

Sonderbericht des Rechnungshofes

**Heilmittel und
Heilbeheilfe**

Reihe Bund 1998/1

Nachtrag zum Tätigkeitsbericht des Rechnungshofes über das
Verwaltungsjahr 1996

Auskünfte

Rechnungshof
1033 Wien, Dampfschiffstraße 2
Telefon (00 43 1) 711 71 - 8466
Fax (00 43 1) 712 49 17

Impressum

Herausgeber: Rechnungshof
1033 Wien, Dampfschiffstraße 2
Redaktion und Grafik: Rechnungshof
Druck: Österreichische Staatsdruckerei AG
Herausgegeben: Wien, im Juni 1998

Abkürzungsverzeichnis**A-Z**

Abs	Absatz
ARGE	Arbeitsgemeinschaft
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
BM...	Bundesministerium ...
BMAGS	für Arbeit, Gesundheit und Soziales
BMGK	für Gesundheit und Konsumentenschutz
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
bzw	beziehungsweise
dh	das heißt
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
EG	Europäische Gemeinschaft
EU	Europäische Union
idgF	in der geltenden Fassung
Mill	Million(en)
Mrd	Milliarde(n)
rd	rund
RH	Rechnungshof
S	Schilling
TB	Tätigkeitsbericht des Rechnungshofes (Verwaltungsjahr)
ua	unter anderem
USt	Umsatzsteuer
zB	zum Beispiel





**Sonderbericht
des Rechnungshofes
über
Heilmittel und Heilbehelfe**

VORBEMERKUNGEN

Prüfungsverlangen	1
Prüfungsdurchführung	1
Vorlage an den Nationalrat	2
Darstellung des Prüfungsergebnisses	2

BMAGS

Heilmittel und Heilbehelfe

Kurzfassung	3
Heilmittel	
Preisbildung und Preisniveau	6
Amtliche Preisregelung	6
Heilmittelverzeichnis	7
Internationale Preisvergleiche	7
Chefarztliche Genehmigungen	8
Wahlarztrezepte	9
Langzeitmedikation	10
Verschreibung von Homöopathika	10
Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise	11
Arzneimittelverbrauch und Rezeptgebührenbefreiungen	12
Verordnungen durch Krankenanstalten	13

Heilbehelfe und Hilfsmittel

Allgemeines	
Begriffsbestimmungen	14
Ausgaben	14
Satzungsbestimmungen	16
Statistische Nachweisungen	16
Abrechnungsorganisation	18

B**Seite**

Bandbreite der Kostenbeiträge	
Hörgeräte	19
Rollstühle	20
Schanzkrawatten	20
Stoma–Versorgung	20
Blutzuckermeßgeräte	21
Blutdruckmeßgeräte	21
Kunststoffgläser	21
Decubitusversorgung	22
Inkontinenz (saugende Versorgung)	22
Direkteinkäufe	22
Abrechnungsgrundlagen für Heilbehelfe und Hilfsmittel	
Reichsliste	23
Arbeitskreis im Hauptverband	23
Katalogerstellung	24
“Verein Arge–Orthopädie”	25
Entwurf eines neuen Gesamtvertrages	
Verlauf der Verhandlungen	26
Einwendungen verschiedener Versicherungsträger	27
Auswirkung auf die Tarifentwicklung	28
Aktuelle Vertragslage	
Vertrag zwischen 20 Versicherungsträgern	
und der Bundesinnung	29
Landesvereinbarungen für Oberösterreich,	
Salzburg und Tirol	31
Wiener Vertrag	32
Vorarlberger Regelung	32
Schlußbemerkungen	33

Vorbemerkungen

1

Vorbemerkungen

Prüfungsverlangen

Mit Antrag vom 13. Juni 1996 stellten die Abgeordneten Dr Pumberger, Dr Povysil, Apfelbeck und Kollegen gemäß § 99 Abs 2 des Geschäftsordnungsgesetzes des Nationalrates an den RH das Verlangen auf "Durchführung einer Sonderprüfung der Gebarung der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung einschließlich des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger insbesondere hinsichtlich der Heilmittel und Heilbehelfe unter Beachtung der Sparsamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit der Organisationsstruktur".

Prüfungsdurchführung

Nach Vorerhebungen im Sommer 1996 versandte der RH einen Fragebogen an die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (kurz: Versicherungsträger) und den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (kurz: Hauptverband) und führte nach deren Auswertung zwischen Dezember 1996 und März 1997 die Gebarungsüberprüfung beim Hauptverband und folgenden 15 Versicherungsträgern durch:

- Wiener Gebietskrankenkasse
- Niederösterreichische Gebietskrankenkasse
- Burgenländische Gebietskrankenkasse
- Oberösterreichische Gebietskrankenkasse
- Steiermärkische Gebietskrankenkasse
- Kärntner Gebietskrankenkasse
- Salzburger Gebietskrankenkasse
- Tiroler Gebietskrankenkasse
- Vorarlberger Gebietskrankenkasse
- Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues (abgekürzt Bergbau–Versicherung)
- Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen (abgekürzt Eisenbahner–Versicherung)
- Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (abgekürzt Beamten–Versicherung)
- Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (abgekürzt Gewerbe–Versicherung)
- Sozialversicherungsanstalt der Bauern (abgekürzt Bauern–Versicherung)
- Allgemeine Unfallversicherungsanstalt

Prüfungsdurchführung

2

Für den Prüfungablauf war erschwerend, daß sich die Versicherungsträger im Prüfungszeitraum um eine Neugestaltung der Vertragsbeziehungen mit den Bandagisten und Orthopädietechnikern bemühten und sich daher die Preise, Konditionen und Vertragsgrundlagen stetig veränderten.

Der RH hat seine Prüfungsmitteilungen im August 1997 dem BMAGS sowie den betroffenen Versicherungsträgern und dem Hauptverband zur Stellungnahme übermittelt.

Nach mehreren Betreibungen des RH hat das BMAGS schließlich im Februar 1998 die bei ihm bereits im Herbst des Vorjahres eingelangten Stellungnahmen der Versicherungsträger und des Hauptverbandes dem RH übermittelt. Die Stellungnahme des BMAGS selbst langte im März 1998 im RH ein.

Der RH gab seine Gegenäußerung im April 1998 ab.

Vorlage an den Nationalrat

Der RH erstattet sohin dem Nationalrat gemäß Art 126 b Abs 4 und Art 126 d Abs 1 B–VG sowie gemäß § 99 Abs 6 des Geschäftsordnungsgesetzes Bericht über das Ergebnis der von ihm durchgeführten Geba-rungsüberprüfung.

Darstellung des Prüfungsergebnisses

In der nachstehenden Darstellung des Prüfungsergebnisses werden die dem RH bedeutsam erscheinenden Sachverhalte (Kennzeichnung mit 1 an der zweiten Stelle der Absatzbezeichnung), deren allfällige Beurteilung durch den RH (Kennzeichnung mit 2), die hiezu abgegebenen *Stellungnahmen* (Kennzeichnung mit 3 und in Kursivschrift) und eine allfällige Gegenäußerung des RH (Kennzeichnung mit 4) aneinandergereiht.

Bereich des Bundesministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales

Heilmittel und Heilbehelfe

Kurzfassung

Dem Hauptverband obliegt die Festlegung der Einkaufspreise von Heilmitteln für die gesamte Sozialversicherung. Voraussetzung ist das Ergebnis der amtlichen Preisregelung, die von der Preiskommission beim (damaligen) BMGK bzw beim (nunmehrigen) BMAGS wahrgenommen wird. Da amtsweigige Preisverfahren erst seit 1995 durchgeführt wurden, führte dies zu einem überhöhten Preisniveau.

Österreichische Arzneimittel sind mit zunehmender Verteilungsstufe im internationalen Vergleich teurer geworden: von der 12. Stelle beim Fabriksabgabepreis zur 9. Stelle beim Apothekenverkaufspreis mit Umsatzsteuer.

Der Hauptverband hat in den Jahren 1996 und 1997 beachtliche Verhandlungserfolge erzielt und die Handelsspannen für Industrie, Großhandel und Apotheken gesenkt.

Kassenrezepte für Medikamente, die nicht im Heilmittelverzeichnis erfaßt sind, müssen vor Einlösung vom Chefarzt genehmigt werden. Der RH vermerkte, daß das geforderte umständliche bürokratische Verfahren vielfach zur Nichteinhaltung der Vorschriften führte, und empfahl zeitgemäße Regelungen.

Der RH begrüßte die Übung einiger Versicherungsträger, den Wahlärzten Kassenrezepte zu überlassen, wenn sie sich zur Einhaltung der Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen verpflichten.

Der Vorschlag des RH zur Ausweitung der Langzeitmedikation wurde positiv aufgenommen. Auch für die Verordnung von Homöopathika auf Kassenkosten empfahl der RH eine einheitliche und zweckmäßige Vorgangsweise.

Die Arzneimittelkosten eines Versicherungsträgers standen in keinem unmittelbaren Zusammenhang mit der Anzahl der chefarzt-pflichtigen Verordnungen. Allerdings lag der Arzneimittelverbrauch rezeptgebührenbefreiter Personen signifikant höher.

Schließlich regte der RH an, mit den Krankenanstalten über die Einhaltung der Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise zu verhandeln, wozu sie bis jetzt nicht verpflichtet waren, und diesen dafür ein Rezepturrecht auf Kassenrezepten einzuräumen.

Kurzfassung**4**

Der Hauptverband hat die ihm gemeldeten statistischen Daten der Versicherungsträger nicht ausgewertet. Der RH empfahl zur Ermittlung brauchbarer statistischer Daten den Aufbau einheitlicher Datenbanken bei den Versicherungsträgern.

Die Einkaufspreise für zahlreiche Heilbehelfe und Hilfsmittel waren sehr unterschiedlich.

Die medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation in der Krankenversicherung wurden mit 1. Jänner 1992 (50. ASVG-Novelle) als Pflichtaufgabe eingeführt, wobei beabsichtigt war, die Rehabilitation in der Krankenversicherung ab dem Jahr 1994 in eine Pflichtleistung mit individuellem Rechtsanspruch umzuwandeln. Diese Umwandlung war aufgrund der finanziellen Entwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung noch nicht verwirklicht.

Die Voraussetzungen für eine möglichst kostengünstige Leistungserbringung bei der Gewährung von Heilbehelfen und Hilfsmitteln — nämlich eine weitestgehende Produkt- und Marktkenntnis — waren bei der Einführung der medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation als Pflichtaufgabe nach Ansicht des RH weder seitens der Versicherungsträger noch seitens des Hauptverbandes gegeben. Die Gewährung von Heilbehelfen und Hilfsmitteln als medizinische Maßnahmen der Rehabilitation verursachte bei den Versicherungsträgern beträchtliche Ausgabensteigerungen.

In der Erstellung des Bandagen- und Orthesenkataloges bzw eines Kataloges für Heilbehelfe und Hilfsmittel durch einen Dritten außerhalb der Sozialversicherung konnte der RH keinen langfristigen wirtschaftlichen Vorteil erkennen. Der RH vermerkte kritisch, daß infolge der zumindest in Ostösterreich bestehenden Monopolstellung des "Vereines Arge-Orthopädie" bei der Katalogerstellung auch jene Unternehmungen Bearbeitungsbeiträge für die Aufnahme ihrer Produkte in den Katalog zahlen sollten bzw mußten, die ohnehin bereits geprüfte und marktgängige Produkte anboten.

Trotz der aus dem Jahr 1959 stammenden Empfehlung des RH unterließ es der Hauptverband, anstelle der sogenannten "Reichsliste" für die orthopädische Versorgung eine zeitgemäße und dem Stand der Technik entsprechende Abrechnungsgrundlage zu vereinbaren.

Verhandlungen über einen neuen bundeseinheitlichen Gesamtvertrag verliefen insbesondere wegen divergierender Interessen einzelner Versicherungsträger und des Hauptverbandes äußerst mühevoll und wurden bis jetzt noch nicht abgeschlossen. Einem modifizierten neuen Vertrag traten lediglich 20 Versicherungsträger bei. Für die Oberösterreichische, die Salzburger und die Tiroler Gebietskrankenkasse gilt gemeinsam ein ähnlicher Vertrag, während die Wiener Gebietskrankenkasse und die Vorarlberger Gebietskrankenkasse jeweils ein eigenes Abkommen ausgehandelt haben.

Die Versicherungsträger bezogen die vom RH im Zuge des Prüfungsverfahrens geäußerten Anregungen und Vorschläge in ihre Überlegungen zur Neugestaltung dieses Leistungsbereiches mit ein. Daraufhin sank der Aufwand für Heilbehelfe und Hilfsmittel nach den vorläufigen Gebarungsergebnissen 1997 um mehr als 3 % (rd 100 Mill S).

