

3434/AB XXI.GP

Eingelangt am: 19.04.2002

BUNDESMINISTERIUM
FÜR SOZIALE SICHERHEIT UND GENERATIONEN

Sehr geehrter Herr Präsident!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische **Anfrage Nr. 3446/J, der Abgeordneten Dietachmayr und Genossinnen** wie folgt:

Fragen 1 und 6:

Die endgültigen Gebarungsergebnisse der Versicherungsträger für das Jahr 2001 liegen derzeit noch nicht vor. Gemäß §16 der Weisungen für die Rechnungslegung und Rechnungsführung haben die einzelnen Versicherungsträger (der Hauptverband) den Rechnungsabschluss bis zum 31. Mai des dem Berichtsjahr folgenden Jahres dem Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen vorzulegen.

Frage 2:

Die Allgemeine Rücklage belief sich zum Bilanzstichtag 31.12.2001 auf 140,26 Mio Euro, die gebundene Rücklage (für Katastrophenfälle) betrug zum selben Stichtag 35,83 Mio Euro und die besondere Rücklage 39,97 Mio Euro.

Fragen 3:

Krankenversicherungsträger

Beitrag 2001 in Euro
(abzüglich kompensierter Zuschuss
gemäß § 447b Abs. 10 ASVG)

Wiener Gebietskrankenkasse	21,900.829,60
Niederösterreichische Gebietskrankenkasse	20,781.226,33
Burgenländische Gebietskrankenkasse	2,243.666,48
Oberösterreichische Gebietskrankenkasse	14,871.938,48

Steiermärkische Gebietskrankenkasse	11,218.748,63
Kärntner Gebietskrankenkasse	5,168.944,90
Salzburger Gebietskrankenkasse	7,900.881,57
Tiroler Gebietskrankenkasse	6,672.094,92
Vorarlberger Gebietskrankenkasse	5,548.696,53
Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaus	1,447.619,65
Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft	10,202.063,31
Sozialversicherungsanstalt der Bauern	<u>3,081.689,20</u>
SUMME	111,038.399,60

Fragen 4 und 5:

Im Jahre 2001 haben nachstehende Krankenversicherungsträger lt. Angaben des Hauptverbandes Zuschüsse, Zuwendungen und Zweckzuschüsse aus dem Ausgleichsfonds erhalten (Beträge in Euro):

Krankenversicherungsträger	Beträge (in Euro)
Wiener Gebietskrankenkasse	47,696.517,50*)
Burgenländische Gebietskrankenkasse	12,352.165,24
Steiermärkische Gebietskrankenkasse	28,546.218,84
Kärntner Gebietskrankenkasse	28,024.987,16
Tiroler Gebietskrankenkasse	<u>18.075.738,36</u>
SUMME	106,950.383,76

*) Darin sind die Zuschüsse zum Hanusch-Krankenhaus gemäß § 447b Abs. 8 ASVG enthalten.

Frage 7:

Laut Voranschlag für das Geschäftsjahr 2002 wurde der Abgang in der Krankenversicherung der Sozialversicherungsanstalt der Bauern mit 274.085 Versicherten (Stand 2000) mit 22,410.091 Euro prognostiziert, zum Vergleich beträgt der prognostizierte Abgang in der Krankenversicherung der Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues mit nur 35.652 Versicherten 4,309.571 Euro und in der Krankenversicherung der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen 5,078.087 Euro.

Frage 8:

Es gibt keinen Beitrag der Gebietskrankenkassen zur Sanierung der Sozialversicherungsanstalt der Bauern.

Der beim Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger gemäß § 447a ASVG eingerichtete Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger hat eine ausgeglichene Gebarung bzw. eine ausreichende Liquidität der Gebietskrankenkassen, der Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues, der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft und der Sozialversicherungsanstalt der Bauern als Träger der Krankenversicherung zu gewährleisten. Das Vermögen des Fonds ist getrennt vom sonstigen Vermögen des Hauptverbandes zu verwalten.

Dem gesetzlichen Auftrag zum Gebarungsausgleich und zur Erhaltung der Liquidität der Krankenversicherungsträger kommt der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger durch die Gewährung von Zuschüssen, von Zuwendungen, von Darlehen und von Zweckzuschüssen im Sinne der §§ 447b bis 447e ASVG aus dem Ausgleichsfonds unter den in diesen Bestimmungen genannten Voraussetzungen nach.

Frage 9:

In den vorläufigen Gebarungsergebnissen der Krankenversicherungsträger für das Jahr 2001 sind diesbezügliche Erträge in der Höhe von 29,588.000 Euro prognostiziert. Die tatsächlichen Einnahmen aus erster und zweiter Vorschreibung 2001 betragen bislang 14,081.006,31 Euro.

Zum Stand 28. Februar 2002 beträgt die Summe der vorgeschriebenen Behandlungsbeiträge - Ambulanz 20,965.034,88 €. Dabei ist zu berücksichtigen, dass manche Krankenversicherungsträger erst im 2. Quartal 2002 begonnen haben, die im 4. Quartal 2001 getätigten Ambulanzbesuche vorzuschreiben, sodass die gesamten nachfolgenden Zahlen unter diesem Gesichtspunkt zu betrachten sind. Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass von den Krankenanstalten bisher lediglich 60 % der zu meldenden Fälle gemeldet wurden, ergäbe sich eine Vorschreibungssumme von insgesamt 45,515.088 €.

Frage 10:

Dem Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen werden im Wege der Krankenanstalten-Statistik (Statistikverordnung für Fondskrankenanstalten, BGBl. Nr. 785/1996) jährlich die Anzahl der Frequenzen in Spitalsambulanzen gemeldet. Da in der zitierten Verordnung als Übergabetermin dieser Meldung jeweils der 30. April des Folgejahres festgelegt ist, liegen derzeit noch keine vollständigen Daten betreffend das Erhebungsjahr 2001 vor. Ergänzend wird angemerkt, dass die-

se Daten nur als Jahressummen gemeldet werden und eine Differenzierung nach Quartalen nicht möglich ist.

