

Bundesministerium für  
Gesundheit, Familie und Jugend  
Radetzkystraße 2  
1030 Wien

Bundesministerium für  
Soziales und Konsumentenschutz  
Stubenring 1  
1010 Wien

Wien, 27. Mai 2008  
GZ 301.845/001-S4-2/08

**Entwurf eines SV-Holding-Gesetzes, und eines Krankenversicherungs-Änderungsgesetzes - KV-ÄG, mit denen das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, das Bauern Sozialversicherungsgesetz, das Allgemeine Pensionsgesetz, das Beamten Kranken- und Unfallversicherungsgesetz sowie weitere Gesetze geändert werden und ein Bundesgesetz, mit dem der Bundesminister für Finanzen ermächtigt wird, auf Bundesforderungen gegenüber den Gebietskrankenkassen zu verzichten, sowie ein Bundesgesetz zur Dämpfung der Heilmittelkosten für die Jahre 2008 bis 2010 erlassen werden;**  
**Begutachtung und Stellungnahme**

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Rechnungshof dankt für die Übermittlung der Entwürfe des SV-Holding-Gesetzes und des Krankenversicherungs-Änderungsgesetzes - KV-ÄG. Aufgrund des inhaltlichen Zusammenhangs dieser beiden Entwürfe als Schritte zu einer - laut den Erläuterungen beabsichtigten - nachhaltigen Absicherung im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung erstattet der Rechnungshof eine gemeinsame Stellungnahme aus der Sicht der

Rechnungs- und Gebarungskontrolle zu beiden Entwürfen. Diese Stellungnahme wird unter einem dem Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend sowie dem Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz übermittelt.

## 1 ALLGEMEINES

Zur Frage der erforderlichen Gesamtbetrachtung des Bereiches „Gesundheit“, der in diesem Bereich festzustellenden Kompetenzzersplitterung und dem daraus folgenden Auseinanderfallen der Aufgaben-, Ausgaben- und Finanzierungsverantwortung, das zu einer Verflochtenheit und Komplexität der Finanzierungsströme führt, verweist der Rechnungshof eingangs auf seine Stellungnahme zum zweiten Entwurf der Expertengruppe Staats- und Verwaltungsreform (abrufbar unter [http://www.parlament.gv.at/PG/DE/XXIII/ME/ME\\_00168\\_16/pmh.shtml](http://www.parlament.gv.at/PG/DE/XXIII/ME/ME_00168_16/pmh.shtml)) sowie auf seine auf Prüfungsergebnissen beruhenden Vorschläge und Anregungen zum Themenbereich „Gesundheit“, die im Positionspapier „Verwaltungsreform“ (Reihe Positionen 2007/1, unter lfd. Nr. 104 bis 121 angeführt werden (abrufbar unter <http://www.rechnungshof.gv.at/berichte/positionen/positionen/detail/positionen-20071.html>).

Diese Parallelität und Komplexität der Finanzströme für den intra- bzw. den extramuralen Versorgungsbereich bezeichnet auch das - nach den Erläuterungen beiden Entwürfen zugrunde liegende - „Sozialpartnerpapier“ als größtes Problem des österreichischen Gesundheitswesens.

Als wirkungsvolle Lösung dieses Problems wurde in diesem Papier die Zusammenfassung der Finanzierung beider Bereiche in einer Hand und die organisatorische Trennung von Leistungserbringung und Finanzierung vorgeschlagen; die soziale Krankenversicherung sollte mit dieser gesamthaften Finanzierungsaufgabe betraut werden. Diese anzustrebende Finanzierung aus einer Hand wird jedoch mit den vorliegenden Entwürfen nicht umgesetzt.

Der Rechnungshof weist darauf hin, dass sich laut Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger die Gesamtausgaben im Bereich der Krankenversicherung im Jahr 2007 auf rd. 13,2 Mrd. EUR beliefen. Davon entfielen auf die vom vorliegenden Entwurf betroffenen Ausgabenarten „Ärztliche Hilfe“ und „Heilmittel“ rd. 6,0 Mrd. EUR. Der Bereich „Krankenanstalten“ bleibt - abgesehen von den im Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten vorgeschlagenen Änderungen anlässlich der Entlassung aus der Krankenanstalt - ausgespart.

Ebenso weist der Rechnungshof darauf hin, dass das im Sozialpartnerpapier vorgesehene Einfrieren der Pauschalzahlungen der Krankenversicherung an die Landesfondsspitäler

- wie der Bereich der Finanzierung der Krankenanstalten insgesamt - im Entwurf ausgeklammert geblieben ist.

Auch das von der WGKK betriebene Hanusch-Krankenhaus, das zu einer Belastung der Gebietskrankenkassen von insgesamt über 41 Mill. EUR pro Jahr führt, ist nicht Teil des Maßnahmenpaketes zur Sanierung der Krankenversicherungen. Auf eine erforderliche Lösung dieser finanziellen Belastung wurde sowohl durch Feststellungen des Rechnungshofes (Bericht Reihe Bund 2008/2, Vergleich WGKK mit OÖGKK) als auch im Sozialpartnerpapier hingewiesen. Weitere geeignete rechtliche Schritte zur Entlastung der Gebietskrankenkassen in diesem Bereich scheinen daher noch erforderlich.

Ebenso verweist der Rechnungshof auf seine Prüfungsfeststellungen zur Übernahme der Kosten für die präoperative Diagnostik. Die WGKK rechnete im Jahr 2006 insgesamt für 67.519 ASVG-Versicherte Leistungen der präoperativen Diagnostik im Umfang von rd. 10 Mill. EUR ab. Davon war sie für 43.884 Versicherte selbst leistungszuständig; ihr Aufwand betrug rd. 7 Mill. EUR (Bericht Reihe Bund 2008/2, Vergleich WGKK mit OÖGKK). Auch ein Ausgleich dieser Belastungen ist im Entwurf nicht vorgesehen.

