulsfonds für die Allgemeinmedizin festzulegen. Dieser Impulsfonds ist zur Finanzierung von Maßnahmen zur Unterstützung der Allgemeinmedizin bestimmt, die darauf abzielen, dass Allgemeinmediziner angespornt werden, eine allgemeinmedizinische Tätigkeit auszuüben oder weiterhin auszuüben. Diese Maßnahmen können spezifische objektive

Eigenschaften der Allgemeinmediziner selber einerseits und ihrer Praxis sowie der lokalen Merkmale der Allgemeinmedizin andererseits berücksichtigen. Diese Maßnahmen können unter anderem die Kosten für die Niederlassung eines Allgemeinmediziners und für die nicht pflegegebundenen Tätigkeiten, die für den Praxisbetrieb notwendig sind, betreffen.

Dennoch ist zu empfehlen, eine angepasste Rechtsgrundlage zu schaffen, durch die die Regierung der Deutschsprachigen Gemeinschaft unmittelbar ermächtigt wird, für die verschiedenen Beteiligungsformen (deren Art bereits in der dekretalen Regelung definiert werden kann) den Betrag, die Zuweisungsbedingungen und das Antragsverfahren zu bestimmen. Artikel 36*duodecies* des KIV-Gesetzes, dessen Absatz 2 auf die Übernahme der Ausgaben des Impulsfonds durch das LIKIV verweist, kann dann aufgehoben werden. Der Beauftragte erklärte diesbezüglich Folgendes:

„Es wird weiterhin in Aussicht gestellt, die föderalen gesetzlichen Grundlagen mittelfristig per Dekret abzuändern“.

FORMVORSCHRIFTEN

4. Die entworfene Regelung enthält finanzielle Beteiligungen zugunsten der betreffenden Hausärzte, die als staatliche Beihilfe betrachtet werden können. Auf die Frage, ob der Entwurf gemäß Artikel 108 Absatz 3 des Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union der Europäischen Kommission angemeldet worden ist, antwortete der Beauftragte wie folgt:

„Wir sind der Meinung, dass sowohl die Ihnen unterbreiteten Abänderungen als auch der Erlass vom 23. März 2012 insgesamt keiner Anmeldepflicht bei der EU-Kommission unterliegen, da es sich um *de-minimis*-Beihilfen handelt. In der Tat geht aus unseren Auswertungen dieses Instruments hervor, dass seit der Übernahme der entsprechenden Zuständigkeit die in der Verordnung (EU) Nr. 1407/2013 der Kommission vom 18. Dezember 2013 erwähnte Schwelle von 200.000 € für einen Empfänger innerhalb von 3 Steuerjahren nicht überschritten wurde. Es ist demnach unwahrscheinlich, dass dieser Betrag für Arzt Häuser erreicht wird“.

Es obliegt den Verfassern des Entwurfs sich zu vergewissern, dass die in der *De-minimis*-Verordnung erwähnten Bedingungen erfüllt sind¹.

ALLGEMEINE BEMERKUNGEN

5. Über das Verhältnis zwischen dem neu eingeführten Wort „Arzt Haus“² und dem bestehenden Wort „Zusammenlegung“³, sowie über die Frage, warum eine besondere Regelung für die in einem Arzt Haus tätigen Hausärzte beabsichtigt wird, erklärte der Beauftragte Folgendes:

¹ Verordnung (EU) Nr. 1407/2013 der Kommission vom 18. Dezember 2013 „über die Anwendung der Artikel 107 und 108 des Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union auf De-minimis-Beihilfen“.

² Entworfener Artikel 1 § 2 Nr. 4.1 (lies: Nr. 4/1) des Königlichen Erlasses vom 23. März 2012.

³ Artikel 1 § 2 Nr. 4 des Königlichen Erlasses vom 23. März 2012.

„Eine Zusammenlegung setzt sich grundsätzlich ausschließlich aus Hausärzten zusammen, die sich ein Sekretariat teilen. Der Patient zahlt pro Visite für die erbrachte Leistung des Hausarztes. Im Nachhinein rechnet der Patient dann mit seiner Krankenkasse ab. Die Anzahl der globalen medizinischen Akten pro Hausarzt ist klar definierbar.