Rechtsgrundlagen:	ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz 1995 idgF							
	GSVG	Gewerbliches Sozialversicherungsgesetz 1978 idgF							
	BSVG	Bauern–Sozialversicherungsgesetz 1978 idgF							
	B–KUVG	Beamten–Kranken– und Unfallversicherungsgesetz 1967 idgF							
Aufgabe:	Durchführung der gesetzlichen Krankenversicherung								
Gebarungsentwicklung		1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997 ¹⁾
		in Mrd S							
Einnahmen (gesamt)		74,0	81,5	93,5	100,4	106,3	110,5	114,4	122,4
Ausgaben (gesamt)		73,4	80,7	93,3	100,4	107,0	112,7	114,5	120,9
davon:									
Versicherungsleistungen		68,6	75,7	87,2	94,1	100,2	105,7	107,4	112,4
Heilmittel ²⁾		9,8	10,8	12,1	13,3	14,4	15,1	16,1	16,6
Heilbehelfe und Hilfsmittel ²⁾		1,8	2,0	2,0	1,9	2,0	1,8	1,9	1,9
medizinische Rehabilitation ²⁾		–	–	0,7	1,1	1,4	1,6	1,7	1,6
besoldeter Mitarbeiterstand im Jahresschnitt		Anzahl							
Verwaltung und Verrechnung	5 841	5 879	5 938	8 283	8 509	8 533	8 434		
Haus– und sonstiges Personal	837	841	880	–	–	–	–		
Kontrolle und Verrechnung	855	854	817	–	–	–	–		
Ärzteverrechnung	1 347	1 361	1 382	–	–	–	–		
Vertrauensärztlicher Dienst	–	–	–	910	857	849	849		
Eigene Einrichtungen	4 669	4 847	4 937	5 050	5 072	5 050	4 970		
Summe	13 549	13 782	13 954	14 243	14 438	14 432	14 253		

¹⁾ vorläufige Gebarungsergebnisse

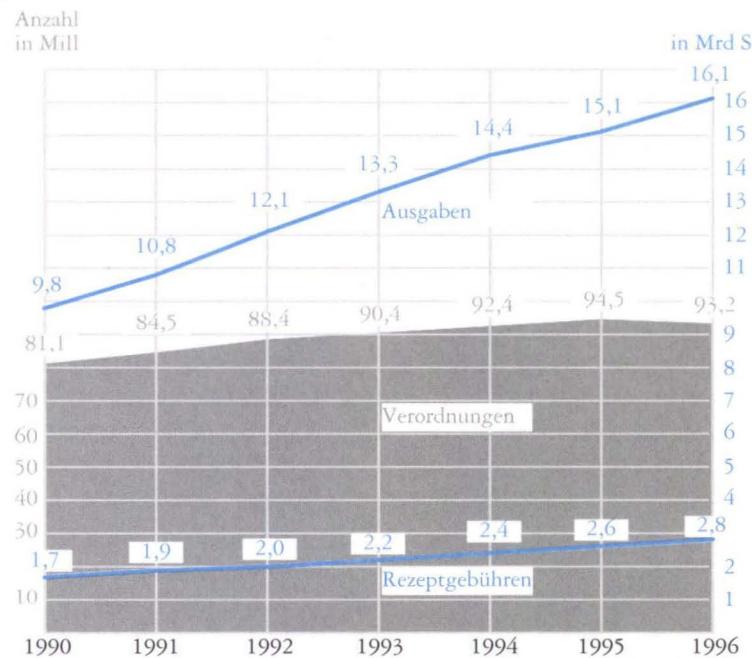
²⁾ ohne USt

6

Heilmittel

Preisbildung und Preisniveau

- 1.1 Die Anzahl der Verordnungen, die Ausgaben für Versicherte und Angehörige sowie die Rezeptgebühren aller Versicherungsträger (ohne Krankenfürsorge-Einrichtungen) entwickelten sich wie folgt:



Quelle: Hauptverband

- 1.2 Der RH wies darauf hin, daß die Steigerung der jährlichen Ausgaben erheblich über der Steigerung der Anzahl der Verordnungen lag.
- 1.3 *Der Hauptverband erklärte sich ausdrücklich für die Festlegung der Einkaufspreise von Heilmitteln verantwortlich. Der nicht mit Mengensteigerungen zu erklärende Kostensteigerungseffekt sei auf neue Produkte zurückzuführen, die erstmalig effiziente Therapiemöglichkeiten böten oder verbesserten. Derartige Neuentwicklungen seien teuer und mangels Marktkonkurrenz im Preis kaum zu dämpfen.*

Amtliche Preisregelung

- 2.1 Arzneimittel unterliegen der amtlichen Preisregelung, die bis Mitte Februar 1997 in den Kompetenzbereich des damaligen BMGK bzw nunmehrigen BMAGS fiel. Obwohl Preise von Amts wegen oder auf Antrag bestimmt werden können, führte die Preiskommission beim BMGK bis zum Jahre 1995 nur antragsgemäße Preisverfahren durch. Der Übergang zu amtsweigigen Preisverfahren löste eine kostendämpfende Wirkung aus.
- 2.2 Nach Ansicht des RH ließen die in den Vorjahren unterbliebenen Regulierungsmaßnahmen ein durch Verhandlungen nur schwer rückgängig zu machendes hohes Preisniveau entstehen.
- 2.3 *Nach Auffassung des BMAGS sei früher eine amtsweigige Preisregulierung nicht erforderlich gewesen, weil die Anbieter durchwegs von sich aus Anträge auf Preisbestimmung gestellt hätten.*

Heilmittel**Preisbildung und
Preisniveau**

7

- 2.4 Der RH erwiderte, daß in diesem sensiblen Bereich eine ausschließlich auf Preiserhöhungsanträgen der Anbieter aufbauende Preispolitik nicht zu rechtfertigen sei.

Heilmittelverzeichnis

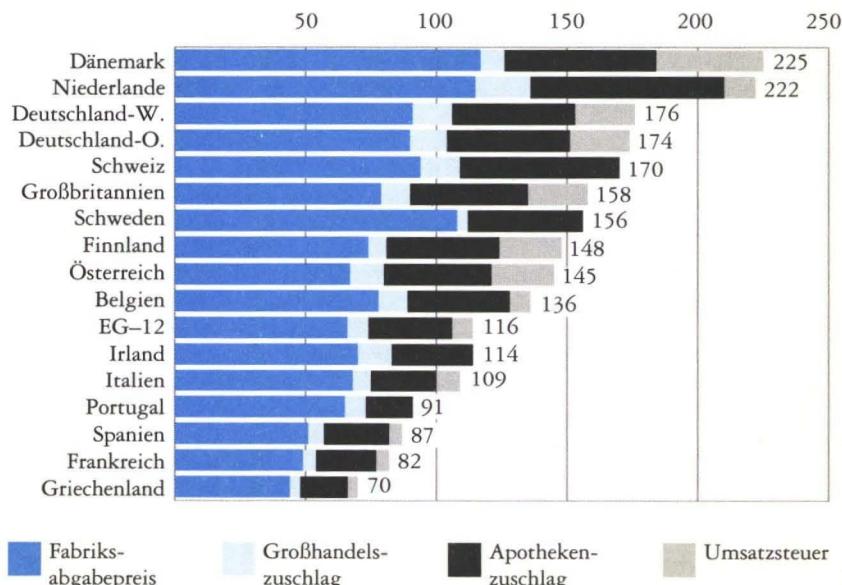
- 3 Der Hauptverband hat ein Heilmittelverzeichnis herauszugeben, in dem jene Arzneispezialitäten anzuführen sind, die ohne chef- oder kontrollärztliche Bewilligung als Sachleistung für Rechnung der Versicherungsträger abgegeben werden können. Er wird hiebei vom Fachbeirat für Arzneimittelwesen beraten, wobei insbesondere die therapeutische Wirksamkeit, medizinische Notwendigkeit und ökonomische Zweckmäßigkeit zu beurteilen sind.

In das Heilmittelverzeichnis nicht aufgenommene Heilmittel können nur nach vorheriger chef(kontroll)ärztlicher Bewilligung für Rechnung der Versicherungsträger abgegeben werden. Im Jahre 1994 waren für die Humanbehandlung 8 773 Arzneispezialitäten zugelassen, davon waren 2 766 im Heilmittelverzeichnis erfaßt und somit frei verschreibbar. Rund 75 % des österreichischen Arzneimittelumsatzes werden von den Versicherungsträgern bezahlt.

**Internationale
Preisvergleiche**

- 4.1 Hinsichtlich der Arzneimittelpreise im internationalen Vergleich war festzustellen:

**Durchschnittliche Preise 1993 je Packung
in S einschließlich USt
(mit offiziellen Jahresdevisenmittelkursen 1993 umgerechnet)**



Quelle: Studie des Industriewissenschaftlichen Instituts

Beim Fabriksabgabepreis lag Österreich noch an 12. Stelle, beim Apothekenverkaufspreis einschließlich USt bereits an 9. Stelle.

Preisbildung und Preisniveau

8

Zwischenzeitlich wurden in Österreich die Großhandels- sowie die Apothekerspannen mehrmals gesenkt.

In einer im Oktober 1996 erstellten Übersicht über 115 Präparate verglich die Ärztekammer für Kärnten die Apothekenpreise in Italien mit den Krankenkassenpreisen in Österreich und kam zu dem Schluß, daß diese Präparate in Italien durchschnittlich um 46 % billiger seien.

- 4.2 Der RH wertete die in den letzten Jahren erzielten Erfolge des Hauptverbandes durchaus positiv, gab aber zu bedenken, daß die Positionierung Österreichs im Mittelfeld der EU-Staaten dennoch verbesserungsfähig ist. Insbesondere verwies er auf die Möglichkeit, auf internationaler Ebene (etwa im Rahmen der Internationalen Vereinigung für Soziale Sicherheit) die gemeinsamen Interessen der Verbraucherseite gegenüber den multinationalen Pharmakonzernen zu vertreten. Auch verwies der RH auf eine Entscheidung des Europäischen Gerichtshofes vom Juli 1996, wonach es jedermann freisteht, Arzneimittel in einem EU-Mitgliedstaat aufzukaufen, in einen anderen Mitgliedstaat zu importieren und dort unter der Markenbezeichnung zu verkaufen.
- 4.3 *Der Hauptverband berichtete über seinen Verhandlungserfolg mit der Pharmawirtschaft für das Jahr 1997:*

in Mill S

<i>Industrie</i>	– 240
<i>Großhandel</i>	– 176
<i>Apotheken</i>	– 309 ¹⁾
<hr style="border-top: 1px solid black; border-bottom: none; border-left: none; border-right: none; margin: 0; padding: 0; width: 100%; height: 1px;"/> <i>Gesamteinsparung</i>	<hr style="border-top: 1px solid black; border-bottom: none; border-left: none; border-right: none; margin: 0; padding: 0; width: 100%; height: 1px;"/> – 725

1) davon 130 Mill S durch Senkung der Apothekenspanne

Hinsichtlich der Positionierung Österreichs im Mittelfeld der EU-Staaten versicherte der Hauptverband, er sei auch weiterhin um eine Verbesserung bemüht. So sei über seine Initiative eine international zusammengesetzte Arbeitsgruppe eingesetzt worden, um durch vertiefte Zusammenarbeit und gemeinsame Aktivitäten Position und Durchsetzungsvermögen gegenüber der Pharmaindustrie zu stärken.

Das BMAGS berichtete, es habe in letzter Zeit bereits Genehmigungen für Parallelimporte erteilt, was zu einer Senkung des Preisniveaus in bestimmten Bereichen führen werde.

Chefarztliche Genehmigungen

- 5.1 Der Hauptverband macht die Aufnahme eines Medikamentes in das Heilmittelverzeichnis davon abhängig, ob sich sein Preis innerhalb einer 10 %igen Schwankungsbreite von bereits erfaßten gleichartigen Produkten bewegt. Ausnahmen gelten nur für Erstanbieter sowie für Medikamente, die nicht austauschbar oder die medizinisch unverzichtbar sind. Häufig werden gängige Medikamente aus Kostengründen nicht in das Heilmittelverzeichnis aufgenommen.

Wird ein derartiges Präparat vom behandelnden Arzt dennoch als nötig erachtet, so hat der Patient dieses Rezept vom Chefarzt vor Einlösung genehmigen zu lassen. Für den Versicherungsträger bedeutet dies einen hohen

Heilmittel**Chefärztliche Genehmigungen**

9

Verwaltungsaufwand und hohe Personalkosten für den chefärztlichen Dienst, der diese Tätigkeit tatsächlich nur nach formalen Kriterien vollzieht.

Diese Vorschrift wurde von den Versicherungsträgern zB durch die Erstellung von sogenannten Positivlisten, mit denen ganze Gruppen chefärzt-pflichtiger Medikamente pauschal als genehmigt erklärt wurden, sowie durch die vom jeweiligen Versicherungsträger geduldete Übung, chefärzt-pflichtige Rezepte im nachhinein bündelweise zu genehmigen, unterlaufen.