## 2 ZUM ENTWURF DES SV-HOLDING GESETZES

### 2.1 Allgemeines

Der Rechnungshof hat in Vorberichten (vgl. etwa Reihe Bund 1993/7, TZ 2.13 und 2.17) die mangelhafte Wahrnehmung der Richtlinienkompetenz durch den Hauptverband beanstandet. Es wird daher zu evaluieren sein, inwiefern die durch die § 30b bis § 30d (Strategische Zielsteuerung, Monitoring und Controlling sowie Sicherstellung der Zielerreichung) vorgesehenen Maßnahmen ein taugliches Mittel darstellen, die angestrebten Ziele zu erreichen.

Aus der Sicht der Rechnungs- und Gebarungskontrolle ist weiters darauf hinzuweisen, dass weder im Gesetzestext noch in den Erläuterungen ein Hinweis auf die Zielsetzung „Vereinheitlichung des Leistungskataloges der Krankenversicherungsträger“ zu finden ist. Der Rechnungshof verweist dabei auf seine Empfehlung gegenüber der WGKK, der OÖGKK sowie dem Hauptverband, standardisierte Diagnosen und einheitliche Behandlungsrichtlinien zu erstellen, um eine eindeutige Ursachenanalyse der höheren Kosten zu ermöglichen (Reihe Bund 2008/2, TZ 6).

## **2.2 Zu den geplanten Bestimmungen über Organisation und Aufgabenbereich der SV-Holding (§ 31 i.V.m. § 441 ASVG):**

Mit dem vorliegenden Entwurf würde der Hauptverband - auch nach den Erläuterungen - nicht mehr wie bisher als „Zusammenfassung der SV-Träger“, sondern als eigenständige Selbstverwaltungseinrichtung zu betrachten sein. Gemäß dem neuen § 31 ASVG sollen die Versicherungsträger sowie alle sozialversicherten Personen und ihre DienstgeberInnen Mitglieder der SV-Holding sein.

Als oberster Entscheidungsträger der Holding ist die Einrichtung eines Verwaltungsrates vorgesehen, dem insgesamt 12 Mitglieder mit beschließender Stimme angehören sollen, die zu gleichen Teilen aus dem Kreis der Arbeitnehmer- sowie der Arbeitgebervertreter beschickt werden. Die Versicherungsträger werden hingegen in Spartenkonferenzen organisiert sein und dem Verwaltungsrat lediglich mit beratender Stimme angehören.

Zu der in § 31 ASVG vorgeschlagenen Konstruktion verweist der Rechnungshof auf das Erkenntnis des Verfassungsgerichtshofes vom 10. Oktober 2003 (G 222/02, G 1/03, VfSlg. Nr. 17.023). Nach diesem Erkenntnis hat sich die demokratische Legitimation der Organe eines Selbstverwaltungskörpers auf seine Angehörigen zu beziehen bzw. die mit entscheidungswichtigen Aufgaben und Befugnissen betrauten Organe des Selbstverwaltungskörpers sind von diesem autonom, das heißt aus der Mitte seiner Angehörigen, zu bestellen.

Angesichts des Wirkungskreises der SV-Holding und ihres obersten Organs erscheint im Lichte dieses Erkenntnisses fraglich, ob nicht auch die Mitwirkung der Versicherungsträger an der Kreation des Verwaltungsrates verfassungsrechtlich geboten sein könnte.

## **2.3 Beschlussfassung in den Verwaltungskörpern der Versicherungsträger (§ 437 i.V.m. § 438 Abs. 2a ASVG):**

Der Rechnungshof weist darauf hin, dass nach den vorgeschlagenen Bestimmungen sämtliche Beschlüsse des Vorstandes zu ihrer Wirksamkeit der Zustimmung der Kontrollversammlung bedürfen. Zu diesem Zweck tagen Vorstand und Kontrollversammlung in gemeinsamen Sitzungen, wobei die Beschlüsse aber jeweils getrennt zu fassen sind.

Dies scheint nach Ansicht des Rechnungshofes mit dem in den Erläuterungen dargelegten weiter bestehenden Konzept der Trennung von geschäftsführendem und kontrollierendem Organ schwer vereinbar zu sein. Im Hinblick auf diese gemeinsamen Sitzungen wären überdies Maßnahmen zu treffen, um eine effektive Wahrnehmung der Kompetenzen der Kontrollversammlung sicher stellen zu können.

## 2.4 Prüfung der Rechnungsabschlüsse durch Wirtschaftsprüfer (§ 444 Abs. 4 ASVG)

Dem Entwurf zufolge sollen künftig die Rechnungsabschlüsse aller Sozialversicherungsträger vor der Antragstellung auf Genehmigung in der Generalversammlung von einem zugelassenen Wirtschaftsprüfer unter sinngemäßer Anwendung der §§ 268 bis 276 UGB geprüft werden, um die wirtschaftliche Lage der einzelnen Versicherungsträger besser einschätzen zu können. Der Rechnungshof weist darauf hin, dass die Überprüfung der Rechnungsabschlüsse schon bisher zum Aufgabenbereich der Kontrollversammlung gehörte und von dieser auch wahrgenommen wurde.

Aus der Sicht der Rechnungs- und Gebarungskontrolle ist in diesem Zusammenhang auf den in § 269 UGB umschriebenen Umfang der Abschlussprüfung hinzuweisen (z.B.: Beachtung der gesetzlichen Vorschriften und der Bestimmungen des Gesellschaftsvertrages, Übereinstimmung der Lageberichte mit dem Jahres- bzw. Konzernabschluss, „wahrheitsgemäße“ Darstellung der Lage des Unternehmens bzw. Konzerns, Einhaltung der Grundsätze ordnungsgemäßer Buchführung). Ebenso bleiben weiterhin die für die Sozialversicherungsträger erstellten eigenen Weisungen für die Rechnungslegung und Rechnungsführung in Geltung (§ 444 Abs. 6 ASVG).