Wie näher in Artikel 9 §2 des Basiserlasses dargelegt wird, muss für Zusammenlegungen ein schriftliches Zusammenarbeitsabkommen unterzeichnet werden, das die verschiedenen Modalitäten in Bezug auf die Zusammenarbeit regelt.

Bei einem Ärztehaus handelt es sich um eine spezielle Art der Zusammenlegung. Vor dem Hintergrund der ganzheitlichen Annäherung setzt sich ein Ärztehaus aus Gesundheitsdienstleistern mit verschiedenen Ausrichtungen zusammen. So kann ein Ärztehaus neben der Allgemeinmedizin auch Kinesiotherapie und krankenschweflerische Dienstleistungen anbieten. Die medizinische und pflegerische Versorgung in einem Ärztehaus ist, im Gegensatz zur Versorgung in einer Zusammenlegung, interdisziplinär.

Eine weitere Besonderheit des Ärztehauses ist das System der Pauschalbezahlung. Dieses System fußt auf einer Übereinkunft zwischen dem LIKIV und allen Krankenkassen sowie einigen Ärztehäusern aus dem Jahre 1982, das sie im Anhang finden. Dieses System arbeitet nach dem Prinzip der Kopfsteuer. Der Pauschalbetrag, den das LIKIV dem Ärztehaus pro eingeschriebenem Mitglied zahlt, ist unabhängig sowohl von der Anzahl Gesundheitsdienstleister als auch von der Anzahl Kontakte, die das Ärztehaus mit dem Patienten hat.

In einem Ärztehaus kann nicht klar definiert werden wie viele globale medizinische Akten ein jeder Hausarzt effektiv bearbeitet.

(...)

Vor dem Hintergrund, dass für die Hausärzte, die in einem Ärztehaus tätig sind, die Anzahl der globalen medizinischen Akten nicht klar definiert werden kann, wird zur Errechnung der Anzahl der globalen medizinischen Akten pro Hausarzt der Durchschnittswert aller im Ärztehaus bearbeiteten globalen medizinischen Akten genommen.

Da diese Berechnungsweise der Anzahl der globalen medizinischen Akten pro Hausarzt von der Berechnungsweise für Hausärzte in Zusammenlegungen abweicht, wird durch die Änderung des Königlichen Erlasses vom 23. März 2012 in Kapitel 1, Begriffsbestimmungen und allgemeine Bestimmungen, der Begriff „Ärztehaus“ eingefügt“.

Wird damit beabsichtigt, wie der Beauftragte erklärt, eine besondere Beteiligung für Ärztehäuser (für in Ärztehäusern tätige Ärzte), zusätzlich zu der besonderen Beteiligung für Zusammenlegungen (für in Zusammenlegungen tätige Ärzte), vorzusehen, muss das Verhältnis zwischen diesen beiden Begriffen deutlicher zum Ausdruck gebracht werden. Der Basisbetrag pro Hausarzt für die Berechnung der Beteiligung an den Lohnkosten eines mit dem Empfang und der Verwaltung in der Praxis beauftragten Angestellten ist zwar derselbe für Zusammenlegungen und für Ärztehäuser, aber die Berechnungsweise ist anders, wie der Beauftragte auch erklärte. Es ist demzufolge verwirrend, dass in der Definition von „Ärztehaus“ im entworfenen Artikel 1 § 2 Nr. 4.1 (lies: Nr. 4/1), von einer „Zusammenlegung“ die Rede ist, was den Eindruck erweckt, dass das Ärztehaus ein Sonderfall der in Artikel 1, § 2, Nr. 4 erwähnten „Zusammenlegung“ ist. Dieser Eindruck wird auch durch den entworfenen Artikel 13 § 3.1 (lies: § 3/1) Absatz 2 erweckt, dem zufolge dieser Paragraph sowohl für einzelne Hausärzte als auch für Zusammenlegungen gilt, ohne dass von Ärztehäusern die Rede ist.