- 5.2 Der RH stellte fest, daß das geforderte bürokratische Verfahren kaum wirksam war, sondern vielmehr zur Nichteinhaltung der Vorschriften führte. Er empfahl die Einführung zeitgemäßer Methoden zur Durchsetzung der angeführten Ziele.
- 5.3 *Die Kärntner und die Salzburger Gebietskrankenkasse begrüßten eine kunden- bzw versichertenfreundliche Regelung, zB durch eine Umarbeitung der Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise, gaben aber zu bedenken, daß eine völlig erleichterte chefärztliche Genehmigung einer Aufnahme in das Heilmittelverzeichnis gleichkäme.*

Die Bergbau-Versicherung teilte mit, ihr chefärztlicher Dienst sei im Bedarfsfalle auch zu unbürokratischer nachträglicher Erledigung bereit und erteile Bewilligungen telefonisch oder mittels Fax im voraus. Die Gewerbe-Versicherung merkte an, sie habe bei chefärztlichen Genehmigungen die Administration erheblich erleichtert.

Die Eisenbahner-Versicherung berichtete von einem gemeinsamen Projekt der bundesweiten Versicherungsträger, chefärztliche Genehmigungen von Heilmitteln für ein Jahr probeweise auszusetzen und stattdessen eine EDV-unterstützte begleitende Kontrolle durchzuführen.

Der Hauptverband hob hervor, daß die chefärztliche Genehmigung das gesetzlich vorgesehene Verfahren sei, um im Einzelfall Leistungen außerhalb des allgemeinen Bedarfs ökonomisch sinnvoll gewähren zu können. Er betonte überdies sein Bemühen, überflüssige Bürokratie abzubauen.

Auch das BMAGS hielt die Chefärztpflicht für unverzichtbar und würde eine einheitliche Vorgangsweise der Versicherungsträger begrüßen.

- 5.4 Der RH entgegnete dem BMAGS sowie dem Hauptverband, das Projekt der bundesweiten Versicherungsträger könne durchaus richtungsweisend zur Vereinfachung der jetzigen Rechtslage sein.

Wahlarztrezepte

- 6.1 Wahlarztrezepte müssen auf ein amtliches Rezeptformular umgeschrieben werden. Einige Versicherungsträger sind dazu übergegangen, den Wahlarzten Kassenrezepte mit dem Aufdruck "Wahlarzt" zu überlassen, wenn sie sich ihrerseits verpflichteten, die Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise einzuhalten.
- 6.2 Der RH hielt diese Vorgangsweise für durchaus praktikabel, weil die Möglichkeit einer nachgehenden Kontrolle mit hoher Wahrscheinlichkeit kostendämpfend wirkt und der bürokratische Aufwand bei Patient und Versicherungsträger reduziert wird.

10

- 6.3 Der Hauptverband bezeichnete die derzeitige Gesetzeslage als unzureichend und verwies auf eine beabsichtigte Neuregelung im Ministerialentwurf zur 53. ASVG-Novelle, wonach Wahlarztrezepte nicht mehr den Rezepten von Kassenärzten gleichgestellt werden könnten. Allerdings hätten sowohl Arbeitnehmer- als auch Arbeitgeberseite massive Bedenken wegen der Unannehmlichkeiten für die Versicherten und des zu erwartenden bürokratischen und finanziellen Mehraufwandes geäußert.
- 6.4 Auch der RH sprach sich für eine zeitgemäße und unbürokratische Lösung aus.

Langzeitmedikation

- 7.1 Nach den einschlägigen Richtlinien des Hauptverbandes kann eine Langzeitbewilligung für drei, sechs, neun oder zwölf Monate ausgesprochen werden.
- 7.2 Der RH stellte allerdings fest, daß an die einzelnen Versicherungsträger die Möglichkeit der Langzeitmedikation regional sehr unterschiedlich herangetragen wurde. Er empfahl, diese wirtschaftliche Form der Bewilligung vermehrt einzusetzen.
- 7.3 *Die Versicherungsträger und der Hauptverband sagten dies zu.*

Verschreibung von Homöopathika

- 8.1 Nach der geltenden Rechtslage können Homöopathika von den chefärztlichen Diensten erst genehmigt werden, wenn ein genauer Befund vorliegt, sich alle zumutbaren schulmedizinischen Therapiemöglichkeiten als erfolglos erwiesen und der vom Patienten vorfinanzierte Einsatz von Homöopathika erfolgreich war. Da das Heilmittelverzeichnis dem Wunsch vieler Patienten nach Anwendung homöopathischer Heilmittel grundsätzlich nicht Rechnung trägt, wählten manche Versicherungsträger abweichende Vorgangsweisen.
- 8.2 Der RH verwies auf die Meinung der chefärztlichen Dienste, wonach nur Ärzte verordnungsberechtigt sein sollten, welche die von der Ärztekammer anerkannte Prüfung vor der Gesellschaft für Homöopathie abgelegt haben. Ihnen sollte vom Hauptverband ein Verzeichnis der frei verschreibbaren Homöopathika zur Verfügung gestellt werden. Apothekenfreie Homöopathika sollten aber ausgeschlossen bleiben.
- 8.3 *Die Salzburger Gebietskrankenkasse empfahl die Aufnahme der chefarztfrei rezeptierbaren Medikamente in das Heilmittelverzeichnis.*

Sowohl der Hauptverband als auch das BMAGS verwiesen auf die höchstgerichtliche Judikatur, wonach Homöopathika nur dann zu bewilligen seien, wenn ein Behandlungserfolg mit schulmedizinischen Mitteln nicht erzielbar sei.

- 8.4 Der RH trat dem Vorschlag zur Aufnahme der chefarztfrei rezeptierbaren Medikamente in das Heilmittelverzeichnis bei. Er appellierte an den Hauptverband, in dieser Angelegenheit neue Regelungen anzustreben.

Heilmittel

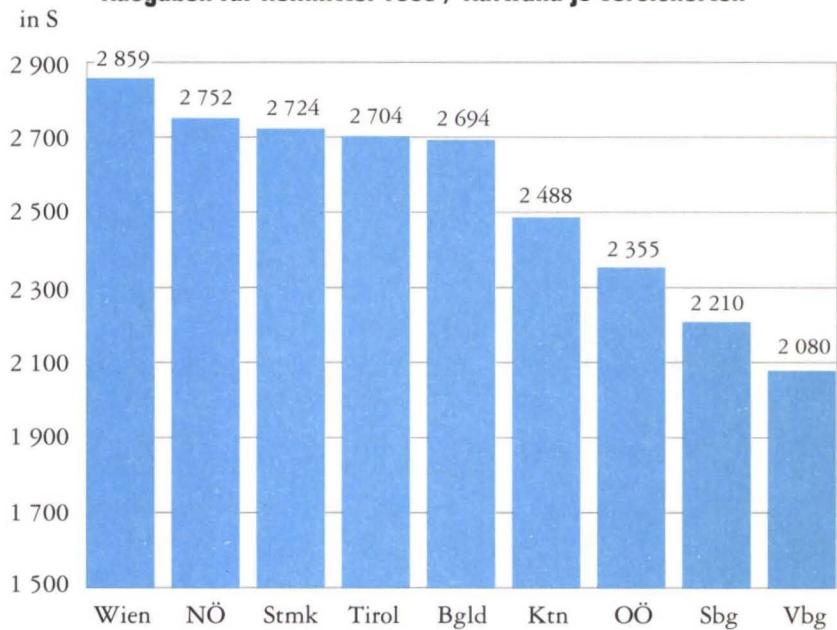
11

Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise

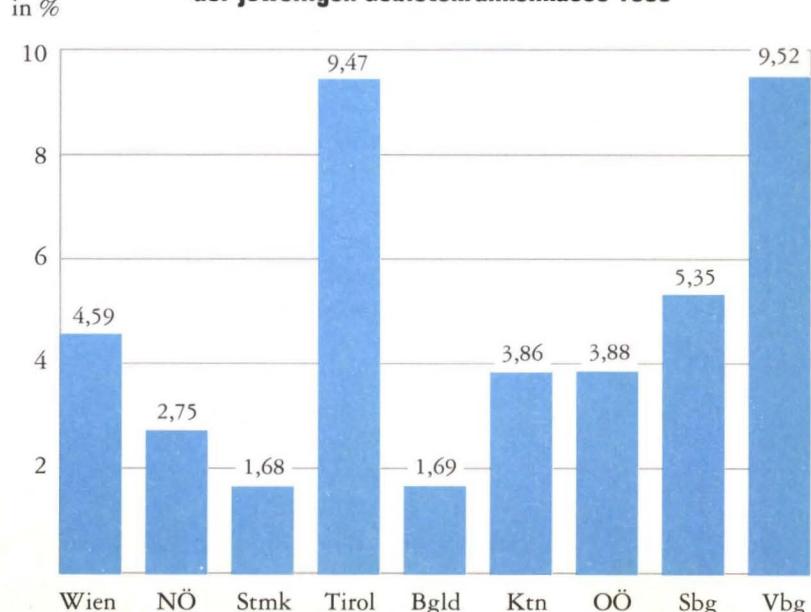
- 9.1 Nach den "Richtlinien des Hauptverbandes über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen" übernehmen die Versicherungsträger die Kosten für die im Heilmittelverzeichnis angeführten Arzneispezialitäten nur dann ohne chefärztliche Bewilligung, soweit die Mengen- und Abgabebeschränkungen laut Heilmittelverzeichnis beachtet worden sind.

Eine Gegenüberstellung der Ausgaben für Heilmittel mit dem Anteil der chefarztpflichtigen Präparate an den Gesamtverordnungen zeigt folgendes Bild:

**Vergleich der Gebietskrankenkassen
Ausgaben für Heilmittel 1995 / Aufwand je Versicherten**



**Anteil der chefarztpflichtigen Präparate
an den Gesamtverordnungen
der jeweiligen Gebietskrankenkasse 1995**



12

- 9.2 Der RH wies darauf hin, daß kein unmittelbarer Zusammenhang zwischen der Anzahl der chefarztpflichtigen Präparate (Verordnungen) und den Ausgaben eines Versicherungsträgers für Heilmittel besteht. Nach Auffassung des RH wäre eine Umgestaltung der Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise zugunsten einer praxisnahen, dh Verwaltungskosten sparenden und patientenfreundlichen Vorgangsweise anzustreben. Sodann sollte aber die strikte Einhaltung dieser Vorschrift verlangt werden.
- 9.3 *Die Salzburger und die Kärntner Gebietskrankenkasse sowie die Gewerbe-Ver sicherung unterstützten den Vorschlag des RH. Die Wiener Gebietskrankenkasse und der Hauptverband merkten an, daß über 50 % der Medikamentenkosten auf über 60jährige entfielen.*

Arzneimittelverbrauch und Rezeptgebührenbefreiungen

- 10.1 Die nachstehende Gegenüberstellung zeigt die Entwicklung des Arzneimittelverbrauches unter Berücksichtigung allfälliger Rezeptgebührenbefreiungen:

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	Veränderung 1990 bis 1996
Anzahl in Mill								
Packungen (= Verordnungen)	81,147	84,497	88,384	90,437	92,398	94,512	93,196	
	+4,1	+4,6	+2,3	+2,2	+2,3	-1,4	+14,8	
Änderungen zum Vorjahr in %								
Rezeptgebührenbefreite Packungen (Verordnungen)	14,021	14,601	15,551	16,185	17,474	18,884	19,423	
	+4,1	+6,5	+4,1	+8,0	+8,1	+2,8	+38,5	
Anzahl in Mill								
Rezeptgebührenbefreite Packungen (Verordnungen)	17,3	17,3	17,6	17,9	18,9	19,9	20,8	
in %								
Rezeptgebühren	26	27	28	30	32	34	35	
in S								

Quelle: Hauptverband

- 10.2 Der RH vermißte eine Auswertung jener Daten, die sich auf den Arzneimittelverbrauch und dessen Zusammenhang mit den Rezeptgebührenbefreiungen bezogenen.
- 10.3 *Laut Mitteilung des Hauptverbandes verfüge er über keine personenbezogenen Daten des Medikamentenverbrauches; die Beurteilung der Frage eines allfälligen Mißbrauches obliege den einzelnen Versicherungsträgern.*

Heilmittel**13****Verordnungen
durch Kranken-
anstalten**

- 11.1 Häufig verlangen Patienten von ihren Hausärzten jene Medikamente, die sie im Krankenhaus erhalten hatten, obwohl dies oft im Widerspruch zu den Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise steht, an die die Krankenhäuser nicht gebunden sind. Allerdings dürfen derzeit die öffentlichen Spitäler nicht einmal außerhalb der üblichen Ordinationszeiten der niedergelassenen Vertragsärzte Kassenrezepte ausstellen.
- 11.2 Der RH regte an, mit den Krankenanstalten über die Einhaltung der Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise zu verhandeln. Auch sollte ein Rezepturrecht der Krankenanstalten auf Kassenrezepte erwogen werden.
- 11.3 *Mehrere Versicherungsträger berichteten über diesbezügliche Aktivitäten. Der Hauptverband nahm nicht Stellung.*
- 11.4 Der RH trat dem Vorschlag hinsichtlich des Rezepturrechtes für Krankenhäuser bei und begrüßte die Bestrebungen der Versicherungsträger.