Der Rechnungshof weist weiters darauf hin, dass im Hinblick auf den Gebarungsumfang (mehr als 43 Mrd. EUR jährlich) und den finanziellen Wirkungskreis der Sozialversicherungsträger (mehrere Millionen Leistungsempfänger) mit hohen Kosten für die Erstellung des Bestätigungsvermerkes zu rechnen ist. In den Erläuterungen fehlt ein Hinweis auf diese Kosten und eine diesbezügliche Kostenkalkulation.

## 2.5 Übertragung der EDV-Einrichtungen (§ 30e Abs. 1 Z 8, § 81 Abs. 2 und § 635 Abs. 3 ASVG)

In den künftigen Aufgabenbereich der SV-Holding soll auch die Führung und Organisation der gesamten elektronischen Datenverarbeitung der Sozialversicherungsträger fallen, wobei diese Aufgaben aber auch an Versicherungsträger oder ihr nahe stehende Einrichtungen übertragen werden können. Zur Sicherstellung der zentralen Dienstleistungskompetenz der SV-Holding soll diese entsprechende Vereinbarungen mit den Krankenversicherungsträgern zur Übertragung ihrer EDV-Einrichtungen und ihres EDV-Personals sowie der von ihnen wahrgenommenen Aufgaben im Bereich der EDV treffen können.

Die Erläuterungen enthalten keine Angaben über eine Kosten-Nutzen-Evaluierung der geplanten Maßnahme sowie keine Ausführungen zur Frage, unter welchen rechtlichen Rahmenbedingungen der Personaltransfer erfolgen soll.

Der Rechnungshof verweist zur „Führung und Organisation der gesamten elektronischen Datenverarbeitung der Sozialversicherung“ (§ 30e Abs. 1 Z 8 des Entwurfes) insbesondere auf seine diesen Themenkomplex betreffenden Feststellungen und Empfehlungen im Bericht „Fusion der Pensionsversicherungsanstalten der Arbeiter und der Angestellten“ Reihe Bund 2007/8, TZ 18 bis 26. Die zusammenfassenden Empfehlungen aufgrund der damaligen Prüfungsfeststellungen lauteten:

- „(8) Beschlüsse über IT-Vorhaben sollten nur auf Basis nachvollziehbarer, aussagekräftiger Gesamtkonzepte und prognostizierter Gesamtkosten sowie entsprechender Kosten-Nutzen-Berechnungen gefasst werden.
- (9) Die Zusammenarbeit der Sozialversicherungsträger im IT-Bereich wäre zu verstärken.
- (10) Die Definition und Optimierung der Geschäftsprozesse sollte zügig fertiggestellt werden. Weiters wäre eine Neuberechnung des Personalbedarfes durchzuführen.
- (11) Auf Dauer wären die billigeren eigenen Ressourcen einzusetzen und externes IT-Personal nur für Spalten- und Spezialbedarf heranzuziehen.
- (12) Zahlungen für Dienstleistungen sollten erst nach Vorlage vollständiger Zeitaufzeichnungen geleistet werden.
- (13) IT-Leistungen wären unter Einhaltung der vergaberechtlichen Bestimmungen zu vergeben und vor Leistungserbringung den Verwaltungskörpern zur Beschlussfassung vorzulegen.
- (14) Die vom RH publizierten Leitlinien für die erfolgreiche Durchführung von Projekten der IT (Reihe Bund 2004/7 S. 29 bis 48) sollten beachtet werden.“

Abschließend ist auf den diesbezüglich unklaren Wortlaut des § 635 Abs. 3 ASVG (Schlussbestimmung) hinzuweisen, da nicht eindeutig hervorgeht, ob lediglich die Vereinbarungen über die Übertragung der EDV-Einrichtungen bis 31. Oktober 2009 getroffen werden sollen, oder ob die gesamte Übertragung bis zu diesem Termin abzuschließen ist.

### **2.6.1 Zu den Bestimmungen über die Finanzierung der geplanten Holding**

Zu § 441f ASVG halten die Erläuterungen fest, dass für die Strategische Zielsteuerung der Sozialversicherung ein bestimmter Prozentsatz der von den Krankenversicherungs-

trägern eingehobenen Versicherungsbeiträge der Holding zufließt. Weiters wird ausgeführt, dass „*die SV-Holding für die Erbringung zentraler Dienstleistungen*“ von den Versicherungsträgern jene Mittel erhält, die „*schon derzeit nach einem bestimmten Verteilungsschlüssel dem Hauptverband zufließen, wobei sich der jeweilige Anteil der Versicherungsträger aus so genannten Verbandspunkten ergibt*“.

Aus der Sicht der Rechnungs- und Gebarungskontrolle ist darauf hinzuweisen, dass abgesehen von der noch nicht erfolgten Festlegung des Prozentsatzes in § 441f auch die Erläuterungen keinen Hinweis darauf geben, warum nicht auch die übrigen Sozialversicherungsträger für die strategische Steuerung der SV-Holding aufkommen sollen, zumal ja die strategische Steuerung nicht nur auf die Krankenversicherungsträger beschränkt ist. Überdies ist auf den mit der Administrierung der getrennten Finanzierung der - in der Praxis wohl nur schwer trennbaren - Aufgabenbereiche hohen Verwaltungsaufwand hinzuweisen.