Wird tatsächlich beabsichtigt, die Ärztehäuser als ein Sonderfall der Zusammenlegungen zu betrachten, ist der entworfene Artikel 13 § 1 Nr. 3 durch einen Absatz 2 dieses Paragraphen 1 zu ersetzen, in dem der Betrag der für die „in Abweichung von Absatz 1 Nr. 2“ in einem Ärztehaus tätigen Hausärzte, festgelegt wird.

Artikel 13 § 1 sollte dann nach Änderung durch den entworfenen Erlass wie folgt lauten:

„Art. 13. § 1. Der jährliche Betrag der Beteiligung entspricht der Hälfte der tatsächlichen Gesamtlohnkosten mit einem Höchstbetrag von:

1. 6.074 EUR für einen einzelnen zugelassenen Arzt, sofern dieser während des Kalenderjahres vor dem Kalenderjahr, für das der Antrag eingereicht wird, mindestens 150 globale medizinische Akten verwaltet und eine Beschäftigung von mindestens einem Drittel Vollzeitgleichwert aufweist;

2. im Fall einer Zusammenlegung von mehreren zugelassenen Hausärzten: 6.047 EUR pro zugelassenen Hausarzt, der der Zusammenlegung angehört, sofern jeder zugelassener Hausarzt während des Kalenderjahres vor dem Kalenderjahr, für das der Antrag eingereicht wird, mindestens 150 globale medizinische Akten verwaltet und eine Beschäftigung von mindestens einem Drittel Vollzeitgleichwert aufweist, mal die [oder: multipliziert mit der] Anzahl zugelassener Ärzte, die der Zusammenlegung angehören.

In Abweichung von Absatz 1 Nummer 2 beläuft der Höchstbetrag sich im Fall eines Ärztehauses zu dem mehrere zugelassene Hausärzte angehören, auf 6.047 EUR pro zugelassenen Hausarzt, der dem Ärztehaus angehört, sofern die Gesamtzahl der im Ärztehaus verwalteten medizinischen Akten während des Kalenderjahres vor dem Kalenderjahr, für das der Antrag eingereicht wird, durchschnittlich mindestens 150 globale medizinische Akten pro zugelassenen Hausarzt beträgt und jeder in dem betreffenden Ärztehaus angehörige zugelassene Hausarzt eine Beschäftigung von mindestens einem Drittel Vollzeitgleichwert aufweist, mal die [oder: multipliziert mit der] Anzahl zugelassener Ärzte, die dem Ärztehaus angehören“.

6. Im Königlichen Erlass vom 23. März 2012 und im entworfenen Erlass ist manchmal von „zugelassener Hausarzt“, manchmal von „Hausarzt“ die Rede. Nur der erste Begriff wird in Artikel 1 § 2 Nr. 1 des o.a. Königlichen Erlasses erwähnt. In den entworfenen Änderungsbestimmungen (und am besten auch in dem bestehenden Text des o.a. Königlichen Erlasses) ist demnach systematisch „zugelassener Hausarzt“ anstelle von „Hausarzt“ zu schreiben, es sei denn, dass man „Hausarzt“ anstelle von „zugelassener Hausarzt“ einführen möchte.

UNTERSUCHUNG DES TEXTES

Präambel

7. In dem ersten Absatz der Präambel kann genauer auf Artikel 36*duodecies* Absatz 3 des KIV-Gesetzes verwiesen werden.

Artikel 4

8. In Artikel 4 des Entwurfs ist das Datum des Inkrafttretens des zu verabschiedenden Erlasses noch zu erwähnen. Der Beauftragte bestätigte, dass nicht beabsichtigt wird, dem zu verabschiedenden Erlass rückwirkende Kraft zu verleihen.

DER GREFFIER

DER PRÄSIDENT

Astrid TRUYENS

Jo BAERT

Das Gutachten wurde unter der Aufsicht von Ronny VERCRUYSEN, Erster Auditor, übersetzt.

DER CHEFGREFFIER,

Gregory DELANNAY