14

Heilbehelfe und Hilfsmittel

Allgemeines

Begriffsbestimmungen

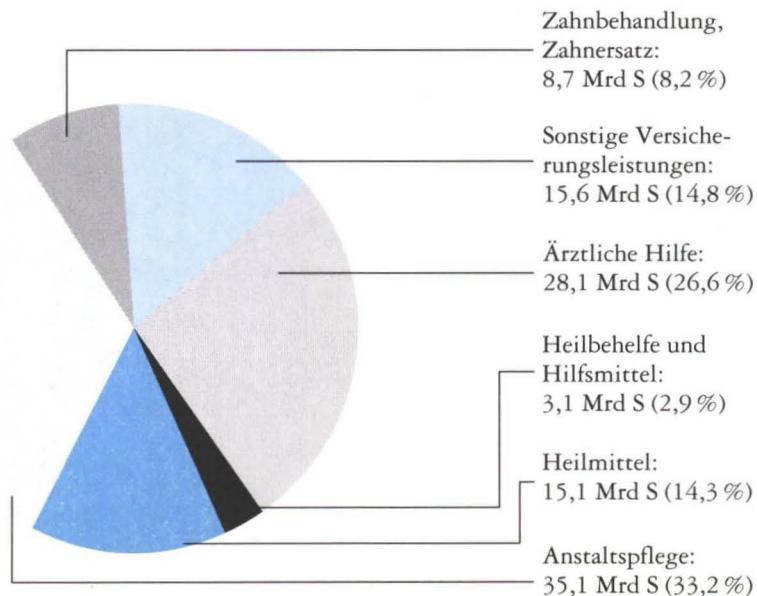
- 12 Nach den sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen dienen Hilfsmittel dazu, die Funktion fehlender oder unzulänglicher Körperteile zu übernehmen oder zu verbessern, die damit verbundene körperliche oder psychische Beeinträchtigung zu mildern oder zu beseitigen, ohne jedoch einen irreparablen Zustand zu heilen oder ursächlich zu bessern.

Demgegenüber sollen Heilbehelfe eine bestehende Krankheit heilen, bessern oder zumindest deren Verschlimmerung hintanhalten oder eine Kausalerkrankung vermeiden.

Hilfsmittel werden nur dann im Rahmen der Krankenbehandlung gewährt, soweit nicht eine Leistungsverpflichtung im Rahmen der medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation oder ein anderer gleichartiger gesetzlicher Anspruch gegeben ist. Damit hat der Gesetzgeber für den Bereich der medizinischen Rehabilitation die Erbringung von Sachleistungen ohne einen satzungsmäßigen Höchstbetrag vorgesehen. Gleches gilt sinngemäß für die Versorgung mit Heilbehelfen, allerdings mit der Einschränkung, daß sie ausreichend und zweckmäßig ist und das Maß des Notwendigen nicht übersteigt.

Ausgaben

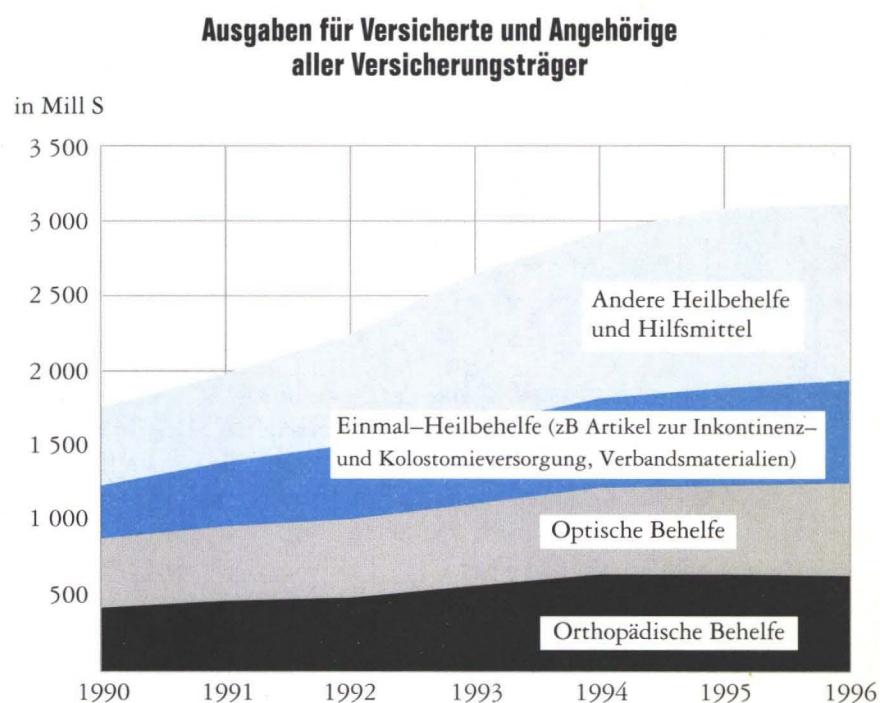
- 13.1 Die Versicherungsleistungen aller Versicherungsträger im Jahre 1995 von 105,7 Mrd S setzten sich wie folgt zusammen:



Quelle: Hauptverband

Die medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation in der Krankenversicherung wurden mit 1. Jänner 1992 (50. ASVG-Novelle) als Pflichtaufgabe eingeführt, wobei beabsichtigt war, die Rehabilitation in der Krankenversicherung ab dem Jahr 1994 als Pflichtleistung, auf die ein individueller Rechtsanspruch besteht, umzuwandeln. In der Zwischenzeit sollten die Versicherungsträger Erfahrungen über die praktische Umsetzung gewinnen und verlässliche Grundlagen für die Kostenentwicklung in diesem Bereich sammeln. Die Umwandlung der medizinischen Rehabilitation von einer Pflichtaufgabe in eine Pflichtleistung war Mitte des Jahres 1997 noch nicht verwirklicht.

Die Einführung dieser Pflichtaufgabe verursachte beträchtliche Ausgabensteigerungen bei den Versicherungsträgern, weil hiefür keine satzungsmäßigen Höchstgrenzen vorgesehen sind:



Quelle: Hauptverband

Es lagen keine exakten Daten über die genaue Anzahl jener Personen vor, die durch die gesetzliche Krankenversicherung geschützt sind, weil die soziale Krankenversicherung nicht auf Personen, sondern auf Versicherungsverhältnisse abstellt; daher werden Personen mit mehreren Beschäftigungsverhältnissen bzw mit mehreren Pensionsleistungen mehrmals erfaßt.

- 13.2 Die Voraussetzungen für eine möglichst kostengünstige Leistungserbringung — nämlich eine weitestgehende Produkt- und Marktkenntnis — waren bei der Einführung der medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation als Pflichtaufgabe nach Ansicht des RH weder seitens der Versicherungsträger noch seitens des Hauptverbandes gegeben.

Allgemeines

16

- 13.3 Das BMAGS teilte dem RH mit, daß nach wie vor die Absicht bestünde, die Rehabilitation in der Krankenversicherung in eine Pflichtleistung umzuwandeln, auf die ein individueller Rechtsanspruch besteht. Sie habe aber bis jetzt aufgrund der finanziellen Entwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht umgesetzt werden können.

Die Wiener Gebietskrankenkasse berichtete, sie habe im ersten Halbjahr 1997 eine Einsparung von rd 52,2 Mill S gegenüber dem Vergleichszeitraum 1996 erzielt. Die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse verwies auf einen Rückgang bei den Gesamtausgaben von rd 12 % im gleichen Zeitraum.

Satzungs- bestimmungen

- 14.1 Die in den Satzungen der einzelnen Versicherungsträger festgeschriebenen Höchstbeträge für Heilbehelfe nach dem Stand 1996 reichten bei Kostenübernahmen bzw Instandsetzungen von 3 000 S bis rd 13 000 S bzw rd 32 000 S für Körperersatzstücke und Krankenfahrstühle.

Bei den Hilfsmitteln war eine ähnliche Streuung der Höchstbeträge festzustellen.

- 14.2 Die unterschiedlichen Höchstbeträge für Kostenzuschüsse wurden offensichtlich unter Bedachtnahme auf die finanzielle Lage des jeweiligen Versicherungsträgers festgesetzt.

- 14.3 Die Versicherungsträger stimmten dem zu.

Statistische Nachweisungen

- 15.1 Im Jahre 1995 waren rd 99 % der Bevölkerung durch die soziale Krankenversicherung geschützt. Statistische Daten über die genaue Anzahl jener Personen, die durch die soziale Krankenversicherung geschützt sind, stehen nicht zur Verfügung, da die Anzahl der Angehörigen statistisch nicht genau erfaßt ist.

Der Hauptverband stellte dem RH im Zuge der Vorerhebungen statistische Daten der Versicherungsträger über den Aufwand für Heilbehelfe und Hilfsmittel sowie der Fallzahlen der Jahre 1990 bis 1995 zur Verfügung, die diese teils EDV–unterstützt, teils händisch oder mangels organisatorischer Vorkehrungen durch Anwendung von Berechnungsschlüsslern ermittelt hatten.

- 15.2 Die Auswertung der statistischen Daten der Versicherungsträger durch den RH für das Jahr 1995 brachte folgende Ergebnisse:

Heilbehandlung und Hilfsmittel

Allgemeines

17

Aufwand je Fall in S

	Orthopädische Schuhe	Schuh- einlagen	Diverse Bandagen	Gläser ohne Brillenfassung	Gläser mit Brillenfassung	Kontakt- linsen	Hör- geräte
Wiener Gebietskrankenkasse	5 370	473	665	203	698	2 619	11 362
Niederösterreichische Gebietskrankenkasse	10 112	595	2 021	295	619	2 238	12 657
Burgenländische Gebietskrankenkasse	5 143	482	478	490	435	3 311	9 585
Oberösterreichische Gebietskrankenkasse	10 513	585	896	519	430	2 113	12 544
Steiermärkische Gebietskrankenkasse	8 357	500	1 000	665	461	2 944	9 616
Kärntner Gebietskrankenkasse	7 574	398	979	244	369	2 840	11 150
Salzburger Gebietskrankenkasse	7 276	488	661	372	474	2 231	6 812
Tiroler Gebietskrankenkasse	6 658	463	585	464	486	1 591	7 924
Vorarlberger Gebietskrankenkasse	6 818	722	651	467	622	2 272	12 188
Bergbau–Versicherung	11 156	480	641	453	504	3 155	11 736
Eisenbahner–Versicherung	7 429	520	1 008	545	560	3 444	14 065
Beamten–Versicherung	7 147	488	666	518	497	3 224	11 943
Gewerbe–Versicherung	8 397	643	755	919	854	3 663	13 534
Bauern–Versicherung	1 149	647	133	355	508	2 836	7 111

Fälle je 10 000 Versicherte

	Orthopädische Schuhe	Schuh- einlagen	Diverse Bandagen	Gläser ohne Brillenfassung	Gläser mit Brillenfassung	Kontakt- linsen	Hör- geräte
Wiener Gebietskrankenkasse	35	467	325	538	744	182	74
Niederösterreichische Gebietskrankenkasse	63	395	245	215	1 240	116	40
Burgenländische Gebietskrankenkasse	88	204	600	62	1 258	58	63
Oberösterreichische Gebietskrankenkasse	32	432	43	169	1 447	147	56
Steiermärkische Gebietskrankenkasse	34	238	24	181	878	163	111
Kärntner Gebietskrankenkasse	31	224	21	64	996	146	60
Salzburger Gebietskrankenkasse	26	327	899	99	1 323	62	146
Tiroler Gebietskrankenkasse	44	231	699	33	821	373	69
Vorarlberger Gebietskrankenkasse	27	138	448	112	1 052	187	45
Bergbau–Versicherung	22	328	239	125	1 464	86	68
Eisenbahner–Versicherung	50	445	848	138	1 550	60	82
Beamten–Versicherung	52	529	482	179	1 577	182	95
Gewerbe–Versicherung	52	220	450	91	875	42	68
Bauern–Versicherung	102	386	7	148	1 095	25	16

Allgemeines

18

Der RH bemängelte, daß die von den Versicherungsträgern ab dem Berichtsjahr 1986 gemeldeten Daten vom Hauptverband zwar gespeichert, aber nicht ausgewertet worden sind. Der RH empfahl, bei den Versicherungsträgern einheitliche Datenbanken aufzubauen.

- 15.3 *Die einzelnen Versicherungsträger führten sie betreffende erhöhte Fallwerte auf regionale Besonderheiten der Inanspruchnahme, falsche Statistikzuordnungen und unterschiedlichen Bedarf verschiedener Versichertengruppen zurück.*

Zu den vom RH ermittelten Kennzahlen merkte der Hauptverband an, daß die in den Statistiken erfaßten Aufwendungen von den in den Satzungen vorgesehenen Höchstbeträgen sowie vom Ausmaß der Kostenbeteiligungen abhängig seien. Weiters seien der Anteil kostenanteilsbefreiter Personen, der Anteil der Angehörigen sowie die Zusammensetzung des Gesamtversichertenstandes bei den Versicherungsträgern sehr unterschiedlich. Schließlich wäre eine Abgrenzung zwischen Krankenbehandlung und medizinischer Rehabilitation bei Versicherungsträgern, die auch Pensionsversicherungsträger sind, nicht immer eindeutig.

Der Hauptverband hielt die Erstellung der vom RH empfohlenen Datenbanken erst mittelfristig für möglich.

Das BMAGS bestätigte, daß die genaue Anzahl der Angehörigen nicht bekannt sei, zumal für sie keine Meldeverpflichtung bestünde. Weiters sei die Inanspruchnahme bestimmter Leistungen auch alters- oder geschlechtsabhängig, so daß die berechneten Kopfquoten nur bedingt Aussagekraft hätten. Es bestätigte weiters, daß trotz entsprechender Weisungen die Aufwendungen und Fallzahlen wegen unterschiedlicher Interpretation und Verwaltungspraxis nicht gleichartig ermittelt wurden. Abschließend teilte das BMAGS mit, es habe alle Schritte in die Wege geleitet, um die Einheitlichkeit der Erstellung von statistischen Nachweisungen in Zukunft zu gewährleisten.

Abrechnungsorganisation

- 16.1 Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Anzahl der 1995 abgerechneten Rezepte, die Fallzahl der Heilbehelfe und Hilfsmittel, die Anzahl der jeweils hiezu eingesetzten Mitarbeiter und schließlich die Anzahl der abgerechneten Rezepte bzw Fälle je Mitarbeiter:

	Rezepte insgesamt	Mitarbeiter in der Heil- mittelab- rechnung	Rezepte je Mitarbeiter	Heilbehelfe und Hilfsmittel	Mitarbeiter in der Heilbehelfe- abrechnung	Fälle je Mitarbeiter	Anzahl
Wiener Gebietskrankenkasse	9 334 443	57,0	163 762	634 874	4,00	158 719	
Niederösterreichische Gebietskrankenkasse	6 558 736	40,0	163 968	363 180	5,00	72 636	
Burgenländische Gebietskrankenkasse	1 122 291	8,0	140 286	71 100	1,50	47 400	
Oberösterreichische Gebietskrankenkasse	6 246 235	36,0	173 507	370 929	5,00	74 186	
Steiermärkische Gebietskrankenkasse	5 155 741	33,5	153 903	282 503	3,00	94 168	
Kärntner Gebietskrankenkasse	2 321 318	10,5	221 078	131 550	2,30	57 196	
Salzburger Gebietskrankenkasse	2 225 759	15,0	148 384	130 195	8,00	16 274	
Tiroler Gebietskrankenkasse	3 141 640	14,5	216 665	148 707	5,75	25 862	
Vorarlberger Gebietskrankenkasse	1 393 353	7,5	185 780	68 371	2,00	34 186	
Bergbau–Versicherung	535 097	5,0	107 019	26 532	1,00	26 532	
Eisenbahner–Versicherung	1 848 259	18,5	99 906	117 191	4,00	29 298	
Beamten–Versicherung	4 015 786	41,0	97 946	218 065	12,00	18 172	
Gewerbe–Versicherung	2 377 182	16,0	148 573	94 162	8,00	11 770	
Bauern–Versicherung	2 280 664	31,0	73 570	89 409	6,30	14 192	

- 16.2 Der RH legte den Versicherungsträgern mit ungünstigen Kennzahlen nahe, ihre Arbeitsabläufe zu verbessern und gegebenenfalls auch die Personalstände dem geringeren Arbeitsanfall anzupassen.

- 16.3 *Mehrere Versicherungsträger wiesen darauf hin, daß ein Vergleich der Verhältniszahlen "Rezepte je Mitarbeiter" bzw "Fälle je Mitarbeiter in der Heilbehelfabrechnung" ohne genaue Darstellung der Arbeitsabläufe, des Umfangs und der Qualität der erfaßten Daten nur bedingt aussagekräftig sei.*

Die Steiermärkische Gebietskrankenkasse und die Eisenbahner-Versicherung berichteten von bereits durchgeführten Dienstposteneinsparungen. Die Bergbau-Versicherung stellte diesbezügliche Maßnahmen in Aussicht; die Salzburger Gebietskrankenkasse kündigte eine entsprechende Überprüfung der Personalstände an.

Die Vorarlberger Gebietskrankenkasse führte den höheren Personaleinsatz darauf zurück, daß der einen zweistelligen Millionenbetrag ersparende Direkteinkauf von Heilmitteln arbeitsintensivere Ausschreibungsverfahren bedinge.

Während die Burgenländische Gebietskrankenkasse sowie die Eisenbahner-Versicherung auf die Vollerfassung aller Daten hinwiesen, teilte die Gewerbe-Versicherung mit, sie führe eine Vollerfassung nur noch für ein Quartal durch.

- 16.4 Der RH entgegnete der Gewerbe-Versicherung, eine Teilerfassung der Rezepte behindere die Zusammenarbeit mit anderen Versicherungsträgern und sei außerdem nicht für eine allfällige gerichtliche Auseinandersetzung zwischen Versicherungsträgern und Ärzten als Beweis geeignet. Auch sei fraglich, ob Quartalsdaten eine taugliche Stichprobe für eine Hochrechnung ergeben.

Bandbreite der Kostenbeiträge

- 17 Der RH verglich anhand der 1995 geltenden Tarife bzw der von den Versicherungsträgern bezahlten Rechnungen einige wesentliche Versorgungsbereiche mit Heilbehelfen und Hilfsmitteln. Die angeführten Kostenzuschüsse sind jeweils ohne USt angeführt.

Hörgeräte

- 18.1 Im Vergleichszeitraum 1995 waren bei den einzelnen Versicherungsträgern unterschiedliche Leistungen für die Versorgung mit Hörgeräten zu beobachten, die vom Kostenzuschuß im Betrag von 7 000 S (Bauern-Versicherung) zu Zuschüssen von 14 000 S (Steiermärkische Gebietskrankenkasse) sowie bis zur vollen Kostenübernahme (Wiener Gebietskrankenkasse) reichten.
- 18.2 Der RH empfahl eine bessere Abstimmung der Tarife und der Vertragsbestimmungen.
- 18.3 *Die Wiener Gebietskrankenkasse berichtete, sie übernehme seit 1. September 1996 für Hörgeräte hinter dem Ohr 7 200 S und für jene im Ohr nur mehr 11 000 S.*

Der Hauptverband merkte an, daß 1996 für Hörgeräte bundesweit eine einheitliche Regelung getroffen wurde.

Bandbreite der Kostenbeiträge

20

Rollstühle

- 19.1 Die Durchschnittspreise für nicht elektrische Rollstühle reichten von rd 6 200 S (Bauern–Versicherung) bis zu rd 17 900 S (Beamten–Versicherung). Die Preise der elektrischen Rollstühle bewegten sich in einer Bandbreite von rd 45 500 (Burgenländische Gebietskrankenkasse) bis rd 107 000 S (Gewerbe–Versicherung). Die Wiener Gebietskrankenkasse hatte den Durchschnittspreis (rd 25 500) nicht nach elektrischen und nicht elektrischen Rollstühlen getrennt.
- 19.2 Die Preise für Standardrollstühle erschienen dem RH auch bei der Niederösterreichischen, der Kärntner und der Salzburger Gebietskrankenkasse sowie bei der Beamten–Versicherung zu hoch.
- 19.3 *Die Niederösterreichische Gebietskrankenkasse erklärte die hohen Durchschnittskosten (rd 17 300 S) für nicht elektrische Rollstühle mit der im Preis enthaltenen Zusatzausstattung im Wert von rd 1 700 S. Ohne diese wäre der Durchschnittswert 15 620 S. Die Beamten–Versicherung rechtfertigte die höheren Preise für Rollstühle damit, daß zusätzliche Maßnahmen der beruflichen und sozialen Rehabilitation von ihr die Anschaffung höherwertiger Rollstühle erfordere.*

Schanzkrawatten

- 20.1 Die Einzelpreise für einfache Schanzkrawatten bewegten sich zwischen 53 S (Vorarlberger Gebietskrankenkasse) und 998 S bei den meisten übrigen Versicherungsträgern.
- 20.2 Nach Auffassung des RH haben die Versicherungsträger vielfach überhöhte Preise anerkannt.
- 20.3 *Die Burgenländische Gebietskrankenkasse erklärte, daß in den meisten Fällen die Abgabe in Apotheken zu Preisen unter dem Selbstbehalt erfolge und somit nicht zu einer Leistung der Kasse geführt habe.*

Die Wiener Gebietskrankenkasse teilte eine Tarifsenkung ab Jahresbeginn 1997 von 998 S auf 118 S mit. Auch die Tiroler Gebietskrankenkasse wies auf den gesenkten Tarif seit 1. Jänner 1997 hin.

Die Eisenbahner–Versicherung teilte nicht die Ansicht des RH und vermeinte, es seien keine Qualitätsvergleiche angestellt worden.

- 20.4 Der RH entgegnete, daß die mittlerweile von vielen Versicherungsträgern erzielten deutlichen Tarifsenkungen für Schanzkrawatten seine Feststellung bestätigen, wonach das Preisniveau für diese Artikel 1995 vielfach zu hoch war.

Stoma–Versorgung

- 21.1 Obwohl in Ermangelung lückenloser Daten kein umfassender Vergleich aller Versicherungsträger möglich war, konnten die Steiermärkische Gebietskrankenkasse (12 300 S) und die Bauern–Versicherung (8 801 S) die jährlichen Kosten der Stoma–Versorgung je Patient weit niedriger halten als die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse (19 830 S), die Bergbau–Versicherung (15 442 S), die Eisenbahner–Versicherung (18 322 S) und die Gewerbe–Versicherung (17 153 S).

- 21.2 Der RH führte die niedrigen Kosten bei der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse auf den Einsatz einer Betreuerin für die Stomapatienten zurück.
- 21.3 *Die Bergbau–Versicherung teilte mit, daß sie eine Mitbetreuung ihrer Versicherten durch die bei der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse im Einsatz befindliche Betreuerin der Stomapatienten anstrebe.*
- Blutzuckermeßgeräte
- 22.1 Hinsichtlich der von den Versicherungsträgern bezahlten Preise für Blutzuckermeßgeräte bestanden große Unterschiede. So belief sich beispielsweise der Preis für das gleiche Gerät bei der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse auf 420 S, bei der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse auf 588 S, bei der Tiroler Gebietskrankenkasse auf 770 S und bei den übrigen Versicherungsträgern auf 700 S, jener für ein anderes Gerät bei der Tiroler Gebietskrankenkasse auf 782 S, bei der Bergbau–Versicherung hingegen auf 1 185 S.
- 22.2 Nach Ansicht des RH waren die großen Preisunterschiede bei gleichen Geräten nicht gerechtfertigt.
- 22.3 *Die Niederösterreichische und die Tiroler Gebietskrankenkasse sowie die Gewerbe–Versicherung teilten mit, daß der Preis für das ersterwähnte Gerät im Jahr 1996 auf 420 S gesenkt werden konnte. Die Bergbau–Versicherung gab bekannt, daß der Preis für das zweiterwähnte Gerät mittlerweile auf 711 S reduziert wurde.*
- Blutdruckmeßgeräte
- 23.1 Der Preis für ein mechanisches Blutdruckmeßgerät war mit 966 S bei der Salzburger Gebietskrankenkasse rd doppelt so hoch wie bei der Wiener Gebietskrankenkasse mit 496 S oder bei der Burgenländischen Gebietskrankenkasse mit 492 S. Erheblich über den zuletzt genannten Preisen lag auch beispielsweise der Tarif der Tiroler Gebietskrankenkasse mit 850 S. Für ein elektronisches Blutdruckmeßgerät vergütete die Gewerbe–Versicherung lediglich 1 003 S, die Wiener Gebietskrankenkasse hingegen 1 869 S.
- 23.2 Auch in diesem Bereich erblickte der RH genügend Spielraum für Preis senkungen.
- 23.3 *Die Wiener Gebietskrankenkasse teilte mit, daß ab 1997 nach erfolgter Ausschreibung Einsparungen erzielt wurden, die Tiroler Gebietskrankenkasse verwies auf eine Preissenkung für das mechanische Gerät ab 1. Jänner 1997 auf 820 S.*
- Kunststoffgläser
- 24.1 Die Tarife für Kunststoffgläser bis vier Dioptrien sphärisch lagen zwischen 173 S (Oberösterreichische Gebietskrankenkasse) und 283 S (Steiermärkische Gebietskrankenkasse, Eisenbahner–Versicherung und Gewerbe–Versicherung).
- 24.2 Die auffälligen Preisunterschiede erschienen dem RH nicht gerechtfertigt.