Im Hinblick auf den großen, in § 30e des Entwurfes konkretisierten, Umfang der Dienstleistungsaufgaben der Holding wird aus der Sicht einer sparsamen, wirtschaftlichen und zweckmäßigen Gebarung der künftigen Holding darauf zu achten sein, dass die Verrechnungsgrundsätze transparent festgelegt werden und die „Tarife“ für die jeweils erbrachten Leistungen nach marktüblichen Maßstäben zu verrechnen sein werden.

Der Rechnungshof verweist auf die Möglichkeit der Verbesserung der finanziellen Lage der Krankenversicherungsträger durch den mit der Neuregelung in § 63 Abs. 1 ASVG verbundenen Zinsgewinn, wenn die von den Krankenversicherungsträgern eingehobenen Beiträge für die Unfall- und Pensionsversicherung künftig nur mehr am Monatsletzten abzuführen sind.

## **2.6.2 Maßnahmen zur Verbesserung der finanziellen Situation der KV-Träger**

Zur Sicherung der Finanzierbarkeit der Krankenversicherung soll durch die Änderung des ersten Satzes des § 73 Abs. 2 ASVG von 2008 bis 2012 ein Zusatzhebesatz von 3 % der von Pensionisten einbehaltenden KV-Beiträge von der Pensionsversicherungsanstalt an die SV-Holding zur Verteilung an die KV-Träger überwiesen werden. Den Aufwand dafür (nach den Erläuterungen beträgt dieser Mehraufwand für die PVA im Jahr 2008 rd. 33 Mill. EUR) soll der Bund tragen.

Der Rechnungshof weist im Zusammenhang mit der Anordnung der Weiterleitung dieser Beträge darauf hin, dass nach dem bisherigen Wortlaut des ersten Satzes aber auch die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft für die gem. § 8 Abs. 1 Z 1 lit. d

krankenversicherten Personen 180 % der von ihnen einbehaltenen KV-Beiträge an den HV zu überweisen hatte. Diese Verpflichtung würde nunmehr entfallen.

## 2.7 Abschluss von Gesamtverträgen (§ 31 Abs. 3 Z 11 ASVG alt)

Bisher war der Hauptverband für den Abschluss der Gesamtverträge mit den öffentlich-rechtlichen Interessenvertretungen der Ärzte, Zahnärzte, Hebammen und anderer Vertragspartner zuständig. Der Rechnungshof begrüßt, dass die Kompetenz zum Abschluss dieser Verträge nunmehr entsprechend einer Empfehlung des Rechnungshofes (Reihe Bund 2008/2, TZ 22) auf die einzelnen KV-Träger übergehen soll und damit die tatsächliche und formelle Verantwortung für den Abschluss sowie die Erfüllung der Gesamtverträge zusammenfallen soll.

## 2.8 Kostenbeiträge

Im Zuge der Prüfung der Gebarung der Wiener und der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse machte der HV massive verfassungsrechtliche Bedenken gegen die Bestimmungen des § 31 Abs. 5a ASVG geltend, wonach der HV jährlich unter bestimmten Bedingungen durch Verordnung einheitliche Kostenbeiträge für bestimmte Leistungen für die Krankenversicherungsträger nach dem ASVG festzusetzen hatte (siehe Bericht Reihe Bund 2008/2, TZ 23). Eine entsprechende Bestimmung über die Festsetzung eines Kostenbeitrags findet sich auch unverändert im vorgeschlagenen § 30f Abs. 2 Z 5 des Entwurfes.

Es ist weiters darauf hinzuweisen, dass auch § 30f Abs. 2 Z 4 des Entwurfes (diese entspricht inhaltlich dem geltenden § 31 Abs. 2 Z 4 ASVG) die SV-Holding zur Festsetzung eines Kostenbeitrags verpflichtet, allerdings ohne nähere Bestimmungen oder Einschränkungen zu enthalten. Der Rechnungshof weist darauf hin, dass beide Bestimmungen bislang nicht angewendet wurden (siehe Bericht Reihe Bund 2008/2, TZ 23).

## 2.9 Zur Darstellung der finanziellen Auswirkungen

Der Rechnungshof hält fest, dass die wesentlichste finanzielle Auswirkung beider Entwürfe zur Gesundheitsreform wohl die Ermächtigung des Finanzministers in Art. 11 des KV-ÄG ist, auf Forderungen des Bundes gegenüber (den sechs) Gebietskrankenkassen, die am 31. Dezember 2007 ein negatives Reinvermögen ausgewiesen haben, in Höhe von 450 Mill. EUR zu verzichten. Diesbezüglich wird auf Punkt 3.7.1 dieser Stellungnahme hingewiesen.

Die Erläuterungen zum SV-Holding-Gesetz halten lediglich fest, dass „*durch die beabsichtigte Straffung der Organisation der Sozialversicherung ... mit bedeutenden Ein-*

*sparungen im Verwaltungsbereich zu rechnen*“ ist, ohne das erwartete Einsparungspotential auch nur ansatzweise abzuschätzen. Insbesondere ist nicht erkennbar, ob bei einzelnen der auf die Holding zu übertragenden Aufgaben (vgl. z.B. § 30e aber auch 30f) eine Kosten-Nutzen-Abwägung im Vergleich mit den Kosten der derzeitigen Aufgabenbesorgung stattgefunden hat. Die finanziellen Auswirkungen dieser konkreten organisatorischen Maßnahmen werden nicht dargestellt, weshalb eine Abschätzung der Gesamtkosten der Errichtung der SV-Holding und somit ein Vergleich zum derzeitigen gesamten Verwaltungsaufwand im Bereich der Sozialversicherung auch nicht möglich ist.