Weiters ist zu beachten, dass nach der zitierten Verordnung als Frequenzen von ambulanten Patientinnen die Anzahl der Besuche von ambulanten Patientinnen auf nicht-bettenführenden Hauptkostenstellen zu melden sind. Dabei werden die einzelnen Kontakte der Patienten mit den verschiedenen Leistungsstellen einer Krankenanstalt (z.B. Ambulanz, Röntgen, Labor) gezählt. Die im Rahmen dieser Verordnung erhobene Zahl an Frequenzen ist daher nicht identisch mit den Ambulanzbesuchen gemäß §135a Abs. 1 ASVG (BGBl. I Nr. 35/2001).

Frage 11:

Die Einführung neuer Selbstbehalte steht derzeit nicht zur Diskussion, wozu ich bemerken möchte, dass die derzeitige Bundesregierung nur einen Selbstbehalt eingeführt hat, was ihre diesbezüglich restriktive Vorgangsweise unterstreicht. Alle übrigen derzeit bestehenden Selbstbehalte wurden von den vorigen Bundesregierungen eingeführt.

Zur näheren Information schließe ich eine Aufstellung der in der gesetzlichen Krankenversicherung bei der Leistungserbringung zum Tragen kommenden Selbstbehalte an, welche alle von den Vorgängerregierungen eingeführt wurden.

Art/Name des „Selbstbehaltes“	Seit wann ? (Datum der Einführung)	Gesetzlich oder satzungsmäßig vorge- sehen ?	Betroffene SV- Gesetze
Krankenschein- gebühr	BGBl.Nr. 411/96; Inkrafttreten ab 1.1.1997	Gesetzlich	ASVG - § 135
Rezeptgebühr	Seit der Stammfas- sung 1955	Gesetzlich (fester Betrag)	ASVG - § 136 GSVG - § 92; B-KUVG - § 64; BSVG - § 86;
Heilbehelfe	Seit der Stammfas- sung 1955	Gesetzlich vorgesehen (§ 137 Abs. 2 ASVG – 10% der Kosten bzw. mind. 20 % des Mess- betrages); Übernahme weiters nur bis zu einem in der Satzung festzu-	ASVG - § 137 GSVG - § 93; B-KUVG - § 65; BSVG - § 87;

		<p>legenden Höchstbetrag</p> <p>diese Systematik seit der 37. ASVG Novelle ab 1.1.1982; davor: bis zu BGBl. Nr. 775/1974: für Brillen, orthopädische Schuheinlagen, Bruchbänder gesetzliche Mindestleistung; alles andere bis zu einem satzungsmäßigen Höchstbetrag</p>	
<p>Hilfsmittel (ausgenommen: solche im Rahmen der medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation! – diese sind vollständig von der KV zu übernehmen);</p>	<p>Seit der Stammfassung 1955</p>	<p>Satzungsmäßige Leistung („können“ gewährt werden) – bis zu einer gesetzlich (bzw. nunmehr auch durch die Mustersatzung) vorgegebenen Höchstgrenze</p>	<p>ASVG - § 154 GSVG - § 93 (hier gilt eine ähnliche Regelung wie im Bereich Heilbehelfe!); B-KUVG - § 65 (hier gilt eine ähnliche Regelung wie im Bereich Heilbehelfe!); BSVG - § 96</p>
<p>Reise- Fahrtkosten</p>	<p>Jedenfalls seit 1.1.1974, BGBl. Nr. 31/1973; In der Stammfassung nicht vorgesehen; Im B-KUVG und im GSVG generell als Pflichtleistung vorgesehen;</p>	<p>Freiwillige Leistung - in der Satzung zu regeln; 1.8.1996, BGBl. Nr. 411/1996; Davor: satzungsmäßige Pflichtleistung! Jedenfalls seit 1.1.1974, BGBl. Nr. 31/1973;</p>	<p>ASVG - § 135 GSVG - § 103 BSVG - § 85 B-KUVG - § 82</p>

Transportkosten	Seit 1.1.1974 , BGBl. Nr. 31/1973; In der Stammfassung nicht vorgesehen;	Satzungsmäßige Pflichtleistung;	ASVG - § 135 GSVG - § 103 BSVG - § 85 B-KUVG - § 82
Wahlarzthilfe	BGBl. Nr. 411/1996 Inkrafttreten: 1.8.1996 ;	Gesetzlich - Beschränkung der Kostenerstattung mit 80 % des Honorarstarifes;	ASVG - § 131 BSVG - § 80 GSVG - § 85 B-KUVG - § 59
Anstaltspflege - Selbstbehalt für Angehörige	Seit der Stammfassung 1955	Gesetzlich – 10% Ursprünglich (Stammfassung) bis zu 20%, satzungsmäßig auf 10 % einschränkbar	ASVG - § 447f Abs. 7 (seit 1.1.2001) (davor: § 447f Abs. 6 bzw. bis 1.1.1997 - § 148 Z 2); § 447f gilt für sämtliche SV-Gesetze (mit Ausnahme des GSVG!);
Behandlungsbeitrag nach dem § 27a KAG	Ab 1.1.1988	Gesetzlich Letzte Änderung BGBl. I Nr. 5/2001 (Früher: Bundeslandweise geringfügig unterschiedlich)	
Zuzahlungen zu Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit („Kuraufenthalte“)	Jedenfalls seit 1.1.1977	Derzeit zwischen öS 80.- und öS 203.-/Tag je nach Einkommen (Richtlinien des Hauptverbandes!) Davor waren allfällige Zuzahlungen in der Satzung festzulegen;	ASVG - § 155 GSVG - § 100 BSVG - § 100 B-KUVG - § 70a