Bandbreite der Kostenbeiträge

22

- 24.3 *Die Steiermärkische Gebietskrankenkasse stellte Verhandlungen zwecks Erzielung günstigerer Tarife in Aussicht. Die Tiroler Gebietskrankenkasse teilte mit, daß sie ab 1. April 1996 bei einem ihrer Vertragspartner günstigere Tarife vereinbaren konnte.*

Decubitusversorgung 25.1 Während die Tiroler, die Vorarlberger und die Kärntner Gebietskrankenkasse keine Kosten für die Antidecubitus- bzw Wechseldruckmatratzen übernahmen, bezahlten die anderen Versicherungsträger für diese Heilbehelfe zwischen rd 2 200 S (Bauern–Versicherung) und bis zu 7 800 S (Salzburger Gebietskrankenkasse).

- 25.2 Der RH empfahl eine bessere Abstimmung der Tarife.

- 25.3 *Die Wiener Gebietskrankenkasse teilte mit, künftig zwecks Kostensenkung verstärkt auf zweckentsprechende Verordnungen achten zu wollen. Die Steiermärkische Gebietskrankenkasse teilte ihre Absicht mit, zwecks Kosteneinsparung die Versorgung auszuschreiben.*

Inkontinenz (saugende Versorgung) 26.1 Rund die Hälfte der Versicherungsträger konnte Angaben über die Ausgaben je Patient machen. Von jenen Versicherungsträgern, welche imstande waren, für 1995 Daten für den Bereich der Versorgung bei Inkontinenz bekanntzugeben, wiesen die Niederösterreichische Gebietskrankenkasse (rd 8 400 S) und die Tiroler Gebietskrankenkasse (rd 9 600 S) einen erheblich höheren Versorgungsaufwand je Patient als die übrigen Versicherungsträger (rd 3 500 S) auf.

- 26.2 Nach Ansicht des RH bestand auch hier ein beträchtliches Einsparungspotential.

- 26.3 *Die Wiener Gebietskrankenkasse teilte mit, daß sie seit 1. Juli 1996 nur mehr über einen Vertragspartner verfüge. Im ersten Halbjahr 1997 seien 23,8 Mill S eingespart worden.*

Die Niederösterreichische Gebietskrankenkasse begründete die hohen Kosten mit der patientennäheren, aber aufwendigeren Versorgung über Bandagisten. Außerdem beteiligte sie sich an den Kosten der Inkontinenzversorgung von Versicherten in Pensionisten- und Pflegeheimen.

Die Tiroler Gebietskrankenkasse gab bekannt, daß sie unter Berücksichtigung dieser Patienten einen Jahresaufwand je Patient von rd 5 300 S habe.

Direkteinkäufe

- 27.1 Einige Versicherungsträger versuchten bereits seit Jahren, durch Ausschreibungen bzw Direkteinkäufe bei Herstellern und Großhändlern Heilbehelfe und Hilfsmittel möglichst günstig einzukaufen.

- 27.2 Der RH empfahl, diese Möglichkeit aus wirtschaftlichen Überlegungen verstärkt zu nutzen.

- 27.3 *Die Beamten–Versicherung verwies auf Schwierigkeiten aufgrund ihrer österreichweiten Versorgung.*

Abrechnungsgrundlagen für Heilbehelfe und Hilfsmittel

Reichsliste

- 28 In der Bundesrepublik Deutschland wurde die Ende der 50er Jahre begonnene Überarbeitung der veralteten "Reichsliste für orthopädische Hilfsmittel im Bereich der Reichsversorgung" aus dem Jahr 1937 durch die Erlassung einer neuen "Bundesprothesenliste" im Jahr 1969 abgeschlossen.

In Österreich regten der RH und auch das (damalige) Bundesministerium für soziale Verwaltung erstmals im Jahr 1959 an, die Preise der sogenannten "Reichsliste" neu zu kalkulieren. Der Hauptverband sprach sich jedoch aus Kostengründen dagegen aus. Auch in den folgenden Jahren wies der RH anlässlich der Überprüfung von Versicherungsträgern wiederholt darauf hin, daß er angesichts der Entwicklung des Aufwandes für Heilbehelfe und Hilfsmittel eine dem Stand der Technik entsprechende Regelung für dringend erforderlich hielt (zuletzt im Bericht über die im Jahr 1989 erfolgte Gebarungsüberprüfung der Kärntner Gebietskrankenkasse, TB 1990 Abs 15.3).

Arbeitskreis im Hauptverband

- 29.1 Im Jahr 1989 setzte der Hauptverband einen Arbeitskreis ein, der zwecks Neukalkulation vorerst eine Zuordnung der Hilfsmittel vornehmen sollte.

In diesem Arbeitskreis, dem neben Vertretern der Versicherungsträger auch Mitglieder der Bundesinnung der Bandagisten und Orthopädietechniker angehörten, bestand Einvernehmen, daß die Ausschreibung des Artikelkataloges an alle Zulieferunternehmungen von einer ARGE — somit nicht von der Bundesinnung oder dem Hauptverband — vorgenommen werden sollte.

Daraufhin bot im Herbst 1994 der ärztliche Berater der Bundesinnung den Zulieferunternehmungen gegen eine vorherige Zahlung von 3 000 S auf das auf seinen Namen lautende Konto der an seiner Privatadresse angesiedelten ARGE-Orthopädie den "im Einvernehmen mit dem Hauptverband und der Bundesinnung produzierten Katalog" an und lud die Unternehmungen ein, ihre Produkte unter Bezahlung eines gestaffelten Unkostenbeitrages zur Aufnahme in den Katalog einzureichen. Ein Unkostenbeitrag wäre notwendig, weil sich die bereits entstandenen Kosten auf etwa 750 000 S beliefen, die größtenteils von der Berufsgruppe der Orthopädietechniker und Bandagisten sowie deren Beratern getragen worden wären. Er wies darauf hin, daß Einsendungen nach einem vorgegebenen Termin nicht mehr angenommen würden und auf die nächste Überarbeitung des Kataloges gewartet werden müßte.

- 29.2 In der Erstellung des Bandagen- und Orthesenkataloges bzw eines Kataloges für Heilbehelfe und Hilfsmittel durch einen Dritten außerhalb der Sozialversicherung konnte der RH keinen langfristigen wirtschaftlichen Vorteil für die Versicherungsträger erkennen. Der RH verwies auf die bereits abgeschlossene Erstellung eines Hilfsmittelverzeichnisses in Deutschland aufgrund eines entsprechenden gesetzlichen Auftrages.

Arbeitskreis im Hauptverband

24

Für den RH war weiters kein Zusammenhang zwischen den schon früher von der Berufsgruppe der Orthopädietechniker und Bandagisten getätigten Aufwendungen und den von der ARGE-Orthopädie hiefür verlangten Kostenbeiträgen nachvollziehbar.

- 29.3 *Der Hauptverband merkte an, daß in Österreich ein anderer Weg als in Deutschland habe beschritten werden müssen, weil die gesetzliche Grundlage für einen verbindlichen Hilfsmittelkatalog fehlte. Um für den Bereich der Heilbehandlung und Hilfsmittel ein Sachleistungssystem aufzubauen bzw. aufrechtzuerhalten, seien Verträge mit den Interessenvertretungen notwendig gewesen. Im Zuge der Verhandlungen sei zwar die Bundesinnung ersucht worden, die Großhandelspreise der in Frage kommenden Produkte zu erheben, die Produkte wären aber letztlich auch von der Sozialversicherung selbst einer ökonomischen Beurteilung unterzogen worden.*
- 29.4 Der RH entgegnete, daß auch ein vom Hauptverband erstellter Artikelkatalog eine Grundlage für Vertragsverhandlungen mit den Interessenvertretungen gebildet hätte.

Katalogerstellung

- 30.1 Im November 1994 langten beim Hauptverband sowohl die von der ARGE-Orthopädie verfaßten Schreiben als auch die ersten Beschwerden von Unternehmungen wegen der Höhe der verlangten Unkostenbeiträge ein. Für die ersten zehn Produkte verlangte die ARGE jeweils 5 000 S, für die nächsten zehn Produkte jeweils 4 000 S und für alle darüber hinaus eingereichten Produkte jeweils 3 000 S. Der Hauptverband äußerte Bedenken hinsichtlich der Höhe dieses von der ARGE eingehobenen Unkostenbeitrages, weil im Hauptverband damals die Ansicht bestand, daß die Versicherungsträger letztlich nur das jeweils kostengünstigste Produkt einer bestimmten Indikation abrechnen und damit alle übrigen Produkte aus Kostengründen dezidiert ausschließen würden.

Ein Vertreter der ARGE verwies demgegenüber auf die bereits eingehobenen und treuhändisch verwalteten Kostenbeiträge der Unternehmungen, die bei einer grundlegenden Änderung des Kataloges zurückerstattet werden müßten. Der Hauptverband betonte gegenüber der Bundesinnung, daß die Vorgangsweise der ARGE in die ausschließliche Verantwortung der Bundesinnung fiele, leitete jedoch ungeachtet seiner Bedenken direkt an ihn gerichtete Angebote von Unternehmungen an die ARGE weiter.

- 30.2 Der RH bemängelte, daß sich damit der Hauptverband auch über seine gegenüber der Bundesinnung vertretene Auffassung hinwegsetzte, daß alle Unternehmungen unabhängig von ihren wirtschaftlichen Möglichkeiten — insbesondere aber jene, welche knapp kalkulierten und solcherart kostengünstig produzierten — die Chance haben müßten, ihre Produkte den Versicherungsträgern anzubieten. Offensichtlich lag die Herstellung eines umfassenden Kataloges mit möglichst vielen Produkten wegen der bei der Aufnahme neuer Produkte fälligen Kostenbeiträge und wegen der Verwertungsmöglichkeit des regelmäßig neu aufzulegenden Kataloges vor allem im wirtschaftlichen Interesse der ARGE.

Weiters beanstandete der RH, daß infolge der zumindest in Ostösterreich bestehenden Monopolstellung der ARGE bei der Katalogerstellung auch jene Unternehmungen Bearbeitungsbeiträge für die Aufnahme ihrer Pro-

dukte in den Katalog zahlen sollten bzw. mußten, die ohnehin bereits geprüfte und marktgängige Produkte anboten. Darüber hinaus hatten diese Unternehmungen keine Möglichkeit, die Höhe der Bearbeitungsbeiträge zu beeinflussen.

- 30.3 *Laut Stellungnahme des Hauptverbandes seien die Produkte jener Unternehmungen, die Angebote direkt an den Hauptverband geschickt hatten, jedenfalls in den Katalog aufgenommen worden. Zudem hätte jeder Anbieter die Möglichkeit, sofort nach Vertragsbeginn neue Anträge auf Aufnahme in den Katalog kostenfrei beim Hauptverband vorzulegen.*

Der Hauptverband erklärte ferner, er habe einem Katalog mit Produktvielfalt nicht deshalb zugestimmt, weil dies im Interesse der ARGE-Orthopädie lag, sondern weil qualitätsgesicherte Produktvielfalt im Interesse der Patienten liege.

- 30.4 Die vom Hauptverband aufgezeigte Möglichkeit erschien dem RH keineswegs als wirtschaftliche Alternative für die Anbieter, zumal nicht absehbar war, zu welchem späteren Zeitpunkt ihre Produkte in einen allenfalls überarbeiteten Artikel-Katalog aufgenommen würden.

**"Verein
Arge-Orthopädie"**

- 31.1 Wiewohl bei den Besprechungen des Hauptverbandes seit September 1994 ständig von einer ARGE-Orthopädie die Rede war und diese ARGE auch vom Hauptverband kontaktiert wurde, konnte der RH anhand der Unterlagen des Hauptverbandes weder deren Rechtsform noch ihre im Außenverhältnis rechtsverbindlichen Vertreter ermitteln.

Im Oktober 1995 wurde vom ärztlichen Berater der Bundesinnung der Bandagisten und Orthopädietechniker die Bildung des Vereins "Verein Arge-Orthopädie" mit dem Sitz in Graz angezeigt. Der Vereinsvorstand bestand aus dem ärztlichen Berater, einem Angehörigen von ihm und einem Angestellten aus dessen Unternehmung.

Nach den Statuten sollte es ua. Aufgabe des Vereins sein, die Erstellung eines allgemein anerkannten Kataloges für Bandagen und Orthesen vorzubereiten und durchzuführen, die Ausschreibung der Produktlistung für den Artikel-Katalog durchzuführen und diesen zu konzipieren, herzustellen und jährlich aktualisiert zu veröffentlichen. Die Finanzierung der Tätigkeit sollte im wesentlichen über Bearbeitungsbeiträge für die einzelnen Produkte, deren Aufnahme in den Artikel-Katalog beantragt wird, erfolgen.

Die Entscheidung über aus dem Vereinsverhältnis entstehende Streitigkeiten obliegt statutengemäß einem Schiedsgericht, dem auch je eine vom Hauptverband und der Bundesinnung namhaft gemachte Person angehören sollte.

- 31.2 Nach Ansicht des RH ergab sich für die Vereinsfunktionäre, die ihrerseits als Anbieter auftraten, ein Wettbewerbsvorteil aus der weitestgehenden Marktübersicht und der Möglichkeit, die Marktentwicklung sowohl hinsichtlich neuer Produkte als auch ihrer Preise frühzeitig zu erkennen.

Die in den Statuten vorgesehene Mitwirkung des Hauptverbandes im Schiedsgericht eines Vereines, dem er nicht als Mitglied angehört, er-

26

schien dem RH wenig sinnvoll. Er konnte allerdings aus den Unterlagen auch keine Zustimmung des Hauptverbandes zu dieser Regelung ersehen.

- 31.3 *Der Hauptverband vermeinte, die Einschaltung der ARGE-Orthopädie zur Ermittlung von Fakten für die Vertragsterhandlungen fiel in den alleinigen Verantwortungsbereich der gesetzlichen beruflichen Interessenvertretung.*
- 31.4 Der RH entgegnete, daß die Einschaltung der ARGE-Orthopädie im Einvernehmen mit dem Hauptverband erfolgt war.

Entwurf eines neuen Gesamtvertrages

Verlauf der Verhandlungen

- 32 Nach jahrelangen Verhandlungen mit der Bundesinnung der Bandagisten und Orthopädietechniker wurde Anfang 1996 im wesentlichen Einvernehmen über den Text eines neuen Gesamtvertrages erzielt.

Wohl im Zusammenhang mit den Ausschreibungen für die Versorgung der Patienten mit saugenden Inkontinenzartikeln in Kärnten und in Wien bestand die Bundesinnung bereits im April 1996 auf einer Regelung des bis dahin nicht enthaltenen Bereiches der Versorgung mit saugenden Inkontinenzartikeln im Gesamtvertrag, senkte allerdings nach Rücksprache mit den Lieferanten das Tarifangebot. Ausgelöst wurde dieses Umdenken durch eine diesbezügliche Ausschreibung der Kärntner Gebietskrankenkasse, die als Ergebnis eine Tarifsenkung von fast 50 % brachte. Der Bestbieter versorgt seither die Patienten direkt unter Abschluß der Bandagisten sowohl mit den saugenden als auch den ableitenden Inkontinenzartikeln. Der entsprechende Aufwand der Kärntner Gebietskrankenkasse hat sich dadurch gegenüber 1995 um rd 10 Mill S auf 13,8 Mill S (1996) verringert.

Für die Wiener Gebietskrankenkasse sind bei einem Jahresaufwand von rd 70 Mill S (1995) durch die Ausschreibung im Mai 1996 die Tarife für die Inkontinenzprodukte auf die Hälfte gesunken.

Im April 1996 wurde der Entwurf eines neuen Gesamtvertrages samt sechs Anlagen paraphiert.

Dieser Vertragsentwurf sah eine Aufwandsbegrenzung in der Form vor, daß der in der Zeit von 1. Juni 1996 bis 31. Mai 1997 von allen Versicherungsträgern zu tragende Aufwand für diesen Leistungsbereich einschließlich der Kostenerstattung und Kostenersätze den vergleichbaren Aufwand aller Versicherungsträger des Jahres 1995 nicht übersteigen sollte. Nach den Bestimmungen des Vertrages durften auch keine Zuzahlungen verlangt werden. Der Inhalt des Gesamtvertrages sollte auch ohne Abschluß von Einzelverträgen zwischen den Versicherungsträgern und den Mitgliedern der Bundesinnung wirksam sein. Über Tarifanpassungen wäre jährlich neu zu verhandeln.

Alle Produkte wurden nach Indikationen, Wirkungsweise und Ausführung genau beschrieben. Als weitere wesentliche Neuerung wurde ein Preisband eingeführt, demzufolge nur jene Produkte, deren Einkaufspreise höchstens 10 % bzw 15 % (Kompressionsstrümpfe) teurer als das jeweils billigste sind, direkt mit den Versicherungsträgern abgerechnet

werden können. Qualitativ entsprechende, aber außerhalb des Preisbandes liegende Produkte müßten von den Patienten privat bezahlt und anschließend zur Kostenerstattung in Höhe des Tarifdurchschnittes eingereicht werden.

In der Vereinbarung zur Durchführung dieses Gesamtvertrages wurde festgelegt, daß der Aufwand aller Versicherungsträger für Einlagen, ausgehend von rd 94 Mill S im Jahr 1994, in den ersten zwölf Monaten ab Inkrafttreten dieses Vertrages 127 Mill S nicht übersteigen dürfe. Ferner sollte der Produktkatalog mindestens zweimal, höchstens jedoch viermal jährlich auf Wunsch eines Vertragspartners einer Revision unterzogen werden. Als Einreichstellen für derartige Behelfe waren der Hauptverband und die ARGE-Orthopädie, stellvertretend für die Wirtschaftskammer Österreich, vorgesehen.

Einwendungen
verschiedener
Versicherungsträger

33.1 Einige Versicherungsträger äußerten massive Bedenken gegen den Abschluß dieses Gesamtvertrages:

(1) So beanstandete die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse an der Aufwandsbegrenzung, daß für den Fall der Überschreitung keine Konsequenzen vorgesehen waren. Überdies würden nur wenige Versicherungsträger über das entsprechende Datenmaterial verfügen, um die Begrenzung überhaupt berechnen zu können. Mit der Zulassung von Produkten außerhalb der Bandbreite zur Kostenerstattung würde das Sachleistungsprinzip ausgehöhlt werden, was gravierende Auswirkungen auf den besonders sensiblen Bereich der Vertragsärzte hätte. Dies hätte für die Versicherten nämlich nicht nur den Nachteil, daß sie die Kosten für den Heilbehelf zur Gänze vorfinanzieren müßten, sondern auch mit erheblichen Restkosten belastet würden. Im übrigen sollten alle vergleichbaren Produkte in der Preisliste des Gesamtvertrages den gleichen Preis haben. An der Neuregelung der Einlagentarife kritisierte die Kasse die Höhe einzelner Tarifpositionen und erwartete insgesamt eine Verdoppelung des bisherigen Aufwandes. Auch könnte durch die vorgesehene Form der Kostenerstattung eine ähnliche Situation wie bei den Brillen eintreten. Durch billigst tarifierte Heilbehelfe und Hilfsmittel, die vom Versicherten nicht bezogen werden (wollen), würde sich nämlich die soziale Krankenversicherung auf eine Arzkostenversicherung im Sachleistungsbereich reduzieren.

(2) Die Tiroler Gebietskrankenkasse trat ua vehement dagegen auf, daß der Gesamtvertrag auch ohne Abschluß von Einzelverträgen mit den Bandagisten wirksam werden sollte, hielt die Deckelungsbestimmungen mangels geeigneter EDV-Kapazitäten für undurchführbar und forderte die Beibehaltung der Bewilligungspflicht. Den Ausschluß der Direktverrechnung und der Kostenerstattung bei nicht gelisteten Produkten bezeichnete sie als unsozial und wenig versichertenfreundlich, weil gerade an Universitätsstandorten immer wieder neue Produkte verordnet würden.

(3) Die Vorarlberger Gebietskrankenkasse befürchtete durch das Inkrafttreten des vom Hauptverband ausgehandelten Gesamtvertrages einen Mehraufwand in Höhe von mindestens 4 Mill S je Jahr.

Entwurf eines neuen Gesamtvertrages

28

Da der ausgehandelte Gesamtvertragsentwurf nicht die erforderliche einhellige Zustimmung aller Versicherungsträger fand und der Hauptverband Ende September den bestehenden Gesamtvertrag zum Jahresende 1996 kündigte, mußten sich die Versicherungsträger nunmehr selbst um einen Vertragsabschluß bemühen, wenn sie nicht ab Jänner 1997 einen vertragslosen Zustand in Kauf nehmen wollten.

- 33.2 Der RH würdigte die Bemühungen des Hauptverbandes, die Vertragsbeziehungen mit den Bandagisten auf eine zeitgemäße Basis zu stellen. Damit wurde wiederholten Empfehlungen des RH endlich entsprochen.

Die systematische Einteilung und Beurteilung der Heilbehelfe und Hilfsmittel nach Indikationen und Funktionen stellte nach Auffassung des RH eine wertvolle Grundlage dar, um die Vertragsbeziehung mit den Bandagisten transparent, für die Versicherten befriedigend und für die Versicherungsträger vergleichbar und kostengünstig zu gestalten.

Er beanstandete aber, daß es der Hauptverband verabsäumt hat, die Versicherungsträger bei der Preisfindung stärker einzubinden.

Er teilte weiters einen Großteil der vorgebrachten Bedenken der Versicherungsträger und bemängelte, daß es der Hauptverband verabsäumt hat, diesen Einwänden entsprechend Rechnung zu tragen und den Versicherungsträgern ein ausgereiftes Vertragswerk zur Beschlüffassung vorzulegen.

- 33.3 *Der Hauptverband vermerkte, daß seinem Verhandlungsteam auch Vertreter der Versicherungsträger angehört hätten; sowohl die Chefärzte als auch die Verwaltung seien über die Fortschritte der Verhandlungen und deren Ergebnisse informiert worden. Der enorme Zeitdruck und die kurzen Stellungnahmefristen hätten sich aus seinem Bestreben ergeben, den Vertrag möglichst noch 1996 in Kraft treten zu lassen, weil er ein Teil des Finanzkonsolidierungskonzeptes war.*

Auswirkung auf die Tarifentwicklung

- 34.1 Mehrere Versicherungsträger wiesen darauf hin, daß manche gängigen Behelfe nunmehr erheblich teurer wären, weil den Bandagisten für Produkte außerhalb des Preisbandes erheblich höhere Aufschläge zugestanden worden seien. Die Patienten müßten diese Behelfe daher zunächst zur Gänze vorfinanzieren und anschließend beim Versicherungsträger die Kostenerstattung beantragen. Im übrigen würde die Bewältigung einer großen Anzahl von Erstattungsanträgen die Versicherungsträger vor administrative Probleme stellen.
- 34.2 Der RH ermittelte bei einigen gängigen Produkten den Mehrertrag für die Bandagisten, der sich aus den Tarifsteigerungen und den mit der Wiener Gebietskrankenkasse 1994 abgerechneten Mengen ergeben würde.

Allein bei neun dieser Produkte ergäbe sich für die Bandagisten ein Mehrertrag von 3,3 Mill S jährlich, der von den Patienten zu bezahlen gewesen wäre, weil die Kasse nur den viel niedrigeren Tarifdurchschnitt der im Preisband befindlichen Produkte erstattet hätte. Ein ähnliches Bild ergab sich auch anhand der oberösterreichischen Werte.

Somit wäre es zwar zu einer Ersparnis für die Versicherungsträger gekommen, die Bandagisten hätten dennoch höhere Erlöse zu Lasten der Versicherten erzielen können.

Nach Auffassung des RH hätte der Hauptverband diesen erkennbaren Bemühungen, Verteuerungen zu Lasten der Patienten vorzunehmen, stärker entgegentreten und sich in den Verhandlungen darum bemühen müssen, akzeptablere Preise für die Patienten zu erzielen.

- 34.3 *Der Hauptverband verwies auf die schwierige Rechtslage und gestand ein, daß der Versuch, das größte Marktsegment aus dem Bereich Heilbehandlung und Hilfsmittel (Prothesen, orthopädische Schuhbeinlagen, Bandagen, Orthesen und Gummistrümpfe) österreichweit einheitlich zu gestalten, im ersten Anlauf noch nicht vollständig gelungen sei. Die grundsätzliche vertragliche Anerkennung der Aufwandsbegrenzung sollte die Verhandlungsposition der Versicherungsträger für den Fall des Steigens der Gesamtaufwendungen stärken, auch wenn die Datenlage unzureichend war.*

Zu den marktgängigen Produkten außerhalb des Preisbandes merkte der Hauptverband an, daß Marktgängigkeit oder der höhere Preis nichts mit qualitativen Vorteilen zu tun haben müsse. Es stünde den Unternehmungen frei, die Großhandelspreise entsprechend zu senken, um auf diesem Weg wieder in die Tarifverhandlungen einzbezogen zu werden.

Der Hauptverband habe aber der Kritik des RH Rechnung getragen und einige Versicherungsträger ersucht, die Marktanalysen für bestimmte Heilbehandlung und Hilfsmittel zu übernehmen.

Weiters habe sich im September 1997 ein Fachbeirat für Heilbehandlung und Hilfsmittel als beratendes Organ der Selbstverwaltung der Versicherungsträger mit der Aufgabe konstituiert, Heilbehandlung und Hilfsmittel auf ihre Qualität (funktionelle Eignung und Dauerhaftigkeit) und Preiswürdigkeit zu begutachten.

Aktuelle Vertragslage

Vertrag zwischen
20 Versicherungs-
trägern und der
Bundesinnung

- 35.1 Die bundesweiten Versicherungsträger bemühten sich, aufbauend auf dem vom Hauptverband ausgehandelten Vertragsentwurf, doch noch zu einem Vertragsabschluß zu gelangen.

Nach mehreren Verhandlungsrunden einigte man sich im Dezember 1996 mit der Bundesinnung auf einen neuen Gesamtvertrag, der aber die Kritik bzw Änderungswünsche einzelner Versicherungsträger kaum berücksichtigte. Erstmals wurde in den Vertrag eine sogenannte Meistbegünstigungsklausel aufgenommen und die Errichtung eines paritätisch zu besetzenden Beirates vereinbart. Allerdings entfiel jene Bestimmung des Gesamtvertragsentwurfes, wonach für je zwei Filialen ein Meister und ein Geselle, der zur Ablegung der Meisterprüfung berechtigt ist, vorhanden sein müssen.

Während die Tarife für Einlagen und Prothesen fast unverändert übernommen wurden, konnte für die übrigen Artikel eine Senkung der Aufschläge zwischen 3 % und 10 % ausgehandelt werden.

Aktuelle Vertragslage**30**

In der Vereinbarung zur Durchführung dieses Vertrages ist für den Bereich der Einlagen eine Aufwandssteigerung um 35 % von 41,1 Mill S (1995) auf 55,5 Mill S in den ersten zwölf Monaten ab Inkrafttreten dieses Vertrages vereinbart worden. Die Entwicklung dieses Aufwandes sollte stetig beobachtet werden; vereinbart wurden Verhandlungen über eine allfällige Tarifkorrektur zur Erreichung der Höchstaufwandssumme nach Ablauf des ersten Halbjahres.

Die Steiermärkische Gebietskrankenkasse schloß mit der Landesinnung eine Zusatzvereinbarung ab, wonach bei steigenden Aufwendungen zusätzliche Bewilligungspflichten eingeführt und weitere Maßnahmen bis hin zu einer Teilkündigung ergriffen werden können. Diesem Verhandlungsergebnis stimmten 20 Versicherungsträger zu.

Diese Versicherungsträger informierten den Hauptverband über das von ihnen erzielte Verhandlungsergebnis und ersuchten ihn gleichzeitig, zur praktischen Umsetzung einen (Hilfsmittel)Beirat einzurichten und das bereits anlässlich der Begutachtung der Heilbehelfe und Hilfsmittel tätig gewesene Forschungsinstitut für Orthopädiotechnik zur kompetenten Hilfestellung heranzuziehen. Weiters regten sie an, der Hauptverband möge die statistischen Auswertungen dem Vertragswerk in zielführender Weise anpassen.

35.2 Der RH anerkannte das Bemühen der Versicherungsträger um eine zeitgemäße Abrechnungsgrundlage sowie die weitere Reduktion der Aufschläge. Er wies darauf hin, daß die Versicherungsträger die von ihm im Zuge des Überprüfungsverfahrens geäußerten Anregungen und Vorschläge zum Teil in ihre Überlegungen zur Neugestaltung dieses Leistungsreiches einbezogen hätten. Daraufhin sank der Aufwand für Heilbehelfe und Hilfsmittel nach den vorläufigen Gebarungsergebnissen 1997 um mehr als 3 % (rd 100 Mill S).

Der RH beanstandete aber, daß der Vertrag noch immer wesentliche, von einigen Versicherungsträgern aufgezeigte Mängel enthält:

- (1) Ein nicht ausreichend breites, marktgängiges Angebot in Form der Sachleistung könnte zu vielen Kostenerstattungsanträgen führen.
- (2) Vergleichbare Produkte haben nicht den gleichen Preis.
- (3) Das Verfahren zur Prüfung der Heilbehelfe ist vertraglich nicht geregelt worden.
- (4) Die Vorgangsweise zur Berechnung der Deckelungssummen und die Konsequenzen bei deren Überschreitung sind nach wie vor nicht geklärt.
- (5) Jene Bestimmung, wonach für je zwei Filialen ein Meister und ein Geselle, der zur Ablegung der Meisterprüfung berechtigt ist, zur Verfügung stehen müssen, ist entfallen, obwohl sie eine qualitativ bessere Betreuung für die Versicherten gewährleistet hätte.

- 35.3 Laut Stellungnahme des Hauptverbandes baue der von 20 Versicherungsträgern abgeschlossene Vertrag auf seinem Vertragsentwurf auf. In der Praxis habe sich herausgestellt, daß die Versicherten nur sehr selten ein nicht tarifiertes Produkt beziehen und die Kostenerstattung beantragen.

Zum Preisband führten der Hauptverband sowie die Steiermärkische Gebietskrankenkasse und die Beamten-Versicherung aus, die Aufnahme nur des billigsten Artikels als Kassenprodukt unter einem Produktobereich wäre nicht ausreichend, weil bei einigen Artikeln doch relevante Unterschiede in der Wirkungsweise bestünden. Außerdem hätte ohne das Zugeständnis des Preisbandes das Aufzahlungsverbot nicht durchgesetzt und der Vertrag nicht umgesetzt werden können. Selbstverständlich würden die Versicherungsträger auch weiterhin versuchen, für gleichartige Artikel gleiche Tarife zu erzielen.

Einige Versicherungsträger (Eisenbahner-Versicherung, Steiermärkische und Burgenländische Gebietskrankenkasse) hielten wegen der Einrichtung des Fachbeirates beim Hauptverband eine genauere Festlegung des Verfahrens für die Produktprüfung nicht mehr für erforderlich. Die Burgenländische Gebietskrankenkasse berichtete, die Kassenvertreter hätten bereits im September 1997 von den Bandagisten die Umsetzung der Bestpreisklausel gefordert; nunmehr sollen Überlegungen ange stellt werden, wie diese Bestpreisklausel systemkonform angewendet werden könne.

Die Eisenbahner-Versicherung und die Burgenländische Gebietskrankenkasse bezeichneten die Deckelungsregelung für den Einlagenaufwand als klar und ausreichend, die Beamten-Versicherung räumte jedoch ein, daß trotz nunmehr verbesserter statistischer Zuordnungen die Konsequenzen einer Überschreitung bei den Einlagen tatsächlich noch nicht feststünden und mit der Bundesinnung verhandelt werden müßten.

Während die Burgenländische Gebietskrankenkasse berichtete, sie habe festgelegt, daß je Filiale entweder ein Meister oder ein Geselle hauptberuflich für die Betreuung der Versicherten zur Verfügung stehen müsse, hielt die Eisenbahner-Versicherung die Regelungen der Gewerbeordnung für ausreichend. Wesentliche Empfehlungen des RH, wie die Einrichtung eines Fachbeirates beim Hauptverband, der Verzicht auf die Inanspruchnahme der ARGE-Orthopädie bei der Aufnahme neuer Produkte und die laufenden Tarifvergleiche, seien aber bereits umgesetzt worden.

Landesverein-
barungen für Ober-
österreich, Salzburg
und Tirol

- 36.1 Da die Oberösterreichische und die Tiroler Gebietskrankenkasse massive Einwände gegen den Vertragsentwurf des Hauptverbandes hatten, versuchten sie, in Verhandlungen, denen sich die Salzburger Gebietskrankenkasse anschloß, mit der jeweiligen Landesinnung direkt zu einer akzeptablen Lösung zu kommen. Als Ergebnis wurde eine provisorische Tarifliste vereinbart, die in den Grundsätzen und im Aufbau dem vorhin beschriebenen Bandagen- und Orthesenkatalog folgte. Eine Zuordnung der Artikel zu den einzelnen Positionsnummern stand noch aus.

Der wesentliche Unterschied besteht darin, daß vom Versicherten grundsätzlich keine Auf- oder Zuzahlungen verlangt werden dürfen, außer "bei persönlichen Applikationen oder Qualitätssteigerungen bei einvernehmlich besonders gekennzeichneten Heilbehelfen oder Hilfsmitteln".

Aktuelle Vertragslage

32

Die Tiroler und die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse konnten überdies eine sehr vorteilhafte Meistbegünstigungsklausel vereinbaren, wonach kostengünstigere Tarifvereinbarungen zwischen anderen Versicherungsträgern und einer Innung mit gleichem Wirksamkeitsbeginn auch für sie gelten sollen. Die diesbezügliche Salzburger Regelung war etwas ungünstiger, weil für die Weitergabe von Tarifsenkungen bis zu drei Monate Zeit blieb.

- 36.2 Der RH wies darauf hin, daß diese Landesvereinbarungen noch nicht endgültig beurteilt werden konnten, weil noch die Zuordnung der Artikel zu den einzelnen Tarifpositionen sowie die Aufzahlungsliste ausstehen. Er empfahl, diese Arbeiten abzuschließen.
- 36.3 *Die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse berichtete, daß die Verhandlungen noch nicht abgeschlossen seien.*

Die Salzburger Gebietskrankenkasse erachtete ihren Vertrag für nicht ungünstiger, weil er eine Skontoregelung in Höhe von 2 % enthalte.

Wiener Vertrag

- 37.1 Da die Wiener Gebietskrankenkasse keinesfalls einen vertragslosen Zustand in Kauf nehmen wollte, nahm sie mit der Landesinnung Wien der Bandagisten und Orthopädiertechniker noch im Oktober 1996 Verhandlungen über neue Tarife auf, in denen sie eine zum Teil beträchtliche Verringerung der Aufschläge aushandeln konnte. Aufzahlungen waren außer bei Einlagen und befristet auf ein Jahr bei Kompressionsstrümpfen grundsätzlich ausgeschlossen.

Der neue Vertrag trat mit 1. Jänner 1997 in Kraft.

Im übrigen schloß die Wiener Gebietskrankenkasse mit jedem Lieferanten einen Einzelvertrag ab. Für jeweils zwei Betriebsstätten mußten mindestens ein Meister und ein Geselle, der die Voraussetzungen für die Zulassung zur Meisterprüfung erfüllt, beschäftigt werden.

- 37.2 Der RH anerkannte die Bemühungen der Kasse, Tarifsenkungen zu erreichen. Er empfahl, nach Möglichkeiten zu suchen, um auch im Bereich der Einlagen ohne Aufzahlungen der Patienten auszukommen.
- 37.3 *Die Kasse berichtete, sie habe durch öffentliche Ausschreibungen und separate Verträge mit Vertragspartnern im ersten Halbjahr 1997 gegenüber dem Vergleichszeitraum des Vorjahres 52,2 Mill S eingespart.*

Vorarlberger Regelung

- 38.1 Die Vorarlberger Gebietskrankenkasse nahm insofern eine Sonderstellung ein, als sie bereits einen eigenen Hilfsmittelkatalog erstellt hatte und ihre Versicherten mit zahlreichen Heilbehelfen und Hilfsmitteln im Wege der Direktabgabe kostengünstig selbst versorgte.
- 38.2 Nach Auffassung des RH hat die Kasse mit ihrem Hilfsmittelkatalog eine taugliche Grundlage für die ausreichende Versorgung ihrer Versicherten mit Heilbehelfen und Hilfsmitteln geschaffen.

- 38.3 *Die Kasse bekundete zwar ihre Bereitschaft zu einer engen Kooperation mit den anderen Versicherungsträgern, lehnte jedoch bundeseinheitliche Regelungen überall dort ab, wo aufgrund regionaler Besonderheiten kostengünstigere Regelungen bestehen bzw. erreicht werden können.*

Schlußbemerkungen

39 Abschließend hob der RH nachstehende Empfehlungen hervor:

- (1) Die Versicherungsträger sollten die beschriebene Neuregelung im Bereich der Abrechnungsgrundlagen für Heilbehelfe und Hilfsmittel nützen, um durch verstärkte Kooperation ihre Tarife und Vertragsbestimmungen noch besser aufeinander abzustimmen, um dadurch die jeweils günstigsten Konditionen zu erwirken.
- (2) Beim Hauptverband sollte ein Heilbehelfe- und Hilfsmittelbeirat eingerichtet werden.
- (3) Die Versicherungsträger sollten Angebote in Hinkunft nicht mehr über die ARGE-Orthopädie, sondern selbst einholen.
- (4) Die Versicherungsträger sollten aus wirtschaftlichen Gründen in verstärktem Maße die Möglichkeiten der Ausschreibung und der Direkteinkäufe nützen.
- (5) Marktgängige Medikamente sollten nicht bloß aus Kostengründen aus dem Heilmittelverzeichnis ausgeschlossen werden.
- (6) Die Vorgangsweise bei der Einlösung von Wahlarztrezepten sollte entbürokratisiert werden.
- (7) Die Langzeitmedikation sollte erleichtert werden.
- (8) Bestimmte Homöopathika sollten ins Heilmittelverzeichnis aufgenommen werden.
- (9) Die Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise sollten praxisnäher und patientenfreundlicher gestaltet werden.
- (10) Für die Kontrolle der Einhaltung der Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise sollten zeitgemäße Methoden entwickelt werden.

34

(11) Mit den Krankenanstalten sollte über die Einhaltung der Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise und die Gewährung des Rezepturrechtes verhandelt werden.

(12) Zur Ermittlung brauchbarer statistischer Daten sollten die Versicherungsträger einheitliche Datenbanken aufbauen, um einen Betriebsvergleich zu ermöglichen.

Wien, im Juni 1998

Der Präsident:

Dr Franz Fiedler