Auch zu einzelnen finanziellen Auswirkungen beabsichtigter Maßnahmen - etwa zu dem in den Erläuterungen zu § 63 Abs. 1 ASVG angeführten „Zinsgewinn“ von rd. 20 Mill. EUR durch die nunmehr lediglich einmalige Abführung der eingehobenen Beiträge für die Unfall- und Pensionsversicherung am Monatsletzten - werden keine Ausgangsgrößen, Berechnungsgrundlagen und Annahmen angegeben, auf deren Grundlage die finanziellen Auswirkungen errechnet wurden.

Die Darstellung der finanziellen Auswirkungen des Entwurfes entspricht daher nicht den Anforderungen des § 14 BHG und den hiezu ergangenen Richtlinien. Auf Grund dieser fehlenden Angaben ist dem Rechnungshof auch keine umfassende Stellungnahme zu der Darstellung der finanziellen Auswirkungen des Entwurfes möglich.

### **3 ZUM KRANKENVERSICHERUNGS-ÄNDERUNGSGESETZ – KV-ÄG**

#### **3.1 Zur Einführung eines Referenzpreissystems**

Der Hauptverband soll durch die Neuregelungen im ASVG, GSVG, BSVG und B-KUVG in einem Erstattungskodex Referenzgruppen abbilden, wenn mindestens drei Arzneispezialitäten mit identem Wirkstoff, identer Wirkstoffstärke, (praktisch) gleicher Darreichungsform sowie (praktisch) gleicher Packungsgröße im grünen oder gelben Bereich zum Stichtag 1. Jänner oder 1. Juli angeführt sind. Referenzpreis ist der jeweils zu diesen Stichtagen geltende kostengünstigste Verkaufspreis bezogen auf die Packungsgröße. Die Apotheke hat, wenn dies nicht ausdrücklich vom verordnenden Arzt ausgeschlossen wurde, eine Arzneispezialität abzugeben, für die höchstens der Referenzpreis gilt.

Die beabsichtigten Regelungen in Art. 9 des Entwurfes (Änderungen des KAKuG) sind grundsätzlich geeignet, die Umsetzung des geplanten Referenzpreissystems und der autidem-Regelung bei Arzneimittelverordnungen durch die entlassende Krankenanstalt sowie dem Einholen von gegebenenfalls erforderlichen chef- und kontrollärztlichen Bewilligungen von Arzneimittelverordnungen zu unterstützen. Der Rechnungshof hat diesbezügliche Maßnahmen zur Verbesserung der ökonomischen Verschreibweise empfohlen (Tätigkeitsbericht für das Jahr 2003, Reihe Bund 2004/7, S. 211, TZ 16), so

etwa die Beachtung des Erstattungskodex und der Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise und erforderlichenfalls die Einholung einer Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes des KV-Trägers auch durch die Krankenanstalten bei der Entlassung eines Pfleglings.

Der Rechnungshof begrüßt grundsätzlich das Bestreben, den Generika-Anteil zu heben, und weist auf seine diesbezüglichen Empfehlungen zu Therapieempfehlungen unter Berücksichtigung moderner Behandlungsstandards - zuletzt im Bericht „Vergleich WGKK und OÖGKK“, Reihe Bund 2008/2, TZ 14 - hin.

Was die finanziellen Auswirkungen der beabsichtigten Maßnahmen betrifft, so sollen diese gemäß den Erläuterungen zu geschätzten Einsparungen von rd. 35 Mill. EUR pro Jahr führen. Der Rechnungshof weist darauf hin, dass ein entsprechendes Einsparungspotential bereits im Sozialpartnerpapier angenommen wurde, in dieser Unterlage jedoch ohne Bezugnahme auf Ausnahmen im Referenzpreissystem errechnet wurde. Aus Sicht des Rechnungshofes ist darauf hinzuweisen, dass bereits in § 350 Abs. 1a Z 3 mehrere Ausnahmen zur Verordnung einer Arzneispezialität unter ihrer Wirkstoffbezeichnung formuliert werden und weitere Ausnahmen das in den Erläuterungen genannte Einsparungspotential maßgeblich weiter verringern könnten. Darüber hinaus besteht noch bis Ende 2011 keine Verpflichtung zur Verschreibung einer Arzneispezialität unter ihrer Wirkstoffbezeichnung, wenn diese in eine Referenzgruppe eingeordnet werden kann.

Aus diesem Grund sollten daher die letztlich anhand des „Ausnahmekatalogs“ zu errechnenden Einsparungen den mit der Regelung verbundenen Auswirkungen und Nutzen auf die Beteiligten gegenübergestellt werden. Entsprechende Berechnungen, Evaluierungen und Kosten-Nutzen-Analysen unter Berücksichtigung der Auswirkungen der Ausnahmetatbestände sollten daher aus der Sicht des Rechnungshofes einer Beschlussfassung vorangehen.

Des Weiteren könnten die in § 351c Abs. 3a vorgesehenen Bedingungen („identer Wirkstoff oder identische Wirkstoffkombination“, „identische Wirkstoffstärke“, „identische Wirkstoffstärken“, „gleiche oder praktisch gleiche Darreichungsform“ sowie „gleiche oder praktisch gleiche Packungsgröße“) zu Auslegungsschwierigkeiten führen und somit dazu beitragen, dass die Bildung von „Referenzgruppen“ schon alleine durch Variierung der Packungsgröße seitens der Anbieter von Medikamenten beeinflusst werden könnte.

### 3.2 Vertragspartnerrecht der Ärzte (§ 341 Abs. 1 ASVG)

Nach dem vorgeschlagenen § 341 Abs. 1 ASVG sollen künftig die Gesamtverträge zwischen den örtlich zuständigen Ärztekammern und den Trägern der Krankenver-

sicherung, und nicht mehr vom Hauptverband, abgeschlossen werden. Überdies können Gesamtverträge auch gesondert für Allgemeinmediziner und Fachärzte eines Sonderfaches abgeschlossen werden; Teilkündigungen eines Gesamtvertrages für Allgemeinmediziner und für Fachärzte eines Sonderfaches sollen zulässig sein.