Zahlung bei Rehabilitationsaufenthalten	BGBI. Nr. 201/1996; Inkrafttreten: 1.7.1996	Derzeit in der Höhe von öS 80.-/Tag;	ASVG - § 154a GSVG - § 99a BSVG - § 96a B-KUVG - § 65a
Behandlungsbeitrag ärztliche Hilfe – im Bereich B-KUVG (kein Selbstbehalt bei Anstaltspflege für Versicherte und Angehörige)	Seit Stammfassung 1955 ;	Gesetzlich; Höhe: 20 % für be- stimmte durch die Sat- zung festzusetzende Fälle	B-KUVG § 63;
„Kostenbeteiligung“ für sämtliche Sach- leistungen – im Be- reich GSVG (kein Selbstbehalt bei Anstaltspflege für Angehörige) Bei Geldleistungs- berechtigten de fac- to höhere Selbstbe- halte (Kostenerstat- tung im Durch- schnitt ca. 60 %);	Seit Stammfassung 1955	Gesetzlich 20 % - für bestimmte Leistun- gen können durch die Satzung höhere Selbst- behalte festgelegt wer- den;	GSVG - § 86
„Behandlungs- beitrag“ für sämtli- che Sachleistungen – im Bereich BSVG (Sonderregelungen bestehen im Bereich der Anstaltspflege: 10% Selbstbehalt <u>auch für den Versi- cherten</u>)	Seit Stammfassung 1955	Im Bereich der ärztli- chen Hilfe: gesetzlich vorgesehener fester Betrag von der- zeit öS 92 Durch die Satzung kann ein höherer Betrag fest- gesetzt werden; Davor bis 30.6.1998: gesetzlich 20 %	BSVG - § 80

<p>Zuzahlungen im Bereich der Zahnprothetik (Zahnersatz) und der Kieferorthopädie (Kieferregulierung)</p>	<p>im Wesentlichen seit der Stammfassung 1955</p>	<p>Im Bereich der konservierenden Zahnbehandlung folgen die Regelungen den allgemein im Bereich der ärztlichen Hilfe geltenden (siehe oben);</p> <p>Im Bereich der Zahnprothetik bzw. der Kieferorthopädie sind (jedenfalls im Bereich des ASVG) Zuzahlungen zu den vertraglich festgelegten Tarifen in der Höhe von 25 % bis 50 % vorgesehen („Bandbreitenregelung“)</p> <p>Hinsichtlich der Zuzahlungen im Bereich des GSVG und des BSVG darf auf die Beilagen 1 und 2 verwiesen werden.</p>	<p>ASVG - § 153 GSVG – § 94 BSVG - § 95 B-KVUG - § 69</p>
---	--	--	---

Fragen 12,16 und 17:

An eine Änderung der geltenden gesetzlichen Bestimmungen über Kostenbeteiligungen (Selbstbehalte) der Versicherten bzw. Kostenzuschüsse des Versicherungsträgers bei der Inanspruchnahme bestimmter Leistungen ist derzeit seitens des Gesetzgebers meines Wissens nicht gedacht.

Im Bereich der Vollziehung dieser gesetzlichen Bestimmungen, also bei der Festsetzung der jeweiligen Höhe der Kostentragung durch den Versicherten bzw. der jeweiligen Höhe der vom Versicherungsträger zu gewährenden Kostenzuschüsse innerhalb der gesetzlich normierten Mindest- und Höchstgrenzen räumt der Gesetzgeber den einzelnen Versicherungsträgern auf dem Wege über deren Satzungsbestimmungen bekanntlich ein hohes Maß an Eigenverantwortung ein. Derartige über die

gesetzlichen Mindestleistungen hinausgehende Mehrleistungen kann der Versicherungsträger gemäß § 121 Abs. 3 ASVG unter Bedachtnahme auf seine finanzielle Leistungsfähigkeit und das wirtschaftliche Bedürfnis der Versicherten in der Satzung vorsehen (satzungsmäßige Mehrleistungen). Dies gilt u.a. für Kostenanteile bzw. Zuschüsse im Bereich der Heilbehelfe und Hilfsmittel wie für Zuschüsse bei Kieferregulierungen. Mit dem SRÄG 2000 wurde der Hauptverband bekanntlich verpflichtet, in der von ihm für den Bereich der Krankenversicherung aufzustellenden Muster-satzung (§ 455 Abs. 2 ASVG) unter Bedachtnahme auf die finanzielle Leistungsfähigkeit der Krankenversicherung eine für alle Krankenversicherungsträger verbindliche Bandbreite für über die gesetzlichen Mindestleistungen hinausgehende Mehrleistungen festzulegen. Die Krankenversicherungsträger haben sodann unter Beachtung der obzitierten Bestimmungen des § 121 Abs. 3 ASVG ihre Satzungsbestimmungen entsprechend anzupassen. Ich kann daher nicht ausschließen, dass einzelne Krankenversicherungsträger in Wahrnehmung dieser ihnen gesetzlich übertragenen Verantwortung Veränderungen im Bereich ihrer satzungsmäßigen Mehrleistungen vornehmen werden.

Die Einnahmen durch Selbstbehalte beliefen sich im Jahr 2001 (Frage 12c) lt. vorläufigen Ergebnissen für Behandlungsbeiträge und Kostenanteile auf 121,917.000 Euro und aus dem Titel Krankenscheingebühren auf 46,896.000 Euro. Bezüglich der Einnahmen aus den Behandlungsbeiträgen Ambulanz verweise ich auf die Beantwortung der Frage 9.

Die Aufwendungen (Zuschüsse) für Heilbehelfe und Hilfsmittel (Frage 16c) beliefen sich im Jahre 2000 auf 202,739.000 Euro und laut vorläufigem Ergebnis im Jahre 2001 auf 206,463.000 Euro.

Nach einer Schätzung des Hauptverbandes, basierend auf einer Umfrage aus dem Jahre 1998, werden jährlich ca. 58 Mio. Euro für Zahnregulierungen aufgewendet (Frage 17c).

Frage 13:

Eine über die gesetzlich vorgesehene jährliche Anpassung (§ 136 Abs. 3 ASVG) hinausgehende außerordentliche Anpassung der Rezeptgebühr, worüber ja nur der Gesetzgeber entscheiden könnte, ist nicht geplant.

Die Einnahmen aus der Rezeptgebühr beliefen sich im Jahr 2001 auf rd. 307,136.000 Euro (laut vorläufiger Erfolgsrechnung).

Frage 14:

Seit 1. Jänner 2001 werden gemäß § 27a Krankenanstaltengesetz pro Pflage-tag zusätzlich zum herkömmlichen Spitalskostenbeitrag (derzeit ca. 5,45 Euro) 1,45 Euro

für die Sozialversicherung und 0,73 Euro für die verschuldensunabhängige Patientenentschädigung eingehoben.

Zu einer Erhöhung der 1,45 Euro und 0,73 Euro wird es in nächster Zeit nicht kommen.

Hinsichtlich des herkömmlichen Spitalskostenbeitrages sieht § 27a Krankenanstaltengesetz eine jährliche Anpassung entsprechend der Veränderung des Verbraucherpreisindexes vor.

Die Daten hinsichtlich der Höhe der Einnahmen durch den Spitalskostenbeitrag im Jahr 2001 liegen dem Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen derzeit noch nicht vor.

Frage 15:

Das Krankengeld ist der Höhe nach auch in der Vergangenheit nicht gekürzt worden. Die gesetzlichen Bestimmungen der §§ 138 ff ASVG wurden nicht geändert.

Hinsichtlich allfälliger Änderungen in der Anspruchsdauer des Bezuges von Krankengeld über die gesetzliche Mindestanspruchsdauer hinaus gelten die Ausführungen zu den Fragen 12, 16 und 17 entsprechend. Der Hauptverband hat seine Verpflichtung durch die erste Änderung der Mustersatzung insofern umgesetzt, als die verbindliche Bestimmung des § 31 der Mustersatzung als Erfordernis für die Weiterleistung des Krankengeldes über die gesetzliche Mindestdauer hinaus eine chef(kontroll)ärztliche Begutachtung des Versicherten zur Beurteilung, ob das Erreichen der Arbeitsfähigkeit des Versicherten bzw. dessen Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess zu erwarten sein wird, in der 40. bis 44. Woche der Arbeitsunfähigkeit vorsieht.

Die Aufwendungen für das Krankengeld (Frage 15c) beliefen sich im Jahr 2000 auf 411,3 Mio. Euro und im Jahr 2001 laut vorläufigem Ergebnis auf 371,5 Mio. Euro (jeweils ohne Krankengeld aus der Position Zusatzversicherung bei der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft).

Frage 18:

Gemäß den §§ 116 ff ASVG gehören zu den Leistungen der Krankenversicherungsträger zur Früherkennung von Krankheiten Jugendlichen- und Vorso-ge(Gesunden)untersuchungen, aus dem Versicherungsfall der Krankheit Krankenbehandlung, welche ärztliche Hilfe, Heilmittel und Heilbehelfe umfasst, erforderlichenfalls medizinische Hauskrankenpflege oder Anstaltspflege, aus dem Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit Krankengeld und aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft ärztlicher Beistand, Hebammenbeistand sowie Beistand durch diplomierte Kinderkranken- und Säuglingsschwwestern, Heilmittel- und

Heilbehelfe, Pflege in einer Krankenanstalt (auch in einem Entbindungsheim) und Wochengeld.

Weiters tragen die Krankenversicherungsträger die bzw. einen Teil der Kosten für Zahnbehandlung und Zahnersatz, für Hilfsmittel, als Pflichtaufgabe für Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation und erbringen Gesundheitsförderung und sonstige Maßnahmen zur Erhaltung der Volksgesundheit sowie Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit und der Krankheitsverhütung als freiwillige Leistungen.

Damit ist ein Katalog an Grundleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung bereits vorhanden. An eine Ausweitung desselben ist derzeit nicht gedacht.

Frage 19:

Ich befürworte die Zusammenarbeit der Krankenversicherungsträger eines Bundeslandes im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten und darüber hinaus auch eine Kooperation derselben mit weiteren Kostenträgern im Gesundheitsbereich, insbesondere mit den Ländern, soweit eine solche im Hinblick auf die verfassungsrechtliche Kompetenzverteilung möglich ist. Mein Ressort und ich führen daher bereits laufend informelle Gespräche, um die Grundlagen für eine künftige gesetzliche Regelung aufzubereiten. Ich erhoffe mir dadurch die Beseitigung, jedenfalls aber die Milderung von Problemen, die derzeit an den Schnittstellen der einzelnen Bereiche auftreten.

Frage 20:

Dazu möchte ich bemerken, dass es derzeit schon für die Erfüllung gleicher Aufgaben auch im Bereich der Leistungserbringung zahlreiche einheitliche EDV-Anwendungen in Form von EDV-Standardprodukten vor allem in der Krankenversicherung gibt. Auf das EDV-System der Leistungserbringer (Vertragspartner) haben die Versicherungsträger in der Regel nur wenig Einfluss, im Zuge der letzten Novellierung der Sozialversicherungsgesetze (59. Novelle zum ASVG) wurden aber die Vertragsärzte verpflichtet, spätestens ab 1. Jänner 2003 die für die Versicherten (Angehörigen) erbrachten Leistungen mit den Versicherungsträgern nach einheitlichen Grundsätzen elektronisch abzurechnen, was nicht nur zu Verwaltungskostenersparungen, sondern auch zu einer verbesserten Kontrolle der erbrachten bzw. abgerechneten Leistungen führen wird.

Zur Ermöglichung eines effizienten Controlling wurde auf Anregung der trägerübergreifenden Controllinggruppe gemäß § 32b ASVG von der Geschäftsführung des Hauptverbandes am 11. Februar 2002 beschlossen, Vorarbeiten zur Einführung eines Standardproduktes "Managementinformationssystem (MIS)" durchzuführen. Ziel ist die Errichtung eines Data-Warehouse bei den Sozialversicherungsträgern und

dem Hauptverband mit der Möglichkeit, alle entscheidungsrelevanten Informationen (verdichtet oder detailliert zu Analyse Zwecken) webgestützt abrufen zu können. Bis Juni 2002 soll ein Ergebnis (Inhalt und Umfang des automationsunterstützten MIS, Umsetzung und Pflichtenheft) vorliegen.

Frage 21:

Durch den flächendeckenden Einsatz und weiteren Ausbau von EDV-Standardprodukten, durch Vermeidung von Doppelgleisigkeiten bei der Erfüllung gleichartiger Aufgaben und damit durch Nutzung von Synergieeffekten, durch ständige Optimierung der Aufbau- und Ablauforganisation der Versicherungsträger mittels der Instrumente Geschäftsprozessoptimierung, Projektmanagement u.a.m. sind in allen Verwaltungsbereichen (des Personal- und Sachaufwandes) der Versicherungsträger laufend Einsparungen möglich. Ein diesbezüglich umfassender Reformprozess wurde bereits bei allen Versicherungsträgern eingeleitet und entspricht auch den gemeinsam zwischen meinem Ministerium, der trägerübergreifenden Control-linggruppe, dem Hauptverband und den Versicherungsträgern erarbeiteten Zielvereinbarungen gemäß § 32a ASVG, gestützt durch das Steuerungsinstrument Balanced Scorecard (BSC). Die Balanced Scorecard der österreichischen Sozialversicherung nennt als Instrumente zur Erreichung des Zieles "Einsparungen bei den Verwaltungsausgaben", z.B. im Rahmen des Personalmanagements u.a. einen Aufnahmestopp in Teilbereichen - ähnlich wie bereits unter der vorigen Bundesregierung für die Jahre 1996 und 1997 zwischen Hauptverband und zuständiger Gewerkschaft vereinbart -, flexible Arbeitszeitmodelle durch Förderung von Teilzeit, Kosteneinsparungen bei Überstunden, bei den freiwilligen sozialen Zuwendungen und bei bestimmten Zulagen, Straffung von Arbeitsabläufen usw.

Die sich aus diesem Maßnahmenmix ergebenden Einsparungen müssen zumindest so hoch sein, dass das gesetzlich normierte Ziel der Rückführung des Verwaltungs- und Verrechnungsaufwandes auf die Höhe des Geschäftsjahres 1999 bis zum Jahr 2003 im Sinne des § 588 Abs. 14 ASVG erreicht wird.

Frage 22:

Die auf die Grundsätze der Zweckmäßigkeit, Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit sowie auf die Wahrung der erforderlichen Versichertennähe abzustimmende Entscheidung über die Anzahl der Verwaltungs- und sonstigen Einrichtungen der Versicherungsträger liegt im Verantwortungsbereich der Selbstverwaltung der jeweiligen Träger.

Zur weiteren Optimierung des Kundenkontaktes laufen derzeit Vorbereitungen bzw. Pilotprojekte hinsichtlich des österreichweit geplanten Aufbaues von one-stop-shops in der österreichischen Sozialversicherung. Durch die Einrichtung derartiger regionaler Servicestellen (spartenübergreifend, unabhängig von der Zugehörigkeit der Versicherten zu einem bestimmten Versicherungsträger) sind weitere Vorteile bzw. erhebliche Verbesserungen vor allem für alte, kranke und behinderte Menschen zu erwarten.

Fragen 23 und 24, 30 und 31:

Nein, aus meiner Sicht würde eine in nächster Zeit vorgenommene Beitragserhöhung (sei es auf dem Wege einer geringfügigen Beitragssatzerhöhung oder auf dem Wege einer Aufhebung bzw. Anhebung der Höchstbeitragsgrundlage) dazu führen, dass die daraus lukrierten Mehreinnahmen - wie im Zeitraum der Vorgängerregierung - binnen kürzester Zeit wieder verbraucht sind, weshalb es das Bestreben der Bundesregierung ist, strukturelle Veränderungen im Sinne der Zielsetzungen der Balanced Scorecard in der österreichischen Sozialversicherung vorzunehmen.

In der Sozialversicherung gibt es keine Statistiken, die Abschätzungen zur Beantwortung der Frage 24c erlauben, da die Beitragsgrundlagen der Sozialversicherung mit der Höchstbeitragsgrundlage abgeschnitten sind. Die unten stehende Schätzung basiert auf Daten der Lohnsteuer. Die Lohnsteuerdaten lassen eine konkrete Beantwortung der Frage 24c nicht zu, da die Lohnsteuerdaten andere Klassengrenzen aufweisen. Deshalb müssen hier andere Anhebungsgrenzen angenommen werden:

Wenn die Höchstbeitragsgrundlage vollständig aufgehoben würde, würden die Einnahmen in der Krankenversicherung im Bereich des ASVG zusätzlich 370 Mio. Euro betragen. Eine Anhebung der Höchstbeitragsgrundlage auf 3.779 Euro würde Mehreinnahmen von rund 105 Mio. Euro bringen, eine Anhebung der Höchstbeitragsgrundlage auf 4.360 Euro würde rund 175 Mio. Euro bringen.

Die gesamten Beträge umfassen Dienstnehmer- und Dienstgeberbeiträge.

Mit Ablauf des Jahres 2001 haben die Krankenversicherungsträger in ihrem monatlich zu erstellenden Maßnahmencontrolling in Bezug auf die Senkung des Dienstgeberbeitragssatzes für Arbeiter um 0,3 Prozent eine erwartete Beitragseinnahmenverminderung (Frage 30b) in Höhe von rund 72 Mio. Euro bekannt gegeben. Diesen Einnahmenminderungen wäre aber gegenüberzustellen, dass im Bereich des Krankengeldes der Arbeiter durch die Übernahme der Entgeltfortzahlung durch die Arbeitgeber eine Entlastung entsteht. Im Jahr 2001 werden die Krankengeldaufwendungen voraussichtlich um rund 40 Mio. Euro weniger betragen als im Jahr davor.

Frage 25:

Die Setzung von Maßnahmen zur Erreichung von mehr Kostendisziplin in der Ärzteschaft bei der Medikamentenverschreibung fällt in den Verantwortungsbereich der Selbstverwaltung des Hauptverbandes und der einzelnen Versicherungsträger.

Bereits im Sanierungsauftrag der Bundesregierung "Sanierung des österreichischen Gesundheitssystems durch sanierte Krankenkassen" von April des Jahres 2000 wurden die Krankenkassen im Rahmen der Wahrnehmung dieser ihrer Verantwortung im Selbstverwaltungsbereich verpflichtet, u.a. zu Einsparungen im Bereich der Arzneimittelkosten (Senkung der erwarteten Kostensteigerungen) durch Anwendung geeigneter Instrumente beizutragen.

a) Im Rahmen der im Herbst des Vorjahres bei der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse durchgeführten Einschau durch die Prüfabteilung meines Ministeriums konnte festgestellt werden, dass die Kasse ihren Vertragspartnern u.a. durch den Einsatz des Medicom-Service-Programmes mehr Kostenbewusstsein bei ihren Verschreibungsgewohnheiten zu vermitteln versucht. Schwerpunktartig werden Projekte (z.B. Generika, AC - Hemmer) entwickelt und auch medial (z.B. in "med-Info") umgesetzt. Positiv ist hier ein (vergleichsweise) hoher Anteil von Revisionsaktivitäten im außerhalb des Vertragspartnerbereiches (z.B. bei Wahlärzten, Spitalsärzten) gelegenen Leistungsbereich sowie die grundsätzliche Bereitschaft der Kasse zur Erteilung der Rezepturbefugnis an Wahlärzte und Spitalsärzte (Sondereinbarung mit der KAGES) unter Bindung an die Grundsätze der ökonomischen Verschreibeweise aufgefallen.

In intensiven Verhandlungen mit der Ärzteschaft haben die Ärztekammervertreter auch ihre Bereitschaft signalisiert, an der Dämpfung explosionsartiger Kostensteigerungen im Bereich der Folgekosten (z.B. im Bereich der Heilmittel) mitzuwirken.

b) Auch bei allen anderen Krankenversicherungsträgern laufen derartige bzw. ähnliche Projekte, die zusammen mit den u.a. vom Hauptverband erreichten Maßnahmen wie Senkung der Großhandelsspanne, Einführung eines Solidaritätsbeitrages der Apotheker usw. bereits zu einer deutlichen Verflachung des Anstieges bei den Heilmittelaufwendungen geführt haben. So sind die Heilmittelaufwendungen der sozialen Krankenversicherung lt. vorläufigem Ergebnis für das Jahr 2001 gegenüber dem Geschäftsjahr 2000 im Schnitt um 4,6 % angestiegen. Das ist die geringste Steigerungsrate seit Jahren und auch im internationalen Vergleich ein beachtlicher Erfolg.

Fortgesetzte Bemühungen aller Kassen wie z.B. über öko-tools den Ärzten ein Programm in die Hand zu geben, das gleich wirksame, aber kostengünstigere Medikamente aufzeigt, ständige Kontakte mit der Ärzteschaft in Form von Folgekostengesprächen oder vertragliche Vereinbarungen zur Dämpfung der Folgekosten - die Wiener Gebietskrankenkasse hat z.B. für die Jahre 2002 und 2003 eine Zielvereinbarung abgeschlossen, der zu Folge die Ärzte den Anstieg bei den Heilmittelkosten durch eine ökonomische Verschreibeweise von 6 % (lt. Prognose des Pharmagroß-

handels für 2002) auf möglichst bis zu 3 % senken wollen - sollen weiterhin dazu beitragen, dass das auch in der Balanced Scorecard festgeschriebene Ziel "Verringerung des Wachstums der Heilmittel-Ausgaben" auch erreicht wird.

Fragen 26 und 27:

Ich habe den Vorschlag des Herrn Staatssekretärs nicht zurückgewiesen, sondern dahingehend konkretisiert, dass bei künftigen Zigarettenpreiserhöhungen ein Teil der daraus erzielten Mehreinnahmen zur finanziellen Abdeckung von Gesundheitsausgaben verwendet werden könnte. Dies im vollen Vertrauen zum derzeitigen Herrn Bundesminister für Finanzen.

Frage 28:

Pläne über eine Änderung der geltenden Rechtslage über die beitragsfreie Mitversicherung sind mir nicht bekannt.

Frage 29:

Ich bin immer dafür eingetreten, dass bestehende Vereinbarungen von beiden Seiten einzuhalten sind, daher trete ich auch für weitere Gespräche zur Lösung der Mehrwertsteuer-Problematik ein.

Die Berechnungen der Abgeltung der nicht abziehbaren Vorsteuer (NAV) durch das Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz (GSBG) beziehen sich nicht nur auf Medikamente. Die Aufwendungen für die NAV der Krankenversicherung im Jahr 2001 werden sich nach Schätzungen auf 445 Mio. Euro belaufen. Die Einnahmen durch das GSBG werden auf 408 Mio. Euro geschätzt. Die Mehreinnahmen bei voller Abgeltung wären daher im Jahr 2001 37 Mio. Euro.

Frage 32:

Die Verlängerung der Zahlungsfristen für Sozialversicherungsbeiträge wurde zum Zwecke der Harmonisierung mit den steuerlichen Bestimmungen vorgenommen, sodass diesbezüglich kein weiterer Handlungsbedarf besteht.

Der finanzielle Nachteil, der den Kassen durch die Verlängerung der Zahlungsfristen der Arbeitgeber im Jahr 2001 entstanden ist, beträgt nach einer Schätzung des Hauptverbandes 7,3 Mio. Euro, diese Summe verbleibt bei den Unternehmungen.

Frage 33:

Der Rückstand der Dienstgeber belief sich per 31.12.2001 auf 890 Mio. Euro, das sind 3,48 % der fälligen Beiträge.

Hiezu möchte ich allerdings grundsätzlich darauf hinweisen, dass es sich hier um eine stichtagsbezogene Größenordnung handelt, die infolge der an den jeweils darauf folgenden Tagen einlangenden Beitragszahlungen keinen Rückschluss auf die Zahlungsmoral der Dienstgeber zulässt. Allerdings findet die Vielzahl der Insolvenzen, besonders der exorbitante Anstieg in den letzten Jahren, natürlich entsprechenden Niederschlag in der Höhe des Beitragsrückstandes.

Wie den anfragenden Abgeordneten sicher bekannt ist, ist es meinem Ministerium gesetzlich verwehrt, im Rahmen des Aufsichtsrechtes gemäß § 449 ASVG in die Eigenverantwortlichkeit der Selbstverwaltung einzugreifen und gegenüber den Dienstgebern Maßnahmen (z.B. stärkere Kontrollen, höhere Strafen) zu setzen. Wie jedoch bereits in früheren Anfragebeantwortungen festgehalten, wird mein Ministerium selbstverständlich auch weiterhin alle im Rahmen der rechtlichen und personellen Gegebenheiten möglichen Maßnahmen zur Verbesserung der Beitragseinbringung ausschöpfen. Hierbei sind die zunehmend realisierten Vorkehrungen (z.B. zweijähriger Beitragsprüfungs-Turnus) und erweiterten Einbringungsmaßnahmen (z.B. Geltendmachung der Geschäftsführerhaftung) der Krankenversicherungsträger sichtbares Ergebnis der in den letzten Jahren verstärkten Aktivitäten der Einschaubehörde meines Ressorts mit dem Ziel, die wirtschaftlichen Folgen der faktischen Uneinbringlichkeit so gering wie möglich zu halten.

Frage 34:

Durch das Gesetz über die Einrichtung eines Fonds zur Finanzierung privater Krankenanstalten (Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfondsgesetz - PRIKRAF-G), BGBl. I Nr. 5/2001, wurden die Beziehungen zu bestimmten nichtlandesfondsfinanzierten Krankenanstalten mit Wirkung ab 2002 völlig neu gestaltet:

Bislang erhielten die Krankenanstalten für stationäre Leistungen vertraglich vereinbarte Vergütungen, die abhängig von der Aufenthaltsdauer des Patienten in der Vertragskrankenanstalt waren (Tagespauschalen). Ebenso erhielten Versicherte, die Nicht-Vertragskrankenanstalten aufgesucht haben, satzungsmäßige Kostenerstattungen, die ebenfalls von der Aufenthaltsdauer abhängig waren (Tagespauschalen). Jene 48 Krankenanstalten, die vom bisherigen Gesamtvertrag mit der Wirtschaftskammer Österreich umfasst waren, werden nunmehr über den PRIKRAF, dessen operativer Bereich im Aufbau begriffen ist, finanziert. Für andere nichtlandesfondsfinanzierte Krankenanstalten, die von diesem Vertrag nicht umfasst waren, gelten die bisherigen Regelungen unverändert weiter.

Die Krankenversicherungsträger haben den PRIKRAF mit insgesamt rund 72,67 Mio. Euro zu dotieren. Mit dieser Zahlung sind alle Leistungen im stationären und tagesklinischen Bereich einschließlich der aus dem medizinischen Fortschritt resultierenden Leistungen abgegolten. Die Verteilung auf die einzelnen Krankenversicherungsträger erfolgt vorläufig nach einem Schlüssel, der sich an den Aufwendungen orientiert, die für die genannten Krankenanstalten im Jahr 1999 getätigt wurden. Eine endgültige Aufteilung soll anhand der tatsächlichen Inanspruchnahmen erfolgen.

Auf diese Pauschalsumme sind die sozialversicherungsrechtlich vorgesehenen Kostenbeteiligungen für Angehörige nach dem ASVG (§ 447f Abs. 7 ASVG) sowie für Versicherte und Angehörige nach dem BSVG (§ 93 Abs. 3 BSVG) anzurechnen. Der Kostenanteil beträgt 10% des in der Satzung vorgesehenen Pflegekostenzuschusses für die Inanspruchnahme von Krankenanstalten, die weder fondsfinanziert sind noch in einem Vertragsverhältnis zum leistungszuständigen Krankenversicherungsträger stehen. Dieser Pflegekostenzuschuss beläuft sich für das Jahr 2002 auf 103,34 Euro. Der Kostenbeitrag beläuft sich somit auf 10,33 Euro. Diese Kostenanteile sind von den Vertragskrankenanstalten unter Anrechnung auf die Honorierung für Rechnung der Krankenversicherungsträger einzuheben. Die Krankenversicherungsträger akontieren den Pauschalbetrag entsprechend gekürzt, wobei die endgültige Abrechnung zwei mal jährlich mit den im Oktober und April fälligen Teilzahlungen erfolgt.

Weitergehende gesetzliche Maßnahmen in diesem Bereich stehen derzeit nicht zur Diskussion.

Die Aufwendungen für Privatkliniken (Frage 34b) beliefen sich auf

im Jahr	Betrag (in Euro)
1999	69,862.276,07
2000	70,437.660,49
2001	72,550.790,31

Die obigen Zahlen beruhen bis 2000 auf Erhebungen, für 2001 auf Schätzungen des Hauptverbandes (inklusive ambulante Leistungen und Ausland). Eine Aufschlüsselung nach Privatkliniken liegt nicht vor.

Frage 35:

Die letzten Spannungsenkungen hatten den Zweck, die österreichischen Großhandelsspannen dem EU-Durchschnitt anzupassen. Meinem Ministerium wurden bisher keine nachvollziehbaren Daten vorgelegt, die belegen würden, dass diese Zielsetzung nicht erreicht worden wäre.

Frage 36:

Eine "Zensur der Meinungsäußerung der Sozialversicherungsträger" durch mein Ressort findet nicht statt.

Sollten die anfragenden Abgeordneten die mit der 59. Novelle zum ASVG, BGBl. I Nr. 1/2002, eingeführte Bestimmung des § 81 a ASVG sowie die entsprechenden Parallelbestimmungen der anderen Sozialversicherungsgesetze im Auge haben, welche die Versicherungsträger (den Hauptverband) und das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen verpflichten, die Versicherten (Dienstgeber, LeistungsbezieherInnen) über ihre Rechte und Pflichten nach diesen Bundesgesetzen zu informieren und aufzuklären, so darf ich auf die Ausführungen in den Erläuternden Bemerkungen zur Regierungsvorlage verweisen, nach welchen die Motive für diese Bestimmung wie folgt dargestellt werden:

"Die Versichertengemeinschaft soll in einer breit angelegten Weise unter möglichst sparsamer und zweckmäßiger Mittelverwendung Information und Aufklärung über jene Rechte und Pflichten erhalten, die aus dem Versicherungsverhältnis erwachsen. Bei dieser Informations- und Aufklärungsarbeit haben sich die Versicherungsträger (bzw. der Hauptverband) und das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen zu koordinieren, um "Doppelgleisigkeiten" zu vermeiden und dem Gebot der Verwaltungsvereinfachung Genüge zu tun. Um einen raschen Informationsfluss sicherzustellen, hat sich das Bundesministerium gegebenenfalls binnen 48 Stunden zu zugestellten Informationen (Aufklärungen) zu äußern.¹¹

Wie bereits dem Gesetzeswortlaut zu entnehmen ist, betrifft die Verpflichtung zur Abstimmung Informationen und Aufklärungen, nicht jedoch politische Meinungen bzw. Äußerungen. Von einer "Zensur" kann daher keine Rede sein.

Im Übrigen gehe ich davon aus, dass auch die anfragenden Abgeordneten mein Interesse an einer möglichst korrekten und sachdienlichen Information der Versicherten und der Dienstgeber teilen.

Bisher ist der § 81 a ASVG ein einziges Mal zur Anwendung gelangt und unter Berufung auf § 81 a ASVG habe ich den Hauptverband ersucht, in seinen nächsten Mitteilungen an die Versicherten diese über die Möglichkeit des Härtefonds der Krankenversicherungsträger zu informieren.

Zu Frage 37:

Nein.

Die Neuorganisation des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger brachte hinsichtlich der Kosten für die Selbstverwaltung folgende Änderungen:

- Die Funktionsgebühr für den Präsidenten des Hauptverbandes entspricht der Höhe nach derjenigen des Vorgängers. Die Anzahl der Vizepräsidenten wurde halbiert, sodass sich dadurch eine Einsparung von rd. 20.772 Euro ergibt (Dieser Betrag entspricht dem Anspruch eines Vizepräsidenten auf Funktionsgebühr im Jahr 2001).
- Die Gewährung von Funktionsgebühren an die übrigen Mitglieder des Verwaltungsrates ergibt sich daraus, dass der Verwaltungsrat im Gegensatz zum Verbandsvorstand nicht mehr aus Ableuten der Sozialversicherungsträger besteht, sondern diese Funktionen von unabhängigen Personen ausgeübt werden.
- Die Geschäftsführung besteht aus drei Personen, deren durchschnittliches Entgelt monatlich rund 11.000 Euro beträgt. Deren Agenden wurden vor der Neuorganisation von vier Direktoren mit einem Entgelt von je monatlich rund 8.750 Euro 14 mal pro Jahr ausgeübt, sodaß sich eine Einsparung von rund 28.000 € p.a. ergibt.
- Hinsichtlich der Kosten für die Controllinggruppe traten keine Änderungen ein.
- Die Kontrollversammlung wurde abgeschafft. Dies führte zu Einsparungen in der Höhe von rund 36.000 Euro.
- An Stelle der Verbandskonferenz wurde die Hauptversammlung eingerichtet. Trotz der Erhöhung der Anzahl von 27 auf 38 Mitglieder bleiben die Kosten gleich.
- Neu eingerichtet wurde das Sozial- und Gesundheitsforum Österreich. Die Kosten für dieses mit Experten besetzte Beratungsgremium in der Höhe von rund 9.000 Euro sind in Relation zu seiner Aufgabe als vertretbar und im Interesse der Versicherten zu betrachten.

Schließlich möchte ich noch bemerken, dass der Hauptverband nunmehr über einen Dienstkraftwagen (BMW 530d) verfügt, während ihm früher zwei Dienstautos (Mercedes 190E und Audi 100 2,0E) zur Verfügung standen, sodaß ein Dienstauto eingespart wurde.

Frage 38:

Ich habe zuletzt in der Beantwortung der parlamentarischen Anfrage der Abgeordneten Silhavy und Genossinnen, betreffend die Finanzierung der sozialen Krankenversicherung, Nr.1647/J, dazu Folgendes ausgeführt:

“Die Pflichtversicherung war immer ein grundsätzliches Wesensmerkmal der gesetzlichen Sozialversicherung. Sollte in diesem Bereich eine Änderung befürwortet werden, so wären deren Vorzüge gegenüber dem bisherigen System klar zu umschreiben. Gerade um in dieser Beziehung Klarheit zu schaffen, wird zu Beginn dieses Jahres eine Arbeitsgruppe in meinem Ressort zusammentreten, welche die Vor- und Nachteile der Pflichtversicherung gegenüber einem anderem System, insbesondere jenem der Versicherungspflicht, darstellen soll. Die weitere Vorgangsweise hängt von den Ergebnissen der Beratungen dieser Arbeitsgruppe ab. Änderungen werden dann angestrebt werden, wenn dadurch Verbesserungen im Vergleich zur derzeitigen sozialversicherungsrechtlichen Situation herbeigeführt werden können.”

Eine im Rahmen der Expertenkommission Pflichtversicherung/Versicherungspflicht eingesetzte Unterarbeitsgruppe hat sich mittlerweile mit der Frage beschäftigt, welche Möglichkeiten im Hinblick auf eine Ausweitung der Zusatzversorgung (Ergänzung des Pflichtversicherungsmodells in Bezug auf bestimmte Personengruppen und bestimmte Leistungen) bestehen.

Als zusammenfassendes Ergebnis wurde vom Vorsitzenden dieses Arbeitskreises, o. Univ.Prof. Dr.Walter Schrammel, in seinem Bericht Folgendes festgehalten:

- “1. Die Expertenkommission “Pflichtversicherung - Versicherungspflicht empfiehlt die Beibehaltung des bestehenden Modells der gesetzlichen Krankenversicherung (Pflichtversicherungsmodell) für alle Versichertengruppen.
2. Eine Anreicherung des bestehenden Systems mit Marktelementen soll innerhalb dieses Systems erreicht werden. Nach Auffassung des Unterausschusses wäre eine Möglichkeit, für besser verdienende Personen eine Wahlmöglichkeit zwischen Geld- und Sachleistungsbeziehung vorzusehen.
3. Sollte ein derartiges Modell dem Grunde nach politisch erwünscht sein, wäre die Diskussion (Anpassung des bestehenden Systems, insbesondere im Kasernenrecht, Tarifierung der Leistungen etc) fortzuführen.”

An diesen Empfehlungen werde ich mich künftig orientieren.

Frage 39:

Ich habe größten Wert darauf gelegt, dass im Rahmen der Zielvereinbarungen gemäß § 32a ASVG dem Thema "Prävention" breiter Raum gewidmet wird und werde auch weiterhin diesem Thema erhöhte Aufmerksamkeit schenken.

Frage 40:

Die Einführung der E-Card bewirkt keinen Einnahmenentfall, sondern bringt wesentliche Verwaltungsvereinfachungen gegenüber dem bisherigen Krankenscheinsystem für Unternehmer, Ärzte, Versicherte und letztendlich auch für die Sozialversicherungsträger.

Frage 41:

Der Übergang auf eine wertschöpfungs-basierte Berechnung der Sozialversicherungsbeiträge ist grundsätzlich nur dann zu befürworten, wenn er im europäischen Konsens eingeführt wird. Ansonsten ist eine Gefährdung des Wirtschaftsstandortes Österreich nach Sicht der Experten und damit eine Gefährdung der Basis der Krankenversicherung zu befürchten. Eine europaweite Umsetzung ist derzeit nicht zu sehen.