Diese Regelung erscheint grundsätzlich geeignet, einerseits die erforderliche Flexibilität und andererseits die Möglichkeit einzuräumen, die Honorarordnungen auf die unterschiedlichen Bedürfnisse der Sonderfächer abzustimmen. Der Rechnungshof verweist diesbezüglich auf seine Empfehlungen im Bericht Vergleich WGKK mit der OÖGKK, Bund 2008/2, TZ 22.

### 3.3 Einzelverträge

Für Vertragsverhältnisse, die nach dem 31. Juli 2008 abgeschlossen werden, soll nach Ablauf von fünf Jahren ein Rechtsanspruch auf Verlängerung für jeweils weitere fünf Jahre bestehen, wenn die in einer entsprechenden VO genannten Voraussetzungen erfüllt sind (§ 343 Abs. 2a bis 2c des Entwurfes). In dieser VO hat die BMGFJ nach Anhörung der Österreichischen Ärztekammer und des Hauptverbandes die Standards festzulegen, die der Evaluierung zugrunde zu legen sind.

Der Rechnungshof weist auf seine entsprechende Empfehlung (vgl. Bericht Reihe Bund 2008/2, TZ 12) hin, die durch diese Bestimmung umgesetzt würde, wobei er auf die Notwendigkeit der Einräumung eines Rechts auf Vertragsverlängerung (Reakkreditierung) für den Fall des vertragskonformen Verhaltens hinweist.

Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass die Grundsätze der in Abs. 2b leg. cit. genannten Kriterien bereits im ASVG selbst näher zu definieren wären; die genannte Verordnung sollte lediglich der näheren Spezifizierung dieser Grundsätze dienen.

Vor endgültiger Festlegung dieser Kriterien wäre jedenfalls darauf zu achten, dass allfällige negative Auswirkungen der beabsichtigten Regelung auf die Investitionsbereitschaft der Ärzte sowie die ärztliche und medikamentöse Versorgungssituation der Patienten hintangehalten werden.

### 3.4 Leistungserbringung bei Fehlen vertraglicher Regelungen

Laut § 343e des Entwurfes sollen die KV-Träger mit einzelnen Ärzten oder Gruppenpraxen sog. Leistungsverträge abschließen können, um trotz Vorliegen eines vertragslosen Zustandes die ärztliche Versorgung der Bevölkerung nach dem Sachleistungsprinzip sicherzustellen. Laut Entwurf erlöschen diese Leistungsverträge bei Abschluss eines

(neuen) Gesamtvertrages, doch besteht Anspruch auf Abschluss eines Einzelvertrages im Rahmen des Stellenplans.

Im Gegensatz dazu soll nach den Erläuterungen (zu Art. 1 Z 9, 10, und 12) der Abschluss eines (gesonderten) Gesamtvertrages für Allgemeinmediziner und für Fachärzte eines Sonderfaches nicht am Abschluss von Leistungsverträgen in diesem Bereich hindern. Es sollte daher klargestellt werden, ob der Abschluss von Leistungsverträgen nur für jene Bereiche zulässig sein sollte, die nicht Bestandteil eines Gesamtvertrages sind.

Laut Entwurf sollen im Falle eines vertragslosen Zustandes in gleicher Weise solche Leistungsvereinbarungen auch mit den anderen Vertragspartnern geschlossen werden können, wobei die konkrete Ausgestaltung dieser Leistungsvereinbarungen offen gelassen wird.

Es wäre daher aus der Sicht des Rechnungshofes auch nicht ausgeschlossen, dass von Seiten der Träger der Krankenversicherung bei hinreichender „Sicherstellung der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung“ keine Bemühungen um den Abschluss von Gesamtverträgen für Allgemeinmediziner und Fachärzte eines Sonderfaches gesetzt werden müssten.

### **3.5 Nachweis über die erbrachten Leistungen (§ 349b ASVG)**

§ 81 Abs. 1 ASVG sieht seit 1. Jänner 2004 vor, dass die „Krankenversicherungsträger einmal im Kalenderjahr die Versicherten über die Kosten der von ihnen und ihren Angehörigen in Anspruch genommenen Sachleistungen zu informieren“ haben. Dem Entwurf und den Erläuterungen kann nicht entnommen werden, ob die bisher mit den jährlichen Leistungsnachweisen verbundenen Erfahrungen sowie der Nutzen und die Kosten der bisherigen Informationsmaßnahme evaluiert wurden.

Aus der Sicht des Rechnungshofes sollten daher vor Einführung des Nachweises über die erbrachten Leistungen der Nutzen und die Kosten der bisherigen jährlichen Leistungsinformation evaluiert werden und das Ergebnis dieser Kosten-Nutzen-Analyse - insbesondere vor dem Hintergrund des mit der Ausstellung von „Null-Rechnungen“ verbundenen Verwaltungsaufwandes - einer entsprechenden gesetzlichen Regelung zugrunde gelegt werden.

Nach den Bestimmungen des Entwurfes sollen alle Vertragspartner (Ärzte, Zahnärzte, Dentisten, Psychologen, Psychotherapeuten und die übrigen Vertragspartner, z.B. Bandagisten, Optiker, Hörgeräteakkustiker, etc.) unmittelbar nach jeder Inanspruchnahme einen Nachweis über die erbrachten Leistungen ausstellen. Grundsätze über den

Inhalt und Umfang des Nachweises hat der Hauptverband nach Weisungen der BMGFJ durch VO festzulegen. Diese Regelung soll ab 1. August 2008 für jene Vertragspartner In-Kraft-Treten, die ab diesem Zeitpunkt einen Vertrag abschließen; für die „alten“ Vertragspartner soll diese Regelung erst ab 1. Jänner 2012 gelten. Damit soll eine über die bisherige - einmal pro Jahr versandte - Leistungsinformation hinausgehende Sensibilisierung der Versicherten für die in Anspruch genommenen Leistungen erreicht werden.

Aus der Sicht der Rechnungs- und Geburungskontrolle ist darauf hinzuweisen, dass nach den Erläuterungen mit der Einführung der Patientenquittung für die Vertragspartner/innen der Krankenversicherung mit Ausnahme der Apotheker/innen zu Kosten in Höhe von 20 Mill. EUR kommen würde, diese finanziellen Auswirkungen jedoch im Vorblatt als „*Verwaltungslasten für Unternehmen*“ angeführt werden.

Der Rechnungshof weist abschließend darauf hin, dass aus den Erläuterungen keine Begründung für die Ausnahme der Apotheker/innen von der Ausstellung der Patientenquittung erkennbar ist, obwohl die Ausstellung einer Rechnung zum Alltag einer Apotheke gehört.

### **3.6 Elektronische Gesundheitsakte (ELGA) und E-Medikations-Datenbanken**

Nach den Erläuterungen ist es das Ziel, E-Medikations-Datenbanken österreichweit mit 1. Jänner 2010 in Betrieb zu nehmen, sie enthalten jedoch keine Hinweise, unter welchen Bedingungen und zu welchem Zweck ELGA sonst noch eingesetzt werden soll. Außerdem ist den Erläuterungen nicht zu entnehmen, wie hoch die Kosten für die Ausweitung des Einsatzes von E-Medikations-Datenbanken sind und wer sie zu tragen hat. Insbesondere ist unklar, inwiefern die insbesondere im Art. VI Z 34 BFG 2008 im Jahr 2008 vorgesehene VA-Überschreitung von bis zu 7,5 Mill. EUR für die Einführung der ELGA bzw. die gem. § 57 Abs. 4 KAKuG seitens der Bundesgesundheitsagentur für die ELGA bereitgestellten Mittel die Kosten für die E-Medikations-Datenbanken abdecken.

Weiters ist darauf hinzuweisen, dass es sich bei den in den genannten Datenbanken zu verarbeitenden Daten jedenfalls um sensible Daten im Sinne des DSG 2000 handelt, und daher für eine entsprechende Datensicherheit vorzusorgen ist. Überdies ist für die Artikel 5 bis 7 des Entwurfes kein gesondertes In-Kraft-Treten vorgesehen.

### **3.7 Zu weiteren finanziellen Auswirkungen des Entwurfes**

Vorweg ist festzuhalten, dass der Rechnungshof im Bericht „Vergleich WGKK mit der OÖGKK“ (Reihe Bund 2008/2, TZ 3, 23 und 24) ein Maßnahmenpaket zur Verbesserung

der finanziellen Leistungsfähigkeit der KV-Träger empfohlen hat. Mit den nunmehr vorgeschlagenen Maßnahmen zur Verbesserung der finanziellen Lage der Krankenversicherungen werden einerseits Empfehlungen des Rechnungshofes aufgegriffen, andererseits jedoch Pauschallösungen getroffen, ohne Leistungsanreize für Reformen vorzusehen.

**3.7.1** Mit Art. 11 des Entwurfes wird eine gesetzliche Ermächtigung für den Bundesminister für Finanzen geschaffen, in den Jahren 2008 und 2009 auf Forderungen des Bundes im Ausmaß von insgesamt bis zu 450 Mill. EUR Nominale zuzüglich Zinsen gegenüber jenen Gebietskrankenkassen zu verzichten, die zum 31. Dezember 2007 ein negatives Reinvermögen ausgewiesen haben. Die Gebietskrankenkassen dürfen diese Mittel ausschließlich zur Reduzierung des negativen Reinvermögens im Wege der Rückführung ihrer Verbindlichkeiten verwenden.

Es ist darauf hinzuweisen, dass lediglich die Erläuterungen einen voraussichtlichen Aufteilungsschlüssel dieser 450 Mill. EUR auf die Gebietskrankenkassen Wien, Niederösterreich, Burgenland, Steiermark, Kärnten und Tirol enthalten, das Gesetz selbst jedoch keine weiteren Kriterien für die Aufteilung der genannten Summe enthält. Die Erläuterungen enthalten auch keinen weiteren Hinweis darauf, inwiefern dieser Forderungsverzicht an allfällige Reformmaßnahmen auf Seiten der Krankenversicherungsträger selbst geknüpft ist, um nicht zuletzt dadurch eine nachhaltige Wirkung dieser Maßnahme zu erzielen. Es sind insbesondere keine Leistungsanreize für Reformen erkennbar, die dazu dienen könnten, die negativen finanziellen Entwicklungen der Vergangenheit in Zukunft zu vermeiden.

Aus der Sicht der Rechnungs- und Gebarungskontrolle ist daher darauf hinzuweisen, dass durch den beabsichtigten Forderungsverzicht allein - ohne dass gleichzeitig mit diesem auf Seiten der Krankenkassen Maßnahmen zu setzen sind, die einer negativen finanziellen Entwicklung entgegensteuern können - eine nachhaltige Sanierung der betroffenen Gebietskrankenkassen nur erschwert möglich sein wird. Im Hinblick auf die negative finanzielle Entwicklung mehrerer Krankenkassen weist der Rechnungshof insbesondere auf die Z (1) und (7) seiner zusammenfassenden Empfehlungen im Bericht Bund 2008/2 hin, wonach zur nachhaltigen Absicherung der finanziellen Leistungsfähigkeit der Kassen Konzepte mit kurz-, mittel- und langfristigen Maßnahmen erstellt werden sollten sowie der Verwaltungsaufwand der Kassen weiter gesenkt werden sollte.

**3.7.2** Die SV-Träger sollen nach dem allgemeinen Teil der Erläuterungen ab 1. Jänner 2008 den vollen Ausgleich (1:1-Abgeltung) für die nicht abzugsfähigen Vorsteuern erhalten. Damit soll einer Anregung des Rechnungshofes (Reihe Bund 2008/2, TZ 24) Rechnung getragen werden.

Es ist darauf hinzuweisen, dass auch nach den Erläuterungen zu den bezughabenden Bestimmungen des Entwurfes nicht nachvollzogen werden kann, wie die angestrebte 1:1-Abgeltung für die SV-Träger mit dem Vorwegabzug in Höhe von 18 % der Beihilfen, der vom Hauptverband ausschließlich auf die Krankenversicherungsträger zu verteilen ist (rd. 125 Mill. EUR im Jahr 2008), vereinbar ist. Eine entsprechende Klarstellung wird angeregt.

**3.7.3** Im Hinblick auf die im Entwurf vorgesehene Auflösung der Rücklage gem. § 447a Abs. 5 ASVG (Katastrophenfonds) in Höhe von 42,5 Mill. EUR, wovon 80 % ebenfalls im Verhältnis des negativen Reinvermögens auf die Gebietskrankenkassen verteilt werden sollen, ist darauf hinzuweisen, dass für außerordentliche Aufwendungen wie bei Hochwasser- oder großen Lawinenkatastrophen in Hinkunft keine Rücklage mehr vorhanden sein wird.

Überdies kommt auch diese finanzielle Maßnahme ausschließlich jenen Gebietskrankenkassen zugute, die zum genannten Stichtag ein negatives Reinvermögen aufweisen, und ist ebenfalls nicht von der Setzung dringend notwendiger Reformschritte auf Seiten der Mittelempfänger abhängig.

### **3.8 Bundesgesetz zur Dämpfung der Heilmittelkosten für die Jahre 2008 bis 2010 (Artikel 12 des Entwurfes)**

In Artikel 12 ist die gesetzliche Verordnung eines Preisnachlasses durch pharmazeutische Unternehmen und Depositeur auf den Fabriks- bzw. Depotabgabepreis für von Krankenversicherungen erstattete Heilmittel vorgesehen. Die Verrechnung des Rabattes soll bereits vom Apotheker bzw. hausapothekeführenden Arzt entsprechend berücksichtigt und über die Weiterverrechnung in der Lieferantenkette letztendlich vom pharmazeutischen Unternehmen bzw. Depositeur getragen werden. Daraus entstehende Rechtsstreitigkeiten seien im ordentlichen Rechtsweg geltend zu machen.

Es ist darauf hinzuweisen, dass eine Festsetzung des vorgesehenen Preisnachlasses (§ 1 Abs. 1 des Entwurfes) ebenso unterblieben ist, wie eine Quantifizierung der damit verbundenen finanziellen Auswirkungen. Überdies ist anzumerken, dass gem. § 609 Abs. 19 ASVG pharmazeutische Unternehmen bereits in den Jahren 2004 bis 2006 einen Rabatt in Höhe von 2 % des jährlichen Arzneimittelkassenumsatzes den Krankenversicherungsträgern zu gewähren hatten, und hinsichtlich dieses gesetzlich verordneten Rabattes derzeit Verfahren vor dem Verfassungsgerichtshof anhängig sind.

### 3.9 Zu den finanziellen Erläuterungen

Die finanziellen Erläuterungen zum Gesetzesentwurf erscheinen insgesamt mangelhaft, als sie beispielsweise

- nicht darlegen, welche Annahmen dem genannten Einsparungspotential von 35 Mill. EUR bei Medikamentenkosten zugrundegelegt wurden, sondern auf eine im Auftrag des Hauptverbandes erstellte Studie des ÖBIG verweisen,
- keine Darlegung enthalten, aufgrund welcher Annahmen die „Verwaltungskosten für die Vertragspartner/innen der Krankenversicherung“ in Höhe von 20 Mill. EUR für die Ausstellung der Nachweise über die erbrachten Leistungen errechnet wurden, und auch
- nicht angeben, welche Berechnungsgrundlagen der prognostizierten Kostendämpfung der Ausgaben der Krankenversicherung von derzeit 2,02 Mrd. EUR (im Jahr 2007) auf 2,174 Mrd. EUR (anstelle von Ausgaben in Höhe von 2,272 Mrd. EUR ohne kostendämpfende Maßnahmen) im Jahr 2010 zugrundegelegt wurden.

Die Erläuterungen zum SV-Holding-Gesetz halten lediglich fest, dass „*durch die beabsichtigte Straffung der Organisation der Sozialversicherung ... mit bedeutenden Einsparungen im Verwaltungsbereich zu rechnen*“ ist, ohne das erwartete Einsparungspotential auch nur ansatzweise abzuschätzen.

Insofern entspricht die Darstellung der finanziellen Auswirkungen beider Gesetzesvorhaben nicht dem § 14 BHG und der Verordnung des Bundesministers für Finanzen betreffend Richtlinien für die Ermittlung und Darstellung der finanziellen Auswirkungen neuer rechtsetzender Maßnahmen, BGBl. II Nr. 50/1999.

Im Hinblick auf den Umfang der beabsichtigten Änderungen in mehreren Gesetzen und die kurze Stellungnahmefrist ist abschließend kritisch darauf hinzuweisen, dass beiden Entwürfen keine Textgegenüberstellung angeschlossen war.

GZ 301.845/001-S4-2/08



Seite 17 / 17

Diese Stellungnahme wird unter einem dem Präsidium des Nationalrates und dem Bundesministerium für Finanzen übermittelt.

Mit freundlichen Grüßen

Der Präsident:  
Dr. Josef Moser

F.d.R.d.A.: