

III- 59 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen
des Nationalrates XX. Gesetzgebungsperiode

REPUBLIK ÖSTERREICH
Bundesministerium
für Arbeit und Soziales

Zl.21.892/2-9/96

Entschließung des National-
rates vom 13.Juni 1996,
Nr.E 12 - NR

1010 Wien, den 31. Oktober 1996
Stubenring 1
DVR: 0017001
Telefon: (0222) 711 00
Telex 111145 oder 111780
Telefax 715 82 56
P.S.K.Kto.Nr.: 05070.004
Auskunft:

Klappe:

B E R I C H T

über die

Preisgestaltung auf dem Medikamenten (Heilmittel-)sektor in Österreich
unter besonderer Berücksichtigung der diesbezüglichen
Aufgaben und Maßnahmen des Hauptverbandes
der österreichischen Sozialversicherungsträger (Teil I)

und

über die von Organen des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales
durchgeführte Untersuchung betreffend die Vergabepaxis des Hauptverbandes
und der Krankenversicherungsträger im Bereich Heilbehelfe und Hilfsmittel (Teil II)

VORBEMERKUNG

Mit Entschließung des Nationalrates vom 13.6.1996, NR.E 12-NR, wurde der Bundesminister für Arbeit und Soziales ersucht, die von ihm angekündigte Untersuchung der Vergabepaxis der gesetzlichen Krankenversicherungsträger einschließlich des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger betreffend Heilmittel und Heilbehelfe so zeitgerecht abzuschließen, daß er dem Nationalrat bis spätestens 31. Oktober 1996 über das Ergebnis der Prüfung berichten kann.

Der vorliegende Bericht gliedert sich in zwei Teile, wobei sich Teil I mit der Preisgestaltung auf dem Medikamenten(Heilmittel-)sektor befaßt und Teil II die Vergabepaxis im Bereich Heilhilfe und Hilfsmittel behandelt.

Zu den Heilmitteln ist zunächst festzuhalten, daß es eine sie betreffende "Vergabepaxis" bei den Krankenversicherungsträgern und beim Hauptverband nicht gibt. Arzneimittel unterliegen der amtlichen Preisregelung, die Kosten werden von den Trägern der Krankenversicherung gemäß § 136 Abs.2 ASVG durch Abrechnung mit den Apothekern übernommen. Die maßgeblichen Kriterien für die vorwiegend in den Kompetenzbereich des Bundesministeriums für Gesundheit und Konsumentenschutz fallende Preisgestaltung von Medikamenten und Heilmitteln sowie die diese Preisgestaltung beeinflussenden Aufgaben des Hauptverbandes sind im Teil I des vorliegenden Berichtes dargestellt.

Zum Teil II wird einleitend bemerkt, daß gemäß den §§ 448 und 449 ASVG bzw. den entsprechenden Bestimmungen der übrigen Sozialversicherungsgesetze die Versicherungsträger und der Hauptverband samt ihren Anstalten und Einrichtungen der Aufsicht des Bundes dahingehend unterliegen, daß der Bundesminister für Arbeit und Soziales als oberste Aufsichtsbehörde darauf hinzuwirken hat, daß nicht gegen Rechtsvorschriften verstoßen wird. Die Aufsicht kann sich auf Fragen der Zweckmäßigkeit erstrecken; sie soll sich in diesem Falle auf wichtige Fragen beschränken und in das Eigenleben und die Selbstverantwortung der Versicherungsträger (des Hauptverbandes) nicht unnötig eingreifen.

Gemäß § 31 ASVG obliegt dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger u.a. die "Wahrnehmung der allgemeinen und gesamtwirtschaftlichen Interessen im Vollzugsbereich der Sozialversicherung", die "Erstellung von Richtlinien zur Förderung oder Sicherstellung ... der Zweckmäßigkeit und der Einheitlichkeit der Vollzugspraxis der Sozial-

versicherungsträger", die "ständige Beobachtung der Entwicklung der Sozialversicherung in ihren Beziehungen zur Volkswirtschaft und die Ausarbeitung konkreter Vorschläge bzw. die Durchführung von Maßnahmen zur Erhaltung der dauernden Leistungsfähigkeit der Sozialversicherung" (Abs.2 und 3); im konkreten Bezug auf die gegenständliche Fragestellung (Heilbehelfe und Hilfsmittel) gehören zu diesen Aufgaben insbesondere der "Abschluß von Gesamtverträgen mit den öffentlich-rechtlichen Interessensvertretungen der ... Vertragspartner der Sozialversicherung" nach Maßgabe der Bestimmungen des 6. Teiles des ASVG; die in diesem Normenbereich enthaltenen näheren Ausführungen sehen vor, daß "die Beziehungen zwischen den Sozialversicherungsträgern und anderen Vertragspartnern als Ärzten, Dentisten, Apothekern, freiberuflich tätigen klinischen Psychologen bzw. freiberuflich tätigen Psychotherapeuten und Krankenanstalten" durch Gesamtverträge geregelt werden können (§ 349 Abs.3 leg.cit.). Der Abschluß derartiger Verträge ist somit zu jenen Bereichen der Geschäftsführung zu zählen, die den Versicherungsträgern im Rahmen des gesetzlich normierten Prinzips der Selbstverwaltung zur eigenständigen Vollziehung durch autonome Verwaltungskörper vorbehalten sind und auf deren Ausgestaltung dem Bundesminister für Arbeit und Soziales im Rahmen seiner Kompetenzen keine bestimmende Einflußnahme zukommt.

Mit der Untersuchung der generellen Vergabepraxis im Bereich der Heilbehelfe und Hilfsmittel wurde am 18. Juli dieses Jahres die für die Überprüfung der Gebarung der Sozialversicherungsträger und des Hauptverbandes zuständige Fachabteilung (Einschaudienst) des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales beauftragt. Die Untersuchung fand beim Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und im Hinblick auf die vorgegebene Zeit und das zur Verfügung stehende Personal stichprobenartig bei sechs Krankenversicherungsträgern, nämlich bei den Gebietskrankenkassen Wien, Niederösterreich, Oberösterreich, Tirol und Vorarlberg und bei der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (mit Unterbrechungen) vom 22. Juli bis 13. September d.J. an Ort und Stelle statt. Kriterien für die Auswahl der zu untersuchenden Krankenversicherungsträger waren deren Größe (Gebietskrankenkassen Wien, Niederösterreich und Oberösterreich), von den anderen Trägern abweichende Abgabesysteme bzw. Vergabepraktiken (Vorarlberger Gebietskrankenkasse), der Zuständigkeitsbereich hinsichtlich in der Öffentlichkeit erhobener Einzelvorwürfe (Gebietskrankenkassen Oberösterreich und Wien) und der örtliche Wirkungsbereich

(Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter und Kassen der Ostregion und der Westregion). Für die Beurteilung fachspezifischer Fragen im Bereich bestimmter Produktgruppen hat als Sachverständiger der Leiter der Bundesstaatlichen Prothesenwerkstätte Wien fallweise an der Untersuchung mitgewirkt.

Die gegenständliche Untersuchung hat keine Unrechtmäßigkeiten ergeben. Allerdings sind im kaufmännischen Bereich - sowie in anderen großen Unternehmen - Verbesserungen erforderlich und nach Ansicht der Untersuchungsorgane auch möglich.

Die durch den Hauptverband abgeschlossenen bundesweit geltenden Verträge (mit Optikern, Bandagisten und Orthopädiemechanikern sowie Orthopädienschuhmachern) sind teilweise nicht mehr aktuell. Die auf Landesebene bestehenden, größtenteils mit den Landesinnungen abgeschlossenen Verträge führten infolge der noch nicht im wünschenswerten Ausmaß vorhandenen bzw. fehlenden Koordinierung im Laufe der Zeit zu nicht erklärbaren, teilweise beachtlichen Unterschieden in der Tarifhöhe auch für durchaus vergleichbare Produkte. Es entstand der Eindruck, daß die Tarife bisher mehrheitlich von den zuständigen Innungen praktisch monopolisiert wurden. Diese "Monopolstellung" konnte zum Teil dadurch gebrochen werden, daß einige Versicherungsträger - vorwiegend im Bereich der "Handelsware" - u.a. auf dem Wege von Ausschreibungen direkt an die Erzeugerfirmen herangetreten sind und durch den dadurch entstehenden Wettbewerbsdruck in Teilbereichen erhebliche Kosteneinsparungen erzielt haben. Derzeit noch festgestellte Praktiken wie Provisionszahlungen (von Firmen an Ärzte), die geeignet sind, das Verordnungsverhalten eines Vertragspartners durch eigenwirtschaftliche Interessen zu steuern, sollen durch eine entsprechende Vertragsgestaltung in Hinkunft ausgeschlossen werden.

Zur Vertragspartnerkontrolle im Bereich Heilbehelfe und Hilfsmittel muß bemerkt werden, daß sich eine solche Kontrolle immer nur auf Stichproben beschränken kann. Andernfalls würde der für eine umfassende Überprüfung erforderliche personelle Einsatz zu einer bedeutenden Steigerung der Verwaltungsaufwendungen führen, was sicherlich in der Öffentlichkeit Kritik hervorrufen könnte. Es muß somit auch in diesem Vertragspartnerbereich von vornherein der Vertrauensgrundsatz gelten. Ein durch Vertragsverletzungen hervorgerufener Mißbrauch in Einzelfällen kann dessen ungeachtet freilich auch in Hinkunft nicht ausgeschlossen werden.

In Erkenntnis der derzeit bestehenden Mängel hat der Hauptverband bereits seit Jahren den Weg der Einbeziehung möglichst vieler Produktarten in bundesweit auszuhandelnde, gesamtvertragliche Regelungen beschritten. Verhandlungspartner zur Erreichung dieses schwierigen Zieles war dabei vorwiegend die Bundesinnung der Augentoptiker, Orthopädietechniker, Bandagisten und Hörgeräteakustiker. Nach jahrelangen, anfangs ergebnislosen Verhandlungen wurde bereits zu Beginn der 90-iger Jahre eine Einigung für eine völlig neue, zeitgemäße Systematik im Bereich der Heilbehelfe und Hilfsmittel erzielt, durch welche erstmalig eine österreichweite Qualitätsprüfung aller am Markt gängigen Produkte in diesem Bereich erfolgen sollte. In den Folgejahren erfolgte die Auflistung einer Fülle von Behelfen nach Funktions-, Indikations-, Ausführungs- und Qualitätskriterien. Ein neu geschaffenes Preisbildungssystem - ähnlich wie im Heilmittelbereich - soll dabei den Marktmechanismus zum Vorteil der Sozialversicherung ankurbeln und laut Zielvorstellung des Hauptverbandes den Gesamtaufwand auf dem Niveau des Jahres 1995 halten. In dem bereits zu Beginn des Jahres 1996 auch unter dem Druck der bekannten finanziellen Lage der Krankenversicherungsträger vom Hauptverband erarbeiteten Konsolidierungspaket, welches u.a. auch die bereits im Teil I des Berichtes behandelten Einsparungen im Heilmittelbereich z.B. durch Senkung der Handelsspannen beinhaltet, sind allein durch ein Einfrieren der Tarife bei Bandagisten für das Jahr 1997 Ausgabenminderungen von rd. 100 Mio.S vorgesehen. Eine diesbezügliche Ausgabenvolumenbegrenzung wurde seitens des Hauptverbandes bereits im Jahre 1995 ins Auge gefaßt.

Wenn es auch aus den im Bericht näher dargelegten Gründen bis heute zu keinem neuen Gesamtvertragsabschluß gekommen ist, können die bisher auf dem Verhandlungsweg erzielten Ergebnisse positiv beurteilt und in weitere Verhandlungen eingebracht werden. Bei der jedenfalls zu befürwortenden Fortsetzung der Bemühungen des Hauptverbandes um gesamtvertragliche, möglichst bundesweit einheitliche Regelungen muß jedoch - auch unter Berücksichtigung der Tatsache, daß vertraglich verhandelte Ergebnisse immer Kompromisse der beteiligten Vertragspartner darstellen - den wirtschaftlichen Interessen der Sozialversicherung in wesentlich stärkerem Ausmaß als bisher zum Durchbruch verholfen werden. Wertvolle Unterstützung können dabei die vom Gesetzgeber bereits mit der 52.Novelle zum ASVG - nicht zuletzt aufgrund der Ergebnisse der von der Schweizer Betriebsberatungsfirma Häusermann durchgeführten Organisationsanalyse der österreichischen Sozialversicherung - gesetzten Maßnahmen zur Förderung oder Sicherstellung der gesamtwirtschaftlichen Tragfähigkeit, der Zweckmäßigkeit

keit und der Einheitlichkeit der Vollzugspraxis der Sozialversicherungsträger liefern. Dazu zählen etwa die Richtlinien für die Zusammenarbeit auf dem Gebiet der automationsunterstützten Datenverarbeitung (z.B. EDV-Pilotprojekt "Folgekosten") ebenso wie die Nutzbarmachung von Kennzahlenvergleichen, um laufende Verbesserungen zu erreichen. Es muß freilich bemerkt werden, daß infolge ihres Umfanges derzeit noch nicht alle Maßnahmen zur Gänze umgesetzt bzw. eingesetzt werden. Ebenso muß festgestellt werden, daß die durch den Gesetzgeber zur Hebung der Gesamtwirtschaftlichkeit gesetzten Maßnahmen laufend verbessert bzw. ergänzt werden. So zuletzt z.B. durch die Einführung eines versicherungsträgerübergreifenden "Controlling" durch den Hauptverband im Rahmen der 53.Novelle zum ASVG. Auch das wird dazu beitragen, die im untersuchten Bereich zweifellos vorhandenen Einsparungspotentiale für die Sozialversicherung zu realisieren.

Im Hinblick auf die für die Untersuchung zur Verfügung gestandene Zeit muß sich der vorliegende Bericht auf die wesentlichen Grundzüge der Vergabepaxis der Versicherungsträger und des Hauptverbandes beschränken.

Da in der Sitzung des Nationalrates vom 13.6.1996 auch der Rechnungshof mit der Durchführung einer Sonderprüfung in derselben Angelegenheit beauftragt wurde, wird eine detaillierte Darstellung der Situation im entsprechenden Bericht des Rechnungshofes erfolgen.

Teil I

Preisgestaltung auf dem Medikamenten(Heilmittel-)sektor in Österreich

unter besonderer Berücksichtigung der diesbezüglichen Aufgaben und
Maßnahmen des Hauptverbandes der österreichischen
Sozialversicherungsträger

Inhaltsverzeichnis

I. Apotheken- und Arzneimittelwesen in Österreich	
(Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz)	1
1. Rechtsvorschriften und deren Vollziehung	1
1.1. Distributionsbereich	1
1.2. Herstellbereich	2
2. Wichtige Bestimmungen des Preisgesetzes	3
2.1. Arzneimittelpreise - Preisregelung	3
2.2. Sozialpartnerschaft im § 9 PrG	3
2.3. Der volkswirtschaftlich gerechtfertigte Preis im § 6 PrG	4
2.4. Verfahrensbestimmungen	6
3. amtswegiges Preisverfahren	7
II. Preisgestaltung aus der Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung	8
1. Sozialversicherungsrechtliche Grundlagen	8
2. Preisbildungs(Erstattungs-)system für Heilmittel (Arzneien) in Österreich	9
3. Heilmittel(Arzneimittel-)preise im internationalen Vergleich	11
4. Maßnahmen zur Kostendämpfung im Heilmittelbereich	15
4.1. Senkung der Handelsspannen im Pharmabereich	15
4.2. Weitere Maßnahmen	16

I. Apotheken- und Arzneimittelwesen in Österreich (Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz):

Bei der Behandlung des Themas "Preisfestsetzung von Arzneimitteln in Österreich" ist von folgender Rechtslage und der damit verbundenen Vollziehung der Rechtsvorschriften auszugehen:

Ansatzpunkte bilden die im Rahmen der Vollziehung vorgegebenen Rechtsvorschriften

- Preisgesetz 1992, BGBl. Nr. 145/1992
- Verordnung über die Höchstaufschläge im Arzneimittelgroßhandel vom 8.2.1995 (kundgemacht im Amtsblatt zur Wiener Zeitung am 21.2.1995)
- Österreichische Arzneitaxe, BGBl. Nr. 128/1962, zuletzt geändert durch BGBl. Nr. 275/1996.

1. RECHTSVORSCHRIFTEN und deren VOLLZIEHUNG:

Aufgrund der bestehenden wirtschaftlichen Struktur des Arzneimittelmarktes in Österreich und der daraus resultierenden Rechtssituation wird auf dem Arzneimittelsektor im Rahmen der Vollziehung eine Trennung von

- Herstellbereich (Erzeugung/Depot) sowie
- Distributionsbereich (Großhandel/Einzelhandel)

vorgenommen.

1.1. DISTRIBUTIONSBEREICH

Der Großhandelsbereich ist durch Verordnung des Bundesministeriums für Gesundheit und Konsumentenschutz über die Höchstaufschläge im Arzneimittelgroßhandel rechtlich normiert.

Eine Bemessung dieser Höchstaufschläge wurde zuletzt im Jahre 1995 vorgenommen und ist mit Wirkung 1.4.1995 in Kraft getreten.

Der Einzelhandelsbereich findet seine rechtliche Normierung in der Arzneitaxverordnung 1962.

Die Neufestsetzung der Apothekenspanne als Höchstspanne wurde darin zuletzt mit Wirkung 1.4.1995 vorgenommen.

Ausgangspunkt für die Neubemessung der Höchstspannen im Großhandels- und Einzelhandelsbereich waren dabei die im "Konjunkturbelebungs- und Stabilitätsabkommen der Bundesregierung vom

19. Oktober 1993" angeführten Maßnahmen zur Preisstabilisierung.

Darin verpflichtet sich die Bundesregierung, alle Instrumentarien zu nützen - insbesondere das Preisgesetz -, die die Preisentwicklung dämpfen.

Im Großhandelsbereich wurde dabei beschlossen, die Auswirkungen der Spannungsenkung auf die Betriebsergebnisse 1995 abzuwarten und im Anschluß daran die Bemessung dieser Distributionsspanne abzuschließen.

1.2. HERSTELLBEREICH

Für den Herstellbereich sind im Rahmen der amtlichen Preisregelung ausschließlich die Bestimmungen des Preisgesetzes 1992 wirksam, die Ergebnisse der Preisbildung werden den Firmen in Form von Einzelbescheiden zugestellt.

2. WICHTIGE BESTIMMUNGEN DES PREISGESETZES:

2.1. Arzneimittelpreise - Preisregelung

§ 3 Abs. 1 Preisgesetz:

§ 3. (1) Für die nachstehenden Arzneimittel im Sinne des Arzneimittelgesetzes, BGBl. Nr. 185/1983, in der jeweils geltenden Fassung können, ausgenommen für die Abgabe in Apotheken, volkswirtschaftlich gerechtfertigte Preise bestimmt werden, auch wenn die Voraussetzungen des § 2 nicht vorliegen:

1. Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen, die dazu bestimmt sind, für die Herstellung von Arzneimitteln verwendet zu werden,
2. Arzneyspezialitäten, mit Ausnahme der homöopathischen, der apothekeneigenen und der radioaktiven Arzneyspezialitäten

sowie mit Ausnahme jener Arzneyspezialitäten, die Fütterungsarzneimittel oder Fütterungsarzneimittel-Vormischungen sind.
3. Arzneimittel im Sinne des § 26 des Arzneimittelgesetzes.

2.2. Sozialpartnerschaft im § 9 PrG

- § 9 Abs. 3 Preisgesetz - Preiskommission

Aus der geschichtlichen Entwicklung Österreichs ist es zu verstehen, daß nach dem zweiten Weltkrieg gänzlich neue Wege der Zusammenarbeit in Politik und Wirtschaft beschritten wurden.

Diese Zusammenarbeit beruht auf einem Basiskonsens betreffend die gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und sozialen Rahmenbedingungen. Ausdruck findet dieses Modell des Zusammenwirkens vor allem dadurch, daß Arbeitnehmer- und Arbeitgeberverbände in Entscheidungsprozesse unmittelbar und maßgeblich einbezogen werden.

In diesem Geiste - von den soeben beschriebenen Rahmenbedingungen ausgehend - entstanden auch die sogenannten Wirtschaftsgesetze (Preisregelungsgesetz 1948, Marktordnungsgesetze).

Im Preisgesetz ist diese Form der Konfliktbewältigung bzw. des Interessenausgleiches durch die in § 9 Abs. 3 festgelegte Zusammensetzung der Kommission eindeutig festgeschrieben. Und auch die Tätigkeit der Kommission ist vom Geiste dieser Zusammenarbeit getragen.

2.3. Der volkswirtschaftlich gerechtfertigte Preis im § 6 PrG

- § 6 Preisgesetz

"Preise sind im Sinne dieses Bundesgesetzes **volkswirtschaftlich gerechtfertigt**, wenn sie sowohl den bei der Erzeugung und im Vertrieb jeweils bestehenden **volkswirtschaftlichen** Verhältnissen als auch der jeweiligen **volkswirtschaftlichen** Lage der Verbraucher bestmöglich entsprechen."

Der VwGH hat dazu im Jahre 1992 in seinem Erkenntnis (VwGH 89/17/0166-0169) wie folgt angeführt:

"Diese Bestimmung verlangt also den bestmöglichen Ausgleich von zwei in der Regel einander entgegengesetzten Interessenslagen, nämlich jener der Produzenten und Händler einerseits, der Konsumenten andererseits.

Auf der Unternehmerseite wird es zunächst auf die betrieblichen Verhältnisse, freilich nicht auf die des konkreten Betriebes, sondern "volkswirtschaftlichen Verhältnisse" - **auf die typischen Verhältnisse rationell geführter Betriebe der betreffenden Branche** - ankommen. Diese Preise müssen für die Erzeugerseite grundsätzlich kostendeckend sein; darüber hinaus sind auch die im Gesamtinteresse vertretbaren Gewinnspannen in Rechnung zu stellen.

Die Bedachtnahme auf die "jeweilige wirtschaftliche Lage" der Verbraucher wiederum bedeutet zunächst, daß der Preis für die als Abnehmer des Gutes in Betracht kommende Verbraucherschicht erschwinglich sein muß, erfordert aber weiters die Berücksichtigung der gesamtwirtschaftlichen Auswirkungen der Preise und der Verhältnisse der gesamten Volkswirtschaft.

Nach dem oben Gesagten kommt es (auf der Unternehmerseite) nicht auf die betrieblichen Verhältnisse eines konkreten Betriebes, sondern auf die typischen Verhältnisse rationell geführter Betriebe der betreffenden Branche an. Dies ist auch vor dem Hintergrund zu sehen, daß das Recht der Preisregelung das allgemeine Preisniveau unter Kontrolle halten will und nicht die Preisgestaltung eines einzelnen Wirtschaftssubjektes".

Zu beachten gilt es bei diesen Ausführungen, daß damit die wirtschaftliche Lage der Verbraucher **in Österreich** und die bei Erzeugung bzw. Vertrieb bestehenden volkswirtschaftlichen Verhältnisse **in Österreich** angesprochen sind.

Das Erkenntnis des VwGH führte in der Folge dazu, daß die bis zu diesem Zeitpunkt der Vollziehung zu Grunde liegenden Preisanträge (Kalkulationschemata) je Produkt weitgehend verändert wurden.

Zwei Vorgaben galt es dabei auf einen gemeinsamen Nenner zu bringen:

- dem Erkenntnis des VwGH im Rahmen der Vollziehung des Preisgesetzes raschest Folge zu leisten
- die Verfahren zügig zu einem korrekten Abschluß zu bringen.

- 5 -

Das Ergebnis der Verhandlungen lautete wie folgt:

- das Vorprüfungsverfahren wird in zwei Phasen geteilt
- in der Phase 1 des Vorprüfungsverfahrens wird von der Annahme ausgegangen, daß es zu einer einvernehmlichen Lösung zwischen Anbietern und der Nachfrageseite kommt.

In diesem Sinne sind auch die Anträge (Kalkulationschemata) für in Österreich erzeugte Produkte sowie Depotprodukte aufgebaut.

Anzumerken wäre in diesem Zusammenhang, daß bei

- Erzeugerkalkulationen

Informationen und Daten der Anbieterseite zur Darlegung der Kostenstruktur in sehr vereinfachter Form vorliegen (Tangenten in der Kalkulation);

sich die Nachfrageseite in einer volkswirtschaftlich sehr reduzierten Darstellung an den Preisen substituierbarer Produkte orientiert;

- Depotkalkulation

die Anbieterseite die Kalkulation für das betreffende Produkt größtenteils durch die Angabe des Preises im Erzeugerland bzw. im EU-Raum abdeckt, die Nachfrageseite die Form der Vergleichspreise von Substitutionsprodukten beibehält.

Diese sehr vereinfachte Form der Darlegung der jeweiligen Standpunkte soll gewährleisten, daß bei einem überwiegenden Teil der Produkte die Möglichkeit einer raschen konsensualen bzw. einvernehmlichen Lösung gefunden werden kann.

- Für jene Anträge, bei denen diese einvernehmliche Lösung in der

Phase 1 des Vorprüfungsverfahrens nicht gefunden werden kann, sind exakt jene Vorgangsweisen zu wählen, die der Verwaltungsgerichtshof in seinem zitierten Erkenntnis vorgegeben hat

- der Antragsteller hat Informationen bezüglich einer detaillierten Darstellung seiner Kostenstruktur und seiner betriebswirtschaftlichen Daten beizubringen

(Betriebseinschau nach § 11 PrG muß diese Daten bestätigen)

- die Nachfrageseite hat eine ausführliche schriftliche Darlegung ihrer Bewertung bzw. der volkswirtschaftlichen Auswirkungen des Preisantrages zu geben

- das Bundesministerium muß bei der Entscheidungsfindung eine **branchenspezifische Musterkalkulation** den Angaben des Antragstellers gegenüberstellen und letztlich mit den Ausführungen der Nachfrager abwägen.

Dabei gilt es zu berücksichtigen, daß die Kostenstruktur pharmazeutischer Betriebe ganz entscheidend von

- Produktionsprogramm
- Produktionstiefe
(Selbsterstellung oder Fremdbezug von Wirkstoffen)
- Umfang der Forschung
- Ausmaß der wissenschaftlichen Information und Werbung

geprägt wird.

Die Strukturierung der Kalkulation kann dabei von folgenden Angaben nur unwesentlich abweichen:

- Herstellkosten im engeren Sinn (einschließlich Qualitätskontrolle)
- Forschungs-, Entwicklungs-, Lizenzkosten
- wissenschaftliche Information
- Werbung
- Vertrieb
- allgemeine Kosten (Verwaltung, Finanzierung, sonstiger Aufwand Gewinn)

2.4. Verfahrensbestimmungen

- § 10 PrG

Preise können von Amts wegen oder auf Antrag bestimmt werden.

Diese Gesetzesbestimmung bringt eindeutig zum Ausdruck, daß es im Rahmen der Vollziehung zwei Vorgangsweisen der Behörde gibt:

- jene Verfahren, bei denen von den Firmen ein Antrag auf Preisfestsetzung eingebracht wird;
- von Seiten der Behörde eingeleitete Verfahren zur Preisbestimmung.

Bis zum Jahre 1995 wurden trotz dieser gesetzlichen Regelung nur antragsgemäße Verfahren in der Preiskommission durchgeführt. Erst durch den Umstand, daß

- zahlreiche Arzneimittel zugelassen wurden, o h n e daß von Seiten der Firmen Preisanträge gestellt wurden

- genehmigte Höchstpreise von Arzneimitteln fast nur dann von den Firmen durch Antrag eingereicht wurden, wenn eine Preisänderung (Preiserhöhung) gefordert wurde (bei Preissenkungen bestand firmenseits verständlicherweise kein Interesse);

führte in der Preiskommission zu einer von der Konsumentenseite (Bundesarbeitskammer) eingeleiteten heftigen Diskussion.

Als Folge der darauf folgenden Beratungen wurde in der Preiskommission der Beschluß gefaßt, entsprechend der gesetzlichen Bestimmung des § 10 PrG amtswegige Preisverfahren durchzuführen.

Die ständige - und im Augenblick besonders heftig geführte - Diskussion um überhöhte Arzneimittelpreise bestätigt die Notwendigkeit und Richtigkeit dieser Vollziehungsmaßnahme.

3.AMTSWEGIGES PREISVERFAHREN:

Das amtswegige Preisverfahren ist dadurch gekennzeichnet, daß

- der Richtlinie des Rates vom 21. Dezember 1988, 89/105/EWG, (Transparenzrichtlinie)

sowie

- dem Erkenntnis des Verwaltungsgerichtshofes (VwGH-Erk. 1992)

entsprochen wird, d.h. eine Gleichwertigkeit bei der Behandlung von Erzeugungsbereich und Depotbereich gewährleistet ist.

In diesem Zusammenhang wurde kürzlich ein neues Kalkulationsschema für die in Österreich erzeugten Produkte (Herstellkalkulation) als Basis der Angebotsseite beschlossen.

Die Nachfrageseite bezieht sich in ihrer Stellungnahme so wie im antragsgemäßen Verfahren auf Vergleichsprodukte.

II. Preisgestaltung aus der Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung:

1. SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHE GRUNDLAGEN:

Heilmittel umfassen gemäß § 136 Abs.1 ASVG die notwendigen Arzneien und die sonstigen Mittel, die zur Beseitigung oder Linderung der Krankheit oder zur Sicherung des Heilerfolges dienen. Gemäß Abs.2 derselben Bestimmung werden die Kosten der Heilmittel vom Träger der Krankenversicherung durch Abrechnung mit den Apotheken übernommen.

Im Rahmen der Wahrnehmung der allgemeinen und gesamtwirtschaftlichen Interessen im Vollzugsbereich der Sozialversicherung obliegt dem Hauptverband gemäß § 31 Abs.2 Z 1 in Verbindung mit Abs.3 Z 12 ASVG die Herausgabe eines Heilmittelverzeichnisses, wobei darauf Bedacht zu nehmen ist, daß die Krankenbehandlung ausreichend und zweckmäßig sein muß, das Maß des Notwendigen jedoch nicht überschreiten darf. Durch die als Sachleistung zu erbringende Krankenbehandlung, die auch die Heilmittel umfaßt, sollen die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit und die Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, nach Möglichkeit wiederhergestellt, gefestigt oder gebessert werden. Im Heilmittelverzeichnis sind jene Arzneispezialitäten anzuführen, die entweder allgemein oder unter bestimmten Voraussetzungen (z.B. für gewisse Krankheitsgruppen oder Altersstufen von Patienten, in bestimmter Menge oder Darreichungsform) ohne die sonst notwendige chef- oder kontrollärztliche Bewilligung für Rechnung der Sozialversicherungsträger abgegeben werden können. In diesem Verzeichnis sind ferner jene Stoffe für magistrale Zubereitungen anzuführen, die entweder allgemein oder unter bestimmten Voraussetzungen nur mit vorheriger chef- oder kontrollärztlicher Bewilligung für Rechnung der Sozialversicherungsträger abgegeben werden können.

Zur Förderung oder Sicherstellung der gesamtwirtschaftlichen Tragfähigkeit, der Zweckmäßigkeit und der Einheitlichkeit der Vollzugspraxis der Sozialversicherungsträger hat der Hauptverband darüberhinaus gemäß § 31 Abs.2 Z 3 in Verbindung mit Abs.5 Z 13 ASVG Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen aufzustellen. In diesen Richtlinien soll insbesondere auch unter Bedachtnahme auf die Art und Dauer der Erkrankung bestimmt werden, inwieweit Arzneispezialitäten für Rechnung der Sozialversicherungsträger abgegeben werden können; durch die Richtlinien darf der Heilzweck nicht gefährdet werden.

2. PREISBILDUNGS(ERSTATTUNGS-)SYSTEM FÜR HEILMITTEL (ARZNEIEN) IN ÖSTERREICH:

Die Zuständigkeit für die Arzneimittelzulassung liegt - wie bereits festgestellt - beim Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz. Kriterien für die Zulassung sind Sicherheit, Qualität und Effizienz. In Österreich unterliegen Arzneyspezialitäten einer gesetzlichen Preisregelung. Zuständig für die Festsetzung eines „volkswirtschaftlich gerechtfertigten Höchstpreises“ ist das genannte Bundesministerium. Als beratendes Organ für die Preisbestimmung fungiert die „Preiskommission“.

Das früher geltende Preisantragskalkulationsschema, welches neben den Herstellungskosten noch Gemeinkostenzuschläge und allenfalls Lizenzkosten bzw. für Importprodukte (Arzneyspezialitäten, deren Arzneiformgebung im Ausland erfolgt) die Importfaktura, Importspesen, Verpackungskosten und die Handelsspanne des Importeurs berücksichtigte, wird nunmehr um EU-weite Preisvergleiche (Maximum: EU-Durchschnittspreis) für die Beurteilung der Preisanträge ergänzt. Auch Preisveränderungen bedürfen der Zustimmung der Preiskommission und werden per Bescheid genehmigt. Die Großhandelsmarge ist durch Verordnung zum Preisgesetz amtlich festgelegt, die Apothekenspannen sind in der österreichischen Arzneitaxe geregelt. Für Privatkäufer wird ein zusätzlicher Aufschlag verrechnet. Apothekeneinstandspreis (AEP) zuzüglich des jeweiligen Apothekenaufschlages und des Aufschlages für Privatkäufer und Mehrwertsteuer ergeben den Apothekenverkaufspreis, der zu bezahlen ist, wenn auf eigene Rechnung (und nicht auf Rechnung eines Sozialversicherungsträgers) Arzneimittel in der Apotheke erworben werden.

Begünstigte Bezieher

Die Sozialversicherungsträger, Bund, Länder, Gemeinden, Krankenanstalten und andere begünstigte Bezieher erhalten einen in der Arzneitaxe festgelegten Nachlaß, der von der Jahresumsatzsumme der rechnungslegenden Apotheken mit den begünstigten Beziehern abhängt. Für das Jahr 1992 betrug z.B. der durchschnittliche Nachlaß für die Sozialversicherung rd. 6,9 %. Circa 75 % des Apothekenumsatzes werden in Österreich auf Rechnung der Krankenversicherungsträger durchgeführt.

Erstattung

Jede zugelassene Arzneyspezialität, die zur Krankenbehandlung notwendig ist, wird grundsätzlich durch Abrechnung mit öffentlichen Apotheken bzw. hausapothekenführenden Ärzten erstattet, wenn ein von einem Vertragsarzt, einer Vertragseinrichtung oder einer eigenen Einrichtung ausgestelltes gültiges Krankenkassenrezept oder ein gültiger Verordnungsschein vorliegt. Gemäß den Bestimmungen der Gesamtverträge hat der Vertragsarzt bei der Verschreibung und der Apotheker bei der Abgabe von Heilmitteln für Rechnung der Krankenversicherungsträger die Bestimmungen der Richtlinien des Hauptverbandes über die ökonomische Verschreibweise zu beachten.

Zu unterscheiden ist zwischen jenen Arzneyspezialitäten, die entweder allgemein oder unter bestimmten Voraussetzungen ohne eine weitergehende Beschränkung, und jenen Arzneyspezialitäten, die nur mit vorheriger chef(kontroll)ärztlicher Bewilligung für Rechnung der Krankenversicherungsträger abgegeben werden dürfen. Die erste Gruppe ist

im Heilmittelverzeichnis enthalten, in welches nur zugelassene Arzneien aufgenommen werden. Die Entscheidung über die Aufnahme trifft der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger nach Empfehlungen des Fachbeirates für Arzneimittelwesen.

Aufgaben und Zusammensetzung des Fachbeirates für Arzneimittelwesen

Der Fachbeirat hat den Hauptverband bei der Herausgabe des Heilmittelverzeichnisses zu beraten, indem er über die Aufnahme von Arzneyspezialitäten in dieses Verzeichnis eine Empfehlung abgibt. Alle Arzneyspezialitäten, die im Inland zur Abgabe in Apotheken zugelassen sind, hat der Fachbeirat bezüglich ihrer freien Verschreibbarkeit unter Bedachtnahme auf ihre therapeutische Wirksamkeit, medizinische Notwendigkeit und ökonomische Zweckmäßigkeit zu beurteilen. Das heißt, daß neben medizinischen Aspekten auch der Preis bei der Entscheidung darüber eine Rolle spielt, ob eine Arzneimittelspezialität in das Heilmittelverzeichnis aufgenommen wird. Damit wird auf diesem Weg die Preisgestaltung wesentlich beeinflusst, wobei dem Hauptverband eine führende Rolle zukommt. Dieser hat nämlich für alle zur Abgabe im Inland neu zugelassenen Arzneyspezialitäten die Prüfung hinsichtlich ihrer freien Verschreibbarkeit einzuleiten, wenn die Zulassung amtlich kundgemacht worden ist. Dabei sind neben der Zusammensetzung, den Anwendungsgebieten und den Packungsgrößen des neuen Produktes auch die Preise zu erheben. Zu diesem Zweck werden auch Kostenvergleiche auf Basis des Apothekeneinstandspreises für chemische (praktisch) identische Präparate und pharmakologisch verwandte Präparate durchgeführt. Eine erste Vorprüfung erfolgt durch den Hauptverband im Rahmen einer Besprechung, zu der u.a. ein Vorsitzender des Fachbeirates, der beratende Arzt des Hauptverbandes und die leitenden Chefärzte der Gebietskrankenkassen und der Sondernversicherungsträger beizuziehen sind. Dabei soll ein Vorschlag für die Empfehlung des Fachbeirates erarbeitet werden. Nach einer allenfalls notwendigen Anhörung von Vertretern jenes Pharmaunternehmens, dessen neues Produkt aufgenommen werden soll, erfolgt eine zweite Vorprüfung, deren Ergebnis dem Fachbeirat anlässlich der nächsten Sitzung als Vorschlag vorzulegen ist. Der Fachbeirat faßt seine Empfehlung mit Stimmenmehrheit, wobei diese Empfehlung auf „frei verschreibbar“, „frei verschreibbar für längstens zwei Jahre“, „frei verschreibbar bis zu oder ab einer bestimmten Altersstufe“ bis hin zu „nicht frei verschreibbar“ lauten kann.

Der Fachbeirat besteht unter anderem aus zwei Vertretern von Universitätsinstituten für Pharmakologie, dem beratenden Arzt des Hauptverbandes, sieben Chefärzten von Krankenversicherungsträgern, Vertretern der österreichischen Apothekerkammer und der österreichischen Ärztekammer, Vertretern der Wirtschaftskammer Österreich und der Bundeskammer für Arbeiter und Angestellten.

3. HEILMITTEL (ARZNEIMITTEL-) PREISE IM INTERNATIONALEN VERGLEICH:

Das österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen hat im Jahre 1993 eine vom Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz in Auftrag gegebene und mit Unterstützung der Bundesarbeitskammer und des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger erstellte diesbezügliche Studie veröffentlicht.

Als zusammengefaßtes Ergebnis dieses Vergleiches, in dem neben Österreich acht weitere europäische Staaten (Deutschland, Schweden, Schweiz, Dänemark, Frankreich, Großbritannien, Italien und die Niederlande) einbezogen wurden, ist im wesentlichen festzustellen, daß bei Betrachtung der mittleren Preisabstände der Fabriksabgabepreise bezogen auf Österreich (Österreich = 100) die Arzneimittelpreise in der Schweiz um 56 %, in Dänemark um 48 %, in Deutschland um 45 %, in den Niederlanden um 27 %, in Schweden um 16 % und in Großbritannien um 2 % teurer sind als in Österreich. In Frankreich sind die Arzneimittelpreise im Mittel um 29 % und in Italien um 6 % billiger.

Beim Vergleich der mittleren Preisabstände des Apotheken-Einstands-Preises (Österreich = 100) sind die AEP's wiederum in der Schweiz um 52 % teurer, nunmehr gefolgt von Deutschland (41 %), Dänemark (36 %), Niederlande (26 %); der Abstand zu Schweden verringert sich auf ein Prozent. Auf dieser Distributionsstufe sind erstmals in Großbritannien die Preise im Mittel um 3 % billiger. Bezogen auf Italien (13 %) und Frankreich (34 %) vergrößert sich der Preisabstand.

Die Apothekenverkaufspreise sind in allen Ländern - bis auf die Schweiz (kartellierte Preise) - amtlich reguliert. Bei der Interpretation der mittleren Preisabstände des Apothekenverkaufspreises exkl. Ust. ist zu bedenken, daß es sich bei den hier verglichenen Apothekenverkaufspreisen um Listenpreise handelt. Die Listenpreise werden in Österreich für ca. 25 % des Arzneimittelumsatzes geltend gemacht. Für die restlichen 75 % kommt ein niedrigerer "Krankenkassenpreis" zum Tragen. Ein niedrigerer „Krankenkassenpreis“ kommt jedenfalls auch in Deutschland, Italien und Großbritannien zum Tragen. Bei der Interpretation des AVP's müßte für alle Länder detailliert berücksichtigt werden, wer der tatsächliche „Käufer“, das heißt entweder das Sozialversicherungssystem oder die „privaten Endverbraucher“, der Arzneyspezialität ist. Diese Differenzierung ist jedoch nur schwer möglich und war daher im Rahmen dieser Studie nicht beabsichtigt. Auch aus diesem Grunde wurde auf eine Umrechnung mittels Kaufkraftparitäten, die für einen Preisvergleich aus Konsumentensicht sinnvoller wäre, verzichtet.

Unter den vorhin ausgeführten Einschränkungen kann jedoch festgestellt werden, daß sich der Abstand des österreichischen Apothekenverkaufspreises - vor allem bezogen auf den „privaten Endverbraucher“ - gegenüber den bislang höherpreisigen Ländern verringert (die schwedischen AVP's sind nunmehr niedriger als in Österreich) und gegenüber den niedrigpreisigeren Ländern vergrößert.

Mit Ausnahme von den Niederlande, Dänemark, der Schweiz und Schweden (Anmerkung: in Schweden gibt es nur zwei Großhändler, wobei einer verstaatlicht ist) werden die Großhandelsaufschläge amtlich festgesetzt. Österreich wies hier zum Zeitpunkt der Untersuchung den höchsten Aufschlagsatz mit 20 % auf, es folgten die Niederlande (19 %), Deutschland (18 %), die Schweiz (16,3 %), Großbritannien (14,28 %), Dänemark (12,3 %), Italien (11,3 %), Frankreich (10,74 %) und Schweden (4,7 %). Auch unter Berücksichtigung des Umstandes, daß bei einem Vergleich der Höhe der prozentuellen

Großhandelsaufschläge stets das zugrundeliegende Preisniveau auf Herstellerebene zu bedenken sei, ist der österreichische Großhandelsaufschlag im Vergleich mit den „niedrigpreisigeren“ Ländern auf Herstellerebene wie Frankreich, Italien und etwa annähernd gleich hohen mittleren Fabriksabgabepreisen wie in Großbritannien bedeutend höher und zwar gegenüber Frankreich um 9,26 %-Punkte, gegenüber Italien um 8,7 %-Punkte und Großbritannien um 5,7 %-Punkte.

Beim Vergleich der ermittelten mittleren Apothekenaufschlagsätze gelten dieselben Einschränkungen wie beim Preisniveauvergleich AVP. Österreich liegt bezogen auf den Aufschlagsatz, der beim „privaten Endverbraucher“ lukriert werden kann, mit 74,65 % an der Spitze (betrifft 25 % des Arzneimittelumsatzes), bezogen auf den effektiven Kassapreis (betrifft 75 % des Arzneimittelumsatzes) ergibt sich ein Aufschlagsatz von 51 %. Bei Geltendmachung des gesetzlich vorgesehenen Rabattes (1992: durchschnittlich 6,9 %) ergibt sich für begünstigte Bezieher ein durchschnittlicher Aufschlagsatz von ca. 41 %.

Auch die in beinahe allen Ländern geübte Praxis der Gewährung von Großhandelsrabatten - die natürlich den effektiven Apothekenaufschlag erhöhen und den Großhandelsaufschlag verringern - konnte hier nicht berücksichtigt werden.

Resümierend kann festgehalten werden, daß auf allen Preisstufen die Schweiz, Deutschland, Dänemark und Niederlande ein bedeutend höheres Preisniveau als Österreich aufweisen. Die mittleren Arzneimittelpreise in Italien und Frankreich sind auf allen Preisstufen eindeutig niedriger als in Österreich.

Die mittleren Fabriksabgabepreise sind in Großbritannien nur geringfügig teurer (2 %), die Apothekeneinstandspreise sind billiger als in Österreich; auch in Bezug auf Schweden gleichen sich die Apothekeneinstandspreise an. Österreich positioniert sich beim AEP-Niveau innerhalb der verglichenen Länder im Mittelfeld.

Die Preisabstände verringern sich im Vergleich zu Österreich, je höher die Distributionsstufe ist. Allen Ländern ist gemeinsam, daß der Arzneimittelmarkt reguliert wird. Unterschiede gibt es in der Intensität und im Umfang der (staatlichen) Eingriffe.

„Relativ freie Preisbildung“ am Arzneimittelsektor bewirkt offensichtlich - in Zusammenhang mit dem durchgeführten Preisvergleich gesehen - ein hohes Preisniveau. Ein hohes Herstellerpreisniveau setzt sich - bedingt durch prozentuelle Aufschlagsätze - auch auf allen folgenden Distributionsstufen fort.

Die Gründe für bestehende Preisunterschiede am Arzneimittelmarkt allein auf unterschiedliche Regulierungssysteme zurückzuführen, ist eine monokausale Betrachtungsweise, weil andere Ursachen, wie beispielsweise Marketingstrategien der multinationalen Unternehmen, Auf- und Abwertungen, unterschiedliche Lohnkosten sowie unterschiedliche Verschreibungshäufigkeit und Konsumgewohnheiten die Preisniveaus beeinflussen.

Trotz bereits erfolgter und fortdauernder Bemühungen, kostendämpfende Maßnahmen in Form von Umgestaltungen innerhalb des Preisbildungs- und Erstattungs-systems zu setzen, bleibt das Problem der Eindämmung der Ausgaben für die Arzneimittelversorgung in den Einzelstaaten anhaltend bestehen. Nicht zuletzt deshalb ist eine obligate (Preis-)Regulierung auf den Arzneimittelmärkten üblich, da der Preiswettbewerb als Steuerungsinstrument durch strukturell bedingte Informationsnachteile der Patienten über

die Wirkungsweise und Verwendung von Arzneimitteln, durch eine relativ unelastische Nachfrage und durch oligopolistische Spielräume innovativer und/oder multinationaler Unternehmen stark begrenzt ist.

In einer vom „Industriewissenschaftlichen Institut“ verfaßten und im Jahre 1995 veröffentlichten Studie zum selben Thema wurden im Durchschnittspreisvergleichsverfahren (Analyse der Arzneimittel des gesamten Apothekenmarktes mit dem Ergebnis eines durchschnittlichen Packungspreises in den einzelnen Ländern) die Preisniveaus von 16 Ländern (Österreich, Belgien, Dänemark, Deutschland-Ost, Deutschland-West, Finnland, Frankreich, Irland, Italien, Griechenland, Großbritannien, Niederlande, Portugal, Schweden, Schweiz und Spanien) untersucht.

1993 wies Österreich für den Gesamt-Apothekenmarkt einen durchschnittlichen Fabriksabgabepreis (FAP) von S 67,- je Packung auf. Damit liegt Österreich an 12.Stelle unter den 16 untersuchten Ländern (1.Stelle = Höchstpreis). In Dänemark (S 117,-), den Niederlanden (S 115,-) und Schweden waren (umgerechnet mit offiziellen Jahresdevisenmittelkursen) FAP zu verzeichnen, die fast doppelt so hoch liegen wie die österreichischen. In Deutschland-West und in der Schweiz lag der FAP bei S 91,- bzw. S 94,-. In Portugal

(S 65,-), Spanien (S 51,-), Frankreich (S 49,-) sowie in Griechenland (S 44,-) lag der FAP unter dem österreichischen Niveau.

Nach Aufschlag der Großhandelsspanne lag Österreich auch beim Apothekeneinkaufspreis (AEP) mit S 80,- ähnlich. Der Vergleich wird auch auf dieser Preisstufe von den Niederlanden, Dänemark und Schweden angeführt. Die niedrigsten AEP sind wiederum in Portugal, Spanien, Frankreich und Griechenland zu verzeichnen.

Durch Hinzurechnung der Apothekenzuschlagssätze auf den durchschnittlichen AEP ergibt sich der durchschnittliche Apothekenverkaufspreis (AVP) ohne Umsatzsteuer. Österreich ist in dieser Preisebene bereits auf den 10.Platz vorgerückt und nunmehr mit S 121,- vor Irland (S 144,-) und Italien (S 100,-) platziert.

Auch diese Studie beweist, daß Österreich mit zunehmender Distributionsstufe teurer wird. Beim Fabriksabgabepreis liegt Österreich eindeutig im unteren Drittel der untersuchten Länder.

Heilmittelpreisvergleich Deutschland-Österreich

Ausgehend von dem in der zuvor behandelten IWI-Studie ermittelten durchschnittlichen Fabriksabgabepreis für Österreich in der Höhe von S 67,- und Deutschland-West in der Höhe von S 91,- ergibt sich in diesem vom Hauptverband durchgeführten Vergleich (siehe auch nachstehende Tabelle) bei einem vor dem 1.4.1995 bestehenden Großhandelszuschlag von 20 % in Österreich ein Apothekeneinstandspreis von S 80,-. Nach der erreichten Reduzierung der Großhandelsspanne auf durchschnittlich 17 % beträgt der Apothekeneinstandspreis ab 1.4.1995 S 78,40. Durch Hinzurechnung der Apothekenzuschlagssätze (auf Basis echter Verbrauchszahlen) auf den durchschnittlichen Apothekeneinkaufspreis ergibt sich der durchschnittliche Apothekenverkaufspreis ohne Umsatzsteuer, der vor dem 1.4.1995 S 121,- betrug und ab dem 1.4.1995 S 118,70 beträgt.

Heilmittel

Vergleich Deutschland/Österreich

Preise in öS auf den Preisebenen KV + Privatbezug	Österreich		BRD	Differenz Ö/BRD in %	
	<u>ab 1.4.95</u>				
Hersteller (Depositeur)	67,-- ²		91,-- ²	+ 35 %	
<i>Zuschlag Großhandel¹</i>	20 %	17 %	15,9 %		
Apothekeneinstandspreis	80,-- ²	78,4	106,-- ²	+ 32 %	+ 35 %
<i>Zuschlag Apotheker¹</i>	51,4 % ¹		44,7 % ¹		
Apothekenverkaufspreis ohne USt. ¹	121,--	118,7	153,--	+ 26,4 %	+ 29 %
<i>USt.</i>	20 %		15 %		

Abgabe für Rechnung der Krankenversicherungsträger	Österreich	BRD ³	Differenz Ö/BRD in %
1993 Verordnungen	90,4 Mio	944 Mio	
Kosten	13,3 Mrd S	29,5 Mrd DM (206,5 Mrd S)	
Kosten pro Verordnung	147,10 öS	218,75 öS 31,25 DM	+ 48,8 %
1994 Verordnungen	92,4 Mio	915 Mio	
Kosten	14,4 Mrd S	30,9 Mrd DM (216,3 Mrd S)	+ 48,8 %
Kosten pro Verordnung	155,80 öS	236,4 öS 33,77 DM	+ 51,7 %

Quelle: ¹ ÖBIG Einwohner BRD 81 Mio
² IWI 95 Einwohner Österreich 7,9 Mio
³ Arzneimittelreport 94/95

4. MAßNAHMEN ZUR KOSTENDÄMPFUNG IM HEILMITTELBEREICH:

4.1. Senkung der Handelsspannen im Pharmabereich

Während durchschnittliche Aufwandssteigerungen von 10 % den Heilmittelbereich in den letzten Jahren kennzeichneten, konnte der Kostenzuwachs im Jahre 1995 erstmals wieder gemildert werden. Hauptverantwortlich dafür waren zum einen die Bemühungen der Krankenversicherungsträger, die verstärkte Verordnung kostengünstiger gleichwertiger Arzneimittel zu erreichen, zum anderen erzielte Spannungsenkungen im Drogengroßhandelsbereich.

Bereits im Jahre 1993 wurde der Versuch unternommen, eine Senkung der Großhandelsspanne zu erreichen und wurde zu diesem Thema ein Arbeitskreis der Preiskommission gebildet. Die von den Sozialpartnern ausgehandelten und ab 1.4.1995 geltenden bzw. verordneten Großhandelsspannen (vor diesem Zeitpunkt betrugen die Spannen einheitlich 20 %) wurden - wie aus der nachfolgenden Übersicht hervorgeht - nach Fabriks(Depot-)abgabepreisen in degressiven Prozentsätzen gestaffelt und mit einem Höchstbetrag von S 450,- ab einem Fabriksabgabepreis von S 4.500,01 begrenzt. Die stärkere Degression bei den Zuschlagssätzen für Apotheker wurde durch die Änderung der Betragsgrenzen ausgeglichen, sodaß de facto in der Apothekenspanne keine Änderung eingetreten ist.

DROGENGROßHANDELSSPANNE

für Humanarzneispezialitäten

Bei Arzneispezialitäten mit einem Fabriks(Depot)Abgabepreis

	bis S	83,33	beträgt der Zuschlag	20 %
von S	83,34	bis S	84,74	AEP S 100,-
von S	84,75	bis S	166,67	beträgt der Zuschlag 18 %
von S	166,68	bis S	169,54	AEP S 196,67
von S	169,55	bis S	333,33	beträgt der Zuschlag 16 %
von S	333,34	bis S	339,18	AEP S 386,66
von S	339,19	bis S	1.250,00	beträgt der Zuschlag 14 %
von S	1.250,01	bis S	1.272,32	AEP S 1.425,-
von S	1.272,33	bis S	2.500,00	beträgt der Zuschlag 12 %
von S	2.500,01	bis S	2.545,45	AEP S 2.800,-
von S	2.545,46	bis S	4.500,00	beträgt der Zuschlag 10 %
ab S	4.500,01			höchstens S 450,-

APOTHEKERSPANNE

vor dem 1.4.1995

Bei Arzneispezialitäten mit einem Fabriks(Depot)Abgabepreis

	bis S	35,00	beträgt der Zuschlag	60 %
von S	35,91	bis S	101,00	beträgt der Zuschlag 56 %
von S	105,01	bis S	202,50	beträgt der Zuschlag 50 %

von S 209,32 bis S 337,50 beträgt der Zuschlag 45 %
von S 349,65 bis S 812,50 beträgt der Zuschlag 40 %
von S 842,60 bis S 1.190,00 beträgt der Zuschlag 35 %
von S 1.235,78 bis S 1.500,00 beträgt der Zuschlag 30 %
ab S 2.250,00 bis S beträgt der Zuschlag 20 %

APOTHEKERSPANNE

ab 1.4.1995

Bei Arzneyspezialitäten mit einem Fabriks(Depot)Abgabepreis

 bis S 101,00 beträgt der Zuschlag 56 %
von S 105,01 bis S 216,00 beträgt der Zuschlag 50 %
von S 223,46 bis S 362,00 beträgt der Zuschlag 45 %
von S 375,01 bis S 868,50 beträgt der Zuschlag 40 %
von S 900,75 bis S 1.249,50 beträgt der Zuschlag 35 %
von S 1.297,70 bis S 1.500,00 beträgt der Zuschlag 30 %
von S 1.560,01 bis S 1.800,00 beträgt der Zuschlag 25 %
von S 1.875,01 bis S 2.800,00 beträgt der Zuschlag 20 %
ab S 2.921,75 bis S 5.000,00 beträgt der Zuschlag 15 %
ab S 5.111,12 beträgt der Zuschlag 12,5 %

In einer Stellungnahme zur oben dargelegten Neufestsetzung des Großhandelsaufschlages an die Preiskommission hat die Bundesarbeitskammer nicht zuletzt aufgrund der bereits behandelten, sich mit Arzneimittelpreisen im internationalen Vergleich befassenden Studien ausdrücklich festgehalten, daß ihres Erachtens eine stärkere Senkung des Aufschlages im Bereich des Arzneimittelgroßhandels gerechtfertigt ist. Dies unterstreichen insbesondere die vom Großhandel gewährten Nachlässe (z.B. Rabatte und Skonti), die nicht an die Kostenträger wie z.B. die Sozialversicherung weitergegeben werden. Eine neuerliche Prüfung der Handelsspanne nach Ablauf von zwölf Monaten ab Neufestsetzung, das war der 1.4.1995, wurde für notwendig erachtet.

Da die Umsätze im Großhandels- und Apothekenbereich im Jahr 1995 und insbesondere in den ersten vier Monaten 1996 überdurchschnittliche Zuwächse zeigten, hat sich der Hauptverband mit Schreiben vom 29. Juli 1996, Zl.38-68.2/96 Sn/Rr, an die Frau Bundesminister für Gesundheit und Konsumentenschutz mit dem Ersuchen gewandt, eine neuerliche Spannensenkung im Drogengroßhandels- und Apothekenbereich zu prüfen bzw. zu verordnen und zugleich zur Prüfung der Aufschläge im Apothekenbereich die Taxkommission einzuberufen. Eine diesbezügliche Sitzung der Arzneitaxkommission war für Oktober d.J. geplant. Beim Hauptverband ist zur Erreichung dieses Zieles ein Arbeitskreis eingesetzt.

4.2. Weitere Maßnahmen

Das im Heilmittelbereich für das Jahr 1997 angenommene Einsparungspotential in der Höhe von 1 Milliarde Schilling soll neben der bereits behandelten Senkung der Handelsspanne durch engere Preisbänder bei gleich wirksamen Präparaten erreicht werden. Der Hauptverband hat zu diesem Zweck bereits Anfang August 1996 43 pharmazeutische Unternehmen zur Diskussion der Preise einiger ausgewählter (115)

Präparate angeschrieben. Als rasch umzusetzende Maßnahme sollen im Heilmittelverzeichnis die Preisabstände zwischen den wirkstoffgleichen und therapeutisch gleichwertigen Arzneyspezialitäten enger gestaltet werden, sodaß eine weitere Anführung von identischen Arzneyspezialitäten nur dann erfolgen soll, wenn der Preisabstand zwischen dem billigsten und teuersten identischen Präparat nicht mehr als 5 % beträgt (Ausnahme Erstanbieter - hier wird eine maximale Preisdifferenz von + 8 % toleriert). Mit allen Anbietern wurden bereits diesbezügliche Gespräche geführt. Die Stellungnahme der Pharmafirmen stand Anfang September noch aus. Das Prüfungsverfahren sollte im Oktober d.J. abgeschlossen sein.

Das Preisniveau von Nachahmerpräparaten (Generika) soll gleichfalls gesenkt werden. Derzeit werden seitens des Hauptverbandes Preisvergleiche mit Deutschland, Italien und Großbritannien angestellt. Sollten dort bestimmte Wirkstoffe bzw. Generika billiger am Markt sein, sind Anbieter in Österreich zu suchen, die diese Produkte zu den niedrigen Preisen importieren, produzieren oder vertreiben. Auch bei diesen Produkten soll das Preisband zwischen dem billigsten und dem teuersten identischen Mitteln, welches derzeit 10 % (in besonders begründeten Ausnahmefällen für das Originalprodukt 15 %) beträgt, gesenkt werden. Die Beurteilung der Gleichwertigkeit und Austauschbarkeit trifft der „Fachbeirat für Arzneimittelwesen“. Auch hier wurden bereits Pharmaunternehmen zu rd. 300 Positionen angeschrieben und ihnen die neuerrechneten Abgabepreise bekanntgegeben. Es werden laufend Gespräche geführt.

Das Projekt „Vernünftiger Umgang mit Arzneimitteln“ als Gemeinschaftsinitiative der österreichischen Sozialversicherung und der Pharmawirtschaft mit Ärzten, Apothekern und Versicherten soll schließlich längerfristig einen wesentlichen Beitrag zu Einsparungen in diesem Bereich leisten. Diese Initiative (u.a. in Form der Abhaltung von Informationsveranstaltungen) zielt darauf ab, die Patienten nach dem letzten Stand der Medizin zu behandeln und dabei die Arzneimittelverschreibungen im Auge zu behalten, denn das teuerste ist nicht immer das beste Mittel. Nur wenn Medikamente überlegt und sparsam eingesetzt werden, kann ein Gesundheitssystem erhalten bleiben, das langfristig die Verfügbarkeit und die Qualität der Gesundheitsversorgung sicherstellt.

Teil II

B e r i c h t

über die von Organen des Bundesministeriums für Arbeit und
Soziales durchgeführte Untersuchung betreffend die Vergabe-
praxis des Hauptverbandes und der Krankenversicherungsträger
im Bereich Heilbehelfe und Hilfsmittel

I N H A L T S V E R Z E I C H N I S

1.	ISTZUSTAND: VERGABEPRACTIS IM BEREICH HEILBEHELFE UND HILFSMITTEL	1
1.1.	Rechtsgrundlagen	1
1.2	Hauptverband	3
1.2.1	Derzeit bestehende Verträge	3
1.2.2	Vertragsgestaltung	4
1.2.3	Vertragspflege	5
1.3.	Krankenversicherungsträger	5
1.3.1	Übersicht über aktuelle Verträge der unter- suchten Krankenversicherungsträger	5
1.3.2	Vertragsgestaltung	7
1.3.2.1	Tarifiermittlung	7
1.3.2.2	Beurteilung der Preisgestaltung	8
1.3.2.3	Provisionszahlungen als Kalkulationsbestandteil	10
1.3.2.4	Vertragspartnerakquisition	11
1.3.3	Vertragspflege (Tarifanpassung, Vertrags- partnerkontrolle)	12
1.4.	Zusammenfassende Bemerkungen zum Istzustand	13
2.	MASZNAHMEN DES HAUPTVERBANDES ZUR VEREIN- HEITLICHUNG DER KÜNFTIGEN VERGABEPRACTIS	14
2.1.	Entwurf eines Gesamtvertrages mit der Bundes- innung der Augenoptiker, Orthopädietechniker, Bandagisten und Hörgeräteakustiker	14
2.1.1	Entwicklungsgeschichte	14
2.1.2	Inhalt des Gesamtvertragsentwurfes und Kalkulation	15

- II -

2.1.2.1	Inhalt	15
2.1.2.2	Bemerkungen zur Kalkulation	18
2.1.3	Produktauswahl: Darstellung der Vorgangsweise und kritische Betrachtungen dazu	19
2.1.4	Funktion der "ARGE-Orthopädie"	21
2.1.5	Argumente für den Abschluß des Gesamtvertrages	23
2.1.6	Gründe für die bisher noch nicht erfolgte Beschlußfassung bzw. Wirksamkeit des Gesamtvertrages	24
2.2.	Weitere Aktivitäten des Hauptverbandes mit dem Ziel einer einheitlichen Tarifgestaltung	28
2.2.1	Hörgeräte	28
2.2.2	Inkontinenzartikel	29
2.2.3	Sonstige	29
3.	STELLUNGNAHME ZU EINZELNEN ÖFFENTLICH ERHOBENEN VORWÜRFEN	30
3.1.	Orthopädische Schuhe	30

1. ISTZUSTAND: VERGABEPRACTIS IM BEREICH HEILBEHELFE UND HILFSMITTEL

1.1. Rechtsgrundlagen

Der Gesetzgeber bietet keine Begriffsbestimmung zu dem Terminus "Heilbehelf", sondern begnügt sich mit bloßer Demonstration. Daher ist jeweils zu prüfen, ob ein bestimmtes Mittel dem Sprachgebrauch nach einen "Heilbehelf" darstellt und den gesetzlichen Beispielen (§ 137 Abs.1 ASVG: Brillen, orthopädische Schuheinlagen, Bruchbänder) zugeordnet werden kann. Unterscheidungskriterium für die Abgrenzung zu den "Hilfsmitteln" ist wohl die Frage, ob der Behelf dem Heilungszweck dient ("Heilbehelf") oder ob er erst nach Abschluß des Heilungsprozesses zum Einsatz kommt ("Hilfsmittel"). Diese sind gemäß § 154 Abs.1 leg.cit. Gegenstände oder Vorrichtungen, "die geeignet sind,

- a) die Funktion fehlender oder unzulänglicher Körperteile zu übernehmen oder
- b) die mit einer Verstümmelung, Verunstaltung oder einem Gebrechen verbundene körperliche oder psychische Beeinträchtigung zu mildern oder beseitigen".

Während Heilbehelfe nur dann als (gesetzliche) Pflichtleistung beansprucht werden können, wenn Aussicht besteht, die entsprechende Regelwidrigkeit durch Krankenbehandlung zu beheben, zu bessern oder Verschlimmerungen hintanzuhalten, werden für die Anschaffung und Reparatur notwendiger Hilfsmittel als satzungsmäßige Mehrleistung Zuschüsse gewährt, sofern nicht aufgrund anderweitiger gesetzlicher Bestimmungen ein diesbezüglicher Leistungsanspruch besteht. Ein solcher besteht für die Krankenversicherungsträger seit Inkrafttreten der 50.Novelle zum ASVG (1.1.1992) insbesondere gemäß § 154a leg.cit. dann, wenn medizinische Maßnahmen der Rehabilitation den Erfolg einer Krankenbehandlung zu sichern oder die Folgen der Krankheit zu erleichtern vermögen. Andere Rechtsansprüche sind für den Bereich der Unfallversicherung bzw. der Pensionsversicherung aus §§ 202 bzw. 302 leg.cit. und aus § 100 B-KUVG abzuleiten.

Somit besteht eine Verpflichtung des Sozialversicherungsträgers gegenüber dem Versicherten auf Deckung des Bedarfes an Heilbehelfen und, bei Zutreffen der einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen, auch bei Hilfsmitteln in der Form der Sachleistung. Diese Verpflichtung zur Erbringung von Sachleistungen besteht grundsätzlich darin, daß der Sozialver-

sicherungsträger auf eigene Kosten den Versicherten Dienste oder Gegenstände verschafft, die er entweder selbst zur Verfügung stellt (z.B. in Ambulatorien) oder sie durch Dritte (z.B. freiberuflich tätige Ärzte, Apotheker) erbringen läßt. In diesem Fall kann die Leistung entweder als Naturalleistung oder subsidiär als Kostenerstattung erfolgen. In Entsprechung des dem österreichischen Sozialversicherungssystem immanenten Auftrages (§ 133 Abs.2 ASVG) zur Sachleistungsvorsorge sowie aus Gründen der geordneten, überprüfbaren und insbesondere kalkulierbaren Leistungsbereitstellung sind die Beziehungen der Sozialversicherungsträger bzw. des Hauptverbandes zu freiberuflichen Leistungserbringern durch privatrechtliche Verträge nach Maßgabe der im 6. Teil des ASVG dazu enthaltenen Bestimmungen zu regeln.

Wie schon erwähnt, obliegt dem Hauptverband in diesem Zusammenhang der "Abschluß von Gesamtverträgen mit den öffentlich-rechtlichen Interessensvertretungen der ... Vertragspartner der Sozialversicherung". Dieser (Gesamtvertrag) regelt mit verbindlicher Wirkung die Beziehungen zwischen den Verbandsangehörigen und den Versicherungsträgern, wenn im Gesamtvertrag die Erbringung von Sachleistungen durch die dort angeführten Verbandsangehörigen ohne Abschluß von Einzelverträgen vorgesehen ist.

Im Sinne der von der Lehre entwickelten Schematik des Stufenbaues der Gesamtverträge ist unter einem solchen primär die Summe der Regelungen, die zusammen die Beziehungen zwischen einem Träger der Krankenversicherung und der örtlich zuständigen Interessenvertretung ordnen bzw. den Inhalt der zugehörigen Einzelverträge bestimmen, zu verstehen. Daraus folgend ergibt sich als erste Entwicklungsstufe ein Rahmenvertrag, der in weiterer Folge durch entsprechende Ergänzungen zu einer Ausgangsregelung wird und sich mit weiteren konkretisierenden Zusätzen als abgeschlossene Teilregelung präsentiert. Aufgrund der vom Gesetzgeber gewollten Basis einer kollektiven Selbstordnung durch die Interessenverbände sowie der im § 341 Abs.3 leg.cit. vorausgesetzten inhaltlichen Bindung des Einzelvertrages an den Gesamtvertrag steht der aus dem Gesamtvertrag abgeleitete Einzelvertrag in einer notwendigen inhaltlichen Parallelität zu diesem. Die Selbstbindung der Krankenversicherungsträger ergibt sich verfassungskonform aus deren Rechtsposition als Partner des Gesamtvertrages, während der Hauptverband als eine Art gesetzlicher Vertreter der Krankenversicherungsträger mit deren Zustimmung beim Vertragsabschluß für diese auftritt. Sofern im Gesetz nicht die Möglichkeit eines fakultativen Gesamtvertrages vorgesehen ist oder eine solche aus einem anderen Grund nicht zustande kommt (mangels Konsens oder Vorhandensein vertrags-

fähiger Parteien wie z.B. Interessenvertretungen), können die gegenseitigen Rechte und Pflichten in einem inhaltlich dem Gesamtvertrag gleichzustellenden Einzelvertrag geregelt werden.

1.2. Hauptverband

1.2.1. Derzeit bestehende Verträge

Der Hauptverband hat in folgenden Bereichen für das ganze Bundesgebiet geltende Gesamtverträge abgeschlossen:

a) Optiker: Der Gesamtvertrag wurde zwischen der Bundesinnung der Optiker und dem Hauptverband im Namen aller angeschlossenen KV-Träger abgeschlossen (in Kraft seit 1.3.1963). Die Rechte und Pflichten eines "Vertragsoptikers" werden für die Mitglieder der Bundesinnung der Optiker erst durch Abschluß eines Einzelvertrages mit einem KV-Träger begründet.

Der Gesamtvertrag mit den Optikern enthält Brillengläser (Anlage I) und Brillenfassungen (Anlage II). Daneben werden noch die Ausführungsbestimmungen für Brillengläser und Brillenfassungen dargelegt.

b) Bandagisten und Orthopädiemechaniker: Der Abschluß des Gesamtvertrages erfolgte zwischen der Bundesinnung der Bandagisten und Orthopädiemechaniker sowie der Firma "Ortoproban" (zu diesem Zeitpunkt nicht Mitglied der Bundesinnung) einerseits und dem Hauptverband andererseits (in Kraft seit 1.6.1960). Gemäß § 8 des Gesamtvertrages ist der Abschluß von Einzelverträgen für Angelegenheiten, die im Gesamtvertrag geregelt sind, nicht vorgesehen.

Im Gesamtvertrag mit den Bandagisten und Orthopädietechnikern werden die folgenden Bereiche tariflich geregelt: Tarifgruppe I. Chirurgische Bandagen (Leisten- oder Schenkelbruchband, Skrotalbruchband, Nabelbruchband ...); Tarifgruppe II. Plattfüßeinlagen und Reparaturen (Modelleinlagen, Plattfüßeinlagen, Schachteleinlagen ...); sonstige Behelfe (Hallux valgus Nachtschiene, Luxationsgürtel für Kinder etc.); Gießharzkunstbeine; Arbeitsansätze und Geräte für Arbeitsarme; Tarifgruppe III. Orthopädische Apparate und Prothesen (Ersatzstück für Zehenverlust, Arbeitskappe m. Schlaufen, Arbeitsarm für Handgelenk ...).

c) Orthopädieschuhmacher: Gesamtvertrag abgeschlossen zwischen der Bundesinnung der Schuhmacher und dem Hauptverband namens aller SV-Träger (in Kraft seit 1.5.1966 bzw. seit 1.12.1965 in Wien).

Tariflich erfaßt werden im Gesamtvertrag mit den Schuhmachern in der Anlage I orthopädische Maßschuhe (schwarz oder braun), orthopädische Sonderarbeiten am Schuh, Plattfüßeinlagen, die Regiestunde sowie orthopädische Zurichtungen am Konfektionsschuh. Die Anlage II enthält Ausführungsbestimmungen für orthopädische Sonderarbeiten.

1.2.2. Vertragsgestaltung

Die Gesamtverträge regeln insbesondere den Geltungsbereich, die Breite der Produktpalette und die Tarifgestaltung, enthalten aber auch Bestimmungen bezüglich der Ausführungsweise, Zuzahlungen, Gewährleistung, Dauer bzw. Kündigungsmöglichkeit.

Der Geltungsbereich erstreckt sich im jeweiligen Fachbereich prinzipiell auf das gesamte Bundesgebiet, wobei in Teilbereichen eine Ergänzung durch Landesverträge erforderlich war. Die Notwendigkeit für Landesvereinbarungen ergab sich zum Beispiel im Bereich der Sehhilfe für die nicht im Bundesvertrag inkludierten Segmente der Kontaktlinsen und der Kunststoffgläser. Auch im Bereich der Bandagisten und Orthopädietechniker wurden im Regelfall ergänzende Landesverträge vor allem zur Adaptierung der Produktpalette abgeschlossen. Der Bundesvertrag für die Orthopädieschuhmacher wird von den geprüften Krankenversicherungsträgern hingegen ohne zusätzliche landesweite Regelungen vollzogen.

Besondere Bedeutung kommt der Gestaltung der Tarife sowie der Definition der Produktpalette zu.

Bei der erstmaligen Festsetzung der Tarife in den Bundesverträgen ist man jeweils von bereits existierenden Tarifen (z.B. der Liste für orthopädische Hilfsmittel sowie der Preisliste der Firma Swarovski als Tarifiermittlungsgrundlage für Brillengläser) ausgegangen, hat aber prinzipiell keine Neukalkulation durchgeführt. Für die Zwecke der Tarifanpassungen wurde jeweils eine bestimmte Kostenstruktur (Material-, Lohn-, Gemeinkosten) festgelegt, die als Argument in die Vertragsverhandlungen einfließt.

1.2.3. Vertragspflege

Die Wartung und Adaptierung der Bundesverträge im Zeitablauf erfolgte durch eine Reihe von Zusatzvereinbarungen, die insbesondere der betraglichen Anpassung der Tarife sowie zum Teil der Erweiterung der Produktpalette dienten, in geringerem Umfang aber auch weitere inhaltliche Modifizierungen brachten.

Tarifierhöhungsrunden wurden durch die von der Bundesinnung begründeten Forderungen (z.B. Kollektivvertragserhöhungen, Materialpreissteigerungen) initiiert. Die Festsetzung der Tarifsteigerung erfolgte auf dem Verhandlungsweg zwischen Hauptverband und Bundesinnung, wobei an Sachargumenten z.B. die Kollektivvertragsabschlüsse sowie die Materialpreisentwicklung anhand spezifischer Branchenindizes unter Berücksichtigung der jeweils zugrundeliegenden Kostenstruktur herangezogen wurden. Die erzielten Ergebnisse sind entweder in Form einer linearen Erhöhung (z.B. Bandagisten, Schuhmacher) oder in differenziertem Ausmaß (z.B. ausgehend von den unterschiedlichen Steigerungen in der Essilor-Swarowski Preisliste für Brillengläser) umgesetzt worden.

Durch den Verzicht auf eine Neukalkulation der Tarifleistungen wurden die historischen Anteile von Arbeitszeit und Arbeitsmaterial unverändert übernommen.

Nicht geregelte Bereiche müssen einerseits durch Regelungen auf Landesebene, andererseits durch die Einholung von Kostenvoranschlägen geschlossen werden.

1.3. Krankenversicherungsträger

1.3.1 Übersicht über aktuelle Verträge der untersuchten Krankenversicherungsträger

Soweit der Hauptverband mit den jeweiligen Bundesinnungen Gesamtverträge abgeschlossen hat (Optiker, Bandagisten, Orthopädiemechaniker, Orthopäadieschuhmacher), wirken diese entweder unmittelbar auf alle Krankenversicherungsträger, die den Hauptverband dazu ermächtigt haben, und auf alle Mitglieder der jeweiligen Bundesinnung, oder sie werden erst durch Abschluß von Einzelverträgen (wie z.B. im Optikerbereich) für die einzelnen Vertragspartner rechtsverbindlich. Da bei diesem Vertragstypus die Vertragsbedingungen inklusive Tarife generell für alle hinzutretenden Partner aufgrund des Gesamtvertrages vorgegeben sind,

hat der Einzelvertragsabschluß in diesem Bereich nur nachvollziehende konstitutive Bedeutung.

1. Vereinbarungen auf Landesebene

Unmittelbare rechtsgestaltende Kompetenz insbesondere im Hinblick auf Tarifvereinbarungen haben die Krankenversicherungsträger jedoch bei Abschluß von Zusatzvereinbarungen zu den Gesamtverträgen.

Der Abschluß von Landesverträgen ergibt sich aus dem Bedarf nach näherer Spezifizierung der Gesamtverträge (z.B. hinsichtlich der Qualifikationserfordernisse), deren Aktualisierung (insbesondere der Produktpalette der Bandagisten) sowie der über den Gesamtvertrag hinausgehenden Regelung für Teilbereiche (z.B. Kontaktlinsen und Kunststoffgläser).

2. Einzelverträge auf Basis eines Gesamtvertrages (Bundes- bzw. Landesvertrag)

Derartige Einzelverträge werden jeweils unmittelbar zwischen den Gebietskrankenkassen und den einzelnen Vertragspartnern abgeschlossen.

Neben der Übernahme der Bestimmungen des übergeordneten Vertragswerkes enthalten die Einzelvereinbarungen zum Teil Ergänzungen und in einzelnen Fällen Modifikationen. Ergänzende Regelungen sind notwendig, da die Gesamtverträge nicht in allen Bereichen Detailregelungen vorsehen (z.B. Ergänzende Abrechnungsregelungen).

3. Individualverträge

Individualverträge sind Einzelverträge zwischen den Gebietskrankenkassen und einzelnen Firmen, die ohne Bezug zu den Gesamtverträgen stehen und deren Vertragsbestandteile individuell gestaltet werden. Dieser Vertragstyp findet sich insbesondere in Bereichen mit geringem Bedarf (v.a. Leihbehelfe) sowie bei Produktgruppen, bei welchen aus Wettbewerbsgründen etwa im Zuge einer Ausschreibung aus einer Anbietergruppe einer oder mehrere als Kontrahenten ausgewählt werden (z.B. Inkontinenzversorgung).

1.3.2. Vertragsgestaltung

1.3.2.1 Tarifiermittlung

Ein zentrales Element der Vertragsgestaltung ist die Entwicklung des Tarifsystems. Die diesbezüglichen Entscheidungen liegen zum Teil (v.a. bei den Landesverträgen) bereits einige Jahre zurück, wurden in vielen Fällen nicht mehr von den heute tätigen Entscheidungsträgern getroffen und sind daher im Detail nicht mehr vollständig nachvollziehbar.

Im Bereich der Sehbehelfe erfolgt z.B. die Tariffestsetzung durch die Kassen nur für die nicht im Bundesvertrag geregelten Kontaktlinsen und Kunststoffgläser.

Die Produktpalette im Bereich der Kontaktlinsen ist nicht firmenspezifisch, sondern anhand der allgemeinen Fachbezeichnungen determiniert (z.B. PMMA, sphärisch...). Die Kassen orientierten sich bei der Gestaltung der Tarife zumeist an bereits bestehenden Vereinbarungen.

Im Bereich der Kunststoffgläser wurde die Preisliste der Firma Essilor von einigen Kassen als Ausgangspunkt der Tarifiermittlung vertraglich vereinbart.

Neben den Landestarifen gibt es bei den Kunststoffgläsern auch Formen individueller Preisfestsetzung. So wurde z.B. parallel zur landesweiten Regelung in einem Bundesland auch ein preisgünstiger Individualvertrag mit einer Einzelfirma abgeschlossen; in einem anderen Bundesland erfolgt die Preisfestlegung ausschließlich mittels Kostenvoranschlägen.

Die Landesverträge im Bereich der Bandagisten und Orthopädietechniker umfassen jene Produktgruppen, die im Bundesvertrag nicht enthalten sind. Der Regelungsumfang der Landesvereinbarungen variiert in den einzelnen Bundesländern, da die Kassen in unterschiedlichem Ausmaß individuelle Tarifgestaltung betreiben (z.B. Kostenvoranschläge, Ausschreibungen). Der Landesvertrag in einem Bundesland beinhaltet eine breite Produktpalette wie z.B. Colostomie- und Urostomieversorgung, elastische Binden und Rippenbruchgürtel, ableitende Inkontinenzversorgung, Kompressionsbandagen, Mieder sowie sonstige Heilbehelfe der Tarifgruppen 1 und 3, während der Landestarif in einem anderen Bundesland aufgrund der zahlreichen individuellen Regelungen eine geringere Anzahl von Produkten inkludiert.

Die Kassen wenden in diesem Bereich ein einheitliches Tarifiermittlungssystem an, das sich (teilweise offensichtlich nachvollziehend zur Erreichung des gewünschten Tarifes) aus dem

Einstandspreis des Produktes zuzüglich eines prozentuellen Aufschlages und einer etwaigen Arbeitszeit zusammensetzt.

Neben die Tarifgestaltung auf Landesvertragsebene treten die Tarifvereinbarungen durch die Individualverträge. Diese sichern einerseits die Versorgung in Nischenbereichen (z.B. diverser Leihbehelfe) und manifestieren dort, wo Ausschreibungen und direkte Verhandlungen durchgeführt wurden, bereits jenen zusätzlichen Wettbewerbsdruck, den die Regulatoren der freien Marktwirtschaft erzeugen. Die darauf zurückzuführenden positiven tariflichen Auswirkungen zeigten sich z.B. im Segment der (saugenden) Inkontinenzartikel. Ein weiteres Beispiel jener ökonomischen Vorteile, die bei funktionierendem Marktmechanismus eintreten, sind die zufolge von Direktverhandlungen einiger Gebietskrankenkassen im Bereich der Diabetikerversorgung erreichten Konditionen.

1.3.2.2 Beurteilung der Preisgestaltung

Hinsichtlich der Preisgestaltung, der Preisangemessenheit und diesbezüglicher Verbesserungsmöglichkeiten hat der beigezogene Sachverständige folgendes festgehalten:

Der Leistungsabrechnung seitens der Gebietskrankenkassen liegen verschiedene Listen zugrunde, deren Aktualität teilweise nicht mehr gegeben ist. Zum Beispiel:

- ehemalige Reichsliste (historisch gewachsen; Reichsmark wurden in ATS umgerechnet und jährlich mit einem entsprechenden Faktor valorisiert; seit 1995 Auspreisung ausschließlich in ATS, sodaß die Umrechnung hinfällig wurde)
- Tariflisten der Gebietskrankenkassen
- Abrechnung im Zuge von Kostenvoranschlägen

Die o.a. Listen beinhalten eine unterschiedliche Preisgestaltung, die aus differenzierten Arbeitsvorgängen resultieren (Materialeinsatz und Arbeitszeit).

Hiezu wird bemerkt, daß innerhalb der Gebietskrankenkassen Preisvergleiche zum Teil fehlen und dadurch die preisgünstigsten Angebote den verschiedenen Vergabestellen nicht immer zur Kenntnis gelangen.

Grundsätzlich muß bemerkt werden, daß durch Einzelverträge (Direkteinkauf) wesentlich günstigere Preise erzielt werden können, ein Nachteil ist jedoch in der fehlenden sachkundigen

Betreuung durch die Bandagisten gegeben. Gesamtverträge begünstigen zwar monopolartige Entwicklungen, ermöglichen aber eine koordinierte Vorgangsweise der Nachfrager.

Unter einem wird bemerkt, daß die o.a. und noch immer in Verwendung stehende Reichsliste einer umgehenden Aktualisierung bedarf, nicht nur innerhalb der Preisauszeichnung, sondern auch hinsichtlich des arbeitstechnischen Ablaufes. Zur Erläuterung wird nachstehendes Beispiel einer Prothesenreparaturrechnung angeführt:

Ausgeführte Arbeitsvorgänge:

1. Vorfußteil einer Unterschenkelprothese aus Leder erneuert
2. Fußteilende (Knöchelteil) mit Leder abgedeckt

Richtige Berechnung:

Pos.304a: Neuer Fußteil (inkl. Knöchelteil) am Lederunterschenkel (S 7.287,--).

abzüglich Pos.313a: Knöchelteil muß abgezogen werden, da nur der Fußteil zu erneuern war (- S 1.802,--).

Pos.1/2 356: Für lackieren des alten Knöchelteiles (halbe Position deshalb, da im Preis von Pos.304a das Lackieren des Fußteiles ohnedies beinhaltet ist) (S 206,50).

Pos.349: Abdeckstreifen nach Lackieren des Knöchelteiles (S 117,--),

Gesamtkosten daher: S 5.808,50

Falsche Berechnung:

Pos.304b: Neuer Fußteil (inkl. Knöchelteil) am Kunstharzunterschenkel (S 8.088,--).

Pos.356: Für lackieren des alten Knöchelteiles (S 413,--).

Post.349: Abdeckstreifen nach lackieren des Knöchelteiles (S 117,--)

Gesamtkosten daher: S 8.618,--

Aus den o.a. Berechnungsarten ergibt sich somit ein Differenzbetrag in der Höhe von S 2.809,50.

Dieses dargestellte Beispiel zeigt, daß es wesentlich zielführender wäre, für die in Rede stehende Reparatur lediglich eine Positionsnummer zu verwenden, die alle Arbeitsvorgänge beinhaltet und bei der bundesweiten Tarifliste Verwendung findet.

Als weiteres Beispiel darf erwähnt werden, daß durch die Nichtaktualisierung der angewandten Reichsliste bei der Kostenberechnung für einen Metallschienenersatz ein zu hoher Betrag in Rechnung gestellt wird. Dies deshalb, weil Kosten für eine heute nicht mehr prakti-

zierte und nicht zeitgemäße Bearbeitung (schmieden) in Rechnung gestellt werden (Diff. ca. S 1.400,— zulasten des Auftraggebers).

Kritik ist auf die mangelnde Kontrolle des Auftraggebers bei der Kostenberechnung für die Auftragserfüllung zu erteilen. Dies deshalb, da die Rechnungsbelege oftmals durch nicht fachkundige Mitarbeiter bearbeitet und zahlbar gestellt werden, sodaß falsche Positionsrechnungen oft unentdeckt bleiben.

Nicht zu rechtfertigen sind auch die nach ho. Auffassung vielfach überhöhten Pauschalzuschläge für Materialeinsatzkosten (bei Reparatur- und Neuanfertigungen), wenn keine Tarifberechnung Anwendung findet. Diese Pauschalzuschläge werden zur Zeit zumeist mit gleichem Prozentsatz, unabhängig der Höhe der Materialkosten, in Rechnung gestellt.

1.3.2.3 Provisionszahlungen als Kalkulationsbestandteil

Eine besondere, die Vertragspartnerbeziehungen in mehrschichtiger Weise beeinflussende Problematik sind Provisionszahlungen jener Firmen, deren Geschäftstätigkeit von der Zuweisung eines anderen Vertragspartners abhängig ist. Damit wird das Verordnungsverhalten eines Vertragspartners durch eigenwirtschaftliche Interessen in sozialpolitisch nicht wünschenswerter Weise ebenso gesteuert wie die grundsätzlich freie Wahlmöglichkeit durch den Versicherten. Darüberhinaus werden die unmittelbaren wirtschaftlichen Interessen der Krankenversicherungsträger durch diesen Teil der nicht überprüfbaren Kalkulationsbestandteile negativ belastet. Da jedoch in den seltensten Fällen Beweise vorliegen, können derartige Praktiken von den Krankenversicherungsträgern kaum beeinflußt bzw. abgestellt werden.

Der Hauptverband hat jedenfalls im Zuge der gegenständlichen Untersuchung mitgeteilt, daß die Abstellung derartiger Praktiken im Rahmen der laufenden Verhandlungen mit der Bundesinnung bereits gefordert wurde. Ein künftiger Vertrag muß ein Provisionszahlungsverbot enthalten.

1.3.2.4 Vertragspartnerakquisition

Die Auswahl und Invertragnahme der Vertragspartner findet bei den einzelnen Krankenversicherungsträgern innerhalb der einzelnen Vertragsgattungen überwiegend nach einheitlichen Grundsätzen statt.

Im Bereich der Gesamtverträge werden im Regelfall alle der jeweiligen Innung angehörigen Firmen als Vertragspartner akzeptiert, wenn sie die Grunderfordernisse (z.B. Qualifikationskriterien) erfüllen. Eine Limitierung der Zahl der Vertragspartner z.B. dann, wenn der örtliche Bedarf bereits gedeckt ist, erfolgt in der Praxis nicht.

Die Vertragspartnerakquisition einiger Gebietskrankenkassen findet außerhalb des Gesamtvertragsbereiches etwa in der Form statt, daß bestimmte Firmen der Kasse die Versorgung der Versicherten mit ihren Produkten anbieten. Nach Prüfung der Wirtschaftlichkeit und des Bedarfes wird das Angebot gegebenenfalls angenommen. Die Wirtschaftlichkeit bei bereits am Markt eingeführten Produkten wird durch einen Preisvergleich geprüft (der offerierte Preis darf höchstens dem derzeit bestehenden entsprechen). Handelt es sich jedoch um ein neuartiges Produkt, so fließen in den Entscheidungsprozeß der Kasse lediglich die Erfahrungswerte der Beteiligten ein. Internationale Preise bleiben bei der Produktbeurteilung unberücksichtigt.

In einzelnen Bereichen werden jedoch auch die Kassen aktiv und senden ihr Angebot zum Vertragsabschluß an alle von der Innung genannten Firmen, insbesondere bei der vertraglichen Neugestaltung von Segmenten wie etwa beim Abschluß der Einzelverträge bzw. der standardisierten Individualverträge im Hörgerätebereich.

Im Bereich der Individualverträge haben die Kassen in einigen Segmenten den Wettbewerbsdruck durch Verbreiterung der Informationsbasis bezüglich der potentiellen Vertragspartner wesentlich erhöht. Ein wichtiges Akquisitionsinstrument ist dabei die Ausschreibung, die z.B. im Bereich der Inkontinenzartikel in einigen Bundesländern angewendet wird. Die Auswahl der Vertragspartner wird letztendlich anhand des Preis-Leistungskriteriums durchgeführt, wobei neben Preis und Qualität des Produktes die Kriterien der fachlichen Eignung der Firma und deren wirtschaftlicher Bonität auch im Hinblick auf die Versorgungssicherheit im Sinne einer flächendeckenden Versorgung gewichtet werden. Das Ausmaß derartiger Überlegungen hängt jedoch weitgehend auch von der lokalen Infrastruktur ab: Während etwa im städtischen Bereich die Versorgungsdichte der Versicherten unabhängig vom Bestand einer

einzelnen Firma gewährleistet ist, haben derartige Überlegungen im ländlichen Bereich einen wesentlichen Stellenwert.

1.3.3. Vertragspflege (Tarifanpassung, Vertragspartnerkontrolle)

Tarifanpassung:

Die diesbezügliche Vorgangsweise der Versicherungsträger soll an Hand von ausgewählten, signifikanten Beispielen dargelegt werden:

Die Anpassung der Landestarife im Bereich der Kontaktlinsen wird regelmäßig durch einen von der Bundesinnung begründeten Erhöhungsantrag initiiert. Das von den Kassen akzeptierte Ausmaß der Erhöhung wird entweder linear über alle Tarifgruppen oder differenziert entsprechend den unterschiedlichen Materialpreiserhöhungen bei den einzelnen Tarifgruppen umgesetzt. Die Prüfung des Innungsangebotes durch die Kassen beschränkt sich auf eine Plausibilitätskontrolle (z.B. Materialpreisentwicklung, Kollektivvertragsabschlüsse seit der letzten Tarifierhöhung). Zusätzlich werden von den Kassen zum Teil die zu erwartenden Gesamtaufwandssteigerungen durch Gegenüberstellung der geltenden und der geforderten Tarife auf Basis des gegebenen Mengengerüsts ermittelt und als Beurteilungskriterium verwendet.

Im Bereich der Landestarife für Kunststoffgläser ist der oben dargestellte Ablauf der Tarifanpassungen prinzipiell ähnlich.

Im Bereich der Bandagisten und Orthopädietechniker erfolgt die Tarifiermittlung durchwegs durch Aufschlag fixierter Prozentsätze bzw. fixierter Sätze für Arbeitszeit auf die Einstandspreise. Prüfungen der eingereichten Tarifforderungen setzen daher im Regelfall bei den Einstandspreisen an.

Vertragspartnerkontrolle

Bei allen untersuchten Kassen wird im "Anlaßfall" einzelnen Hinweisen bzw. Beschwerden von Versicherten oder zum Teil auch von Firmen nachgegangen.

Ebenso war auch die Durchführung von regelmäßigen stichprobenweisen Befragungsaktionen der Versicherten bei einem Teil der untersuchten Kassen zu beobachten. Eine Kasse hat eine solche Befragung z.B. kürzlich im Bereich der Sehbehelfe abgewickelt und dabei das Problem der Verrechnung nicht abgegebener Brillenfassungen thematisiert.

Grundsätzlich ist zum Kapitel "Vertragspartnerkontrolle" anzumerken, daß eine derartige Kontrolle bei den Versicherungsträgern im Sinne der mit 1. April 1996 in Kraft getretenen Richtlinien des Hauptverbandes über die Berücksichtigung ökonomischer Grundsätze bei der Krankenbehandlung (§ 31 Abs. 5 Z. 10 ASVG) ausgebaut wird. Diese Richtlinien regeln die ökonomischen Grundsätze, nach denen u.a. die Abgabe von Heilbehelfen durch andere Vertragspartner als Apotheker und hausapothekenführende Ärzte als ausreichend, zweckmäßig, das Maß des Notwendigen nicht übersteigend zu beurteilen ist.

Die effiziente Kontrolle auf diesem Gebiet setzt eine systematische EDV-mäßige Erfassung aller wesentlichen Heilbehelfe und Hilfsmittel voraus. Diese Voraussetzung ist derzeit bei den meisten Kassen noch nicht gegeben, es werden, wenn überhaupt, lediglich die teuersten Produktgruppen (z.B. Rollstühle) erfaßt. Das in der Sozialversicherung im Auftrag des Hauptverbandes bereits fertiggestellte und für alle Träger verbindliche Folgekostenprogramm ("Fo-Ko-Programm") wird in diesem Zusammenhang einen Fortschritt mit sich bringen.

1.4. Zusammenfassende Bemerkungen zum Istzustand

Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß die bisherige Gestion des Bereiches Heilbehelfe und Hilfsmittel, soweit es nach den bisher nur kursorisch möglichen Erhebungen beurteilt werden kann, ihren Niederschlag in unterschiedlichen Tarifen gefunden hat. Teils führte sie zur Bildung eines offensichtlichen Preiskartells mit dem einheitlichen Ergebnis eines "Anbietermarktes", in welchem die faktische Preisgestaltungsautonomie der Vertragspartner eine Preisspirale in Gang setzte, die sich in ihrem Ergebnis vom Prinzip der objektiven Äquivalenz von Leistung und Gegenleistung immer mehr entfernte. Den durch die Verschlechterung der finanziellen Lage bedingten Zwängen gehorchend, versuchen die Krankenversicherungsträger seit kurzem mit unterschiedlicher Intensität, das Gesetz des Handelns an sich zu ziehen. Die bei den Krankenversicherungsträgern diesbezügliche Bewußtseinsbildung mit Ansätzen einer zumindest regionalen Koordination läßt, entsprechende organisatorische Änderungen vorausgesetzt, eine Intensivierung dieser Bemühungen und damit mittelfristig auch eine massive Kostenreduktion dieses Bereiches nicht zuletzt auch durch das mit der 53. Novelle zum ASVG eingeführte trägerübergreifende Controlling durch den Hauptverband erwarten.

2. MASZNAHMEN DES HAUPTVERBANDES ZUR VEREINHEITLICHUNG DER KÜNFTIGEN VERGABEPRAXIS

2.1. Entwurf eines Gesamtvertrages mit der Bundesinnung der Augenoptiker, Orthopädietechniker, Bandagisten und Hörgeräteakustiker

2.1.1. Entwicklungsgeschichte

Bereits im Jahre 1989 erteilte der damalige Generaldirektorstellvertreter des Hauptverbandes den Auftrag, den "Tarif für orthopädische Hilfsmittel" zu überarbeiten, da sich dieser in vielen Bereichen noch immer auf die sogenannte "Reichsliste" stützt. Der für diese Zwecke errichtete Arbeitskreis umfaßte Vertreter der Wiener Gebietskrankenkasse, der Burgenländischen Gebietskrankenkasse, der Kärntner Gebietskrankenkasse, der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft, des Forschungsinstitutes für Orthopädietechnik (FIOT) und des Hauptverbandes. Nach ersten Gesprächen mit der Bundesinnung, welche vorerst zurückhaltend reagierte, im Jahre 1990 forderte die Sozialversicherung im Jahre 1992 ausgehend vom Bereich der Prothesen eine neue, zeitgemäße Systematik im Bereich der Heilbehelfe und Hilfsmittel unter Berücksichtigung von festgelegten Qualitätsstandards, worauf im Jahre 1993 einvernehmlich eine Erweiterung des Leistungsumfanges des geplanten neuen Gesamtvertrages von Fertig- und Halbfertigprodukten aus den Bereichen Orthesen, Bandagen, Mieder und Kompressionsbehelfen und die Festlegung einer völlig neuen Systematik dieses Leistungsspektrums (Festlegung von Qualitätserfordernissen und Formulierung von Ausführungsbestimmungen) beschlossen wurde. 1994 führte die Bundesinnung erste Produkt- und Preiserhebungen durch. Im Jahr darauf erfolgte eine gemeinsame Prüfung aller erhobenen Produkte bezüglich Preis und Qualität durch Vertreter der Bundesinnung und der Sozialversicherung. Anschließend holte die Bundesinnung nochmals die Produktpreise (bindend vom 1. Jänner bis 31. Dezember 1996) ein, zugleich wurde ebenfalls einvernehmlich ein neues Preisbildungssystem festgelegt.

Für den Bereich der Einlagen - erste diesbezügliche Gespräche mit der Bundesinnung der Orthopädieschuhmacher fanden (auch hinsichtlich der orthopädischen Schuhe) im Jahre 1986 statt - wurde gleichfalls im Jahre 1993 die Festlegung einer neuen Systematik mit der Bundes-

innung der Bandagisten vereinbart, worauf in den Jahren 1994 bis 1996 Verhandlungen insbesondere hinsichtlich der Kalkulation dieser Produkte erfolgten. Im Jänner 1996 beantragte die zuständige Innung, daß auch der Bereich der ableitenden Inkontinenzversorgung zugleich mit den Bereichen Prothesen, Orthesen, Einlagen und Bandagen im gleichen Gesamtvertrag bundesweit einheitlich geregelt werden soll. Da zu diesem Zeitpunkt über den neuen in Aussicht genommenen Gesamtvertrag (Entwurf) im wesentlichen bereits das Einvernehmen zwischen Innung und Hauptverband erzielt und daher ein baldiges Inkrafttreten geplant war, wurde vereinbart, daß die diesbezüglich neue Anlage (V) zum Gesamtvertrag eine vorläufige Auflistung von diesen Artikeln darstellt, die noch qualitativ und wirtschaftlich (Zeitziel: 30. November 1996) zu überarbeiten ist. Dasselbe gilt für die in der Anlage V enthaltenen Colostomie-, Ileostomie- und Urostomieartikel.

Der die oben angeführten Artikel umfassende Gesamtvertragsentwurf wurde im April 1996 parapiert und sollte in der Sitzung der Verbandskonferenz im Mai dieses Jahres beschlossen werden. Der diesbezügliche Tagesordnungspunkt wurde jedoch zurückgestellt. Der Vertragsentwurf ist daher bis dato nicht in Kraft getreten.

2.1.2. Inhalt des Gesamtvertrages und Kalkulation

2.1.2.1 Inhalt

Leistungen im Sinne dieses Vertrages sind die Anfertigung und Abgabe sowie die Instandsetzung der in den Anlagen I bis V angeführten Behelfe. In der Anlage VI wird die Regiestunde geregelt. Diese Anlagen sind integrierender Bestandteil des Vertrages.

Anlage I: Einlagen

Die Anlage I umfaßt drei Gruppen von Einlagen: die Serieneinlagen, die Einlagen nach Maß sowie die Einlagen nach Modell.

Die Tarifpositionen beruhen auf einer Mischkalkulation, die nach zeitgemäßen Fertigungsmethoden die komplette Ausführung des Behelfes und die dafür notwendigen Materialien umfassen. Die der Kalkulation zugrundegelegten Arbeitszeit- und Materialeinheiten basieren auf Berechnungen einer vom Hauptverband eingesetzten Expertengruppe und der

Innung. Den kalkulierten Produkten wird weiters ein 35 % Aufschlagssatz hinzugerechnet, wobei sich dieser aus 25 % Aufschlag, 2 % Schulung und 8 % Gewinn zusammensetzt. Diese Aufschlagssätze wurden laut Auskunft des Hauptverbandes im Verhandlungsweg mit der Innung festgelegt.

Anlage II: Prothesen

Die Anlage II beinhaltet Prothesen für die untere Extremität, Prothesen für die obere Extremität, Aufschläge bei einer Erstversorgung mit Prothesen, je eine Reparaturliste für Prothesen für die untere sowie für die obere Extremität und je eine Liste der in den Positionen enthaltenen Paßteile für die untere sowie für die obere Extremität.

Die Tarifpositionen für Prothesen beruhen auf einer Mischkalkulation, die nach zeitgemäßen Fertigungstechniken die komplette Ausführung des Behelfes in modularer oder konventioneller Bauweise umfassen. Die verwendeten Arbeitszeit- und Materialwerte beruhen ebenso wie jene bei den oben angeführten Einlagen auf Erhebungen des Hauptverbandes und der Bundesinnung. Gleich der Anlage I wird ein 35 %-iger Aufschlagssatz verwendet. Außerdem wurde bei der Prothetik eine Anhebung der Tarife um ca. 2 % vorgenommen (Aktenvermerk des Hauptverbandes vom 9. April 1996). Diese Steigerung soll nach Auskunft des Hauptverbandes eine Kompensation für die Nichterhöhung aller verhandelten Tarife mit 1.1.1996 darstellen.

Anlage III: Bandagen und Orthesen

Die Anlage III regelt den Bereich Bandagen und Orthesen. Bandagen sind zirkulär anzulegende Behelfe aus straffen Textilien oder textilverstärkten, elastischen Werkstoffen. Orthesen sind dagegen wegen der gewünschten Funktion überwiegend aus festem, steifem Material gearbeitet. Als zusätzliches Unterscheidungskriterium ist die Funktion des Behelfes zu beachten. Die Bandagen werden unterschieden nach den Funktionen: elastisch, führend und stabilisierend, hingegen werden die Orthesen unterteilt nach den Funktionen: statisch, führend, korrigierend, entlastend, schützend und dynamisch (zwischen Bandagen und Orthesen besteht ein fließender Übergang).

Die Tarifpositionen für Bandagen und Orthesen erfassen Fertig- und Halbfertigprodukte sowie individuell zu fertigende Behelfe. Die im Positionskatalog angeführten Produkte können

in tarifliche und nicht tarifliche Behelfe unterschieden werden. Die tariflichen Behelfe entsprechen qualitativ und preislich, d.h., sie liegen innerhalb eines 10 % -igen Preisbandes und können direkt verrechnet werden. Das billigste Produkt, das die untere Grenze des Preisbandes einer bestimmten Positionsnummer determiniert, bestimmt auch den Aufschlag (Absolutbetrag) auf den Einkaufspreis der übrigen im Preisband liegenden Artikel. Die Aufschlagssätze sind gestaffelt nach den Einkaufspreisen (EKP bis S 299,--: 90 %, bis S 499,--: 75 %, bis S 699,--: 65 %, bis S 999,--: 60 %, bis S 4999,--: 53 % und ab S 5000,--: 48 %). Außer dem Einkaufspreis und dem Aufschlag sind Werkstattarbeitszeiten zum Zurichten von Halbfertigprodukten im Tarif inkludiert.

Die nicht tarifierten Behelfe entsprechen zwar qualitativ, liegen aber außerhalb des Preisbandes. Eine Direktverrechnung ist in diesen Fällen nicht möglich, es besteht lediglich das Recht auf Kostenerstattung (als Kostenerstattungspreis wird der Tarifdurchschnitt aus den im Preisband befindlichen Produkten herangezogen). Nicht im Katalog angeführte Produkte sind zur Gänze vom Versicherten zu tragen.

Steht in einem Positionsbereich kein tariflicher Behelf zur Verfügung oder kann aus orthopädietechnischen Gründen mit einem der angeführten Behelfe keine adäquate Versorgung durchgeführt werden, so ist ein Kostenvoranschlag zu erstellen.

Anlage IV: Bandagen zur Kompressionstherapie

In der Anlage IV befinden sich Kompressionsbehelfe für Verbrennungs- und Narbenbehandlung, Kompressionsbehelfe für die Ödembehandlung, Kompressionsbehelfe zur Anti-Emboliebehandlung sowie Kompressionsbehelfe für die Venenbehandlung. Sinngemäß können die Bestimmungen über die Klassifizierung der Produkte in tarifliche und nicht tarifliche aus der Anlage III übernommen werden. Einschränkungen bestehen jedoch beim Preisband und den Zuschlägen. Das Preisband wurde für Wadenstrümpfe, Halbschenkelstrümpfe und Schenkelstrümpfe mit 15 % vom Einkaufspreis festgelegt, bei Strumpfhosen liegt das Band wiederum bei 10 %.

Diese vier Bereiche umschließen rund 96 % des Leistungsvolumens der Anlage IV. Bei den Gruppen Wadenstrümpfe und Halbschenkelstrümpfe wurde das erstgereichte Produkt bei der Preisbandbildung aufgrund eines gravierenden Qualitätsunterschiedes außer acht gelassen.

Der Aufschlag wurde bei den Wadenstrümpfen und Halbschenkelstrümpfen mit 65 % sowie bei den Schenkelstrümpfen und Strumpfhosen mit 53 % berechnet.

Anlage V: Artikel zur Colo-, Ileo- und Urostomieversorgung, Artikel zur ableitenden Inkontinenzversorgung und Artikel zur Ulcus- und Dekubitalversorgung (Verbandmittel)

Die in Anlage V geregelten Artikel sind als Provisorium zu verstehen. Die aufgelisteten Artikel sind noch qualitativ und wirtschaftlich zu überarbeiten. Die Zielsetzung ist lt. der vorläufigen Präambel, auch auf diesem Leistungssektor eine Beurteilung analog den Anlagen III und IV herbeizuführen.

2.1.2.2 Bemerkungen zur Kalkulation

Die Höhe des Aufschlagssatzes (35 %) für die in Anlage I und II (Einlagen und Prothesen) unter Berücksichtigung von Arbeitszeit- und Materialeinheiten kalkulierten Produkte resultiert aus einer im Verhandlungsweg getroffenen Vereinbarung. Der Aufschlagssatz setzt sich aus 25 % Aufschlag, 2 % Schulung und 8 % Gewinn zusammen. Es besteht die Absicht, diese Aufschlagsätze in weiteren Verhandlungen zu reduzieren.

Die Kritik des beigezogenen Sachverständigen im Bereich der Prothesen besteht darin, daß zum Teil veraltete Annahmen der Reichsliste in den Entwurf zum Gesamtvertrag übernommen worden sind.

Als Beispiel kann die Abgabe einer kurzen Unterschenkelschiene mit Kugellager und Schraube angeführt werden, die sowohl im Gesamtvertragsentwurf (Bezeichnung ME 01) als auch in der Reichsliste (BZ. 415a) mit dem gleichen Tarif (S 3.125,--) ausgewiesen ist.

Die Ausführungsbestimmungen der Reichsliste besagen nun für das obige Beispiel, daß die Schiene handgeschmiedet hergestellt wird. Tatsächlich wird die Schiene fast immer fertig eingekauft (in einer der großen Vertriebsfirmen für Orthopädiepaßteile) und in der Werkstätte nur mehr angepaßt. Aufgrund eines geringer anfallenden Arbeitsanteiles müßte der Tarif im Gesamtvertragsentwurf gesenkt werden.

Dieses Beispiel zeigt, daß unbedingt eine Aktualisierung der Darstellung des arbeitstechnischen Ablaufes mit einer damit verbundenen korrigierten Preisauszeichnung

notwendig ist. Weiters sollten dem Entwurf zum Gesamtvertrag nach Meinung des Sachverständigen Ausführungsbestimmungen für die Reparaturliste hinzugefügt werden.

Die zusätzliche 2 %-ige Anhebung der Produkte im Bereich der Prothesen, den Vertragspartnern gewährt als Kompensation für die Nichterhöhung der Regiestunde, umfaßt nicht nur den zeitabhängigen Teil der Kalkulation, sondern auch die verwendeten Materialkomponenten.

Die Höhe der Aufschläge im Bereich der Bandagen und Orthesen (zwischen 48 und 90 %) sowie im Bereich der Bandagen zur Kompressionstherapie (53 bzw. 65 %) liegt weit über jenen der Landestarife. Die beispielsweise in einigen Bundesländern im gegenwärtig geltenden Landestarif verwendeten Aufschläge betragen höchstens 50 %. Es kommen allerdings noch Kosten für Anpassungsarbeiten im Landestarifbereich hinzu.

Neben diesen kritischen Anmerkungen muß jedoch ganz deutlich die voraussichtlich positive Wirkung des Preisbandes auf zukünftige Tarife hervorgehoben werden. In den Anlagen III und IV bestimmt jeweils das billigste Produkt den Aufschlagsbetrag der übrigen sich im Preisband befindlichen Produkte. Neue, billigere Produkte, die in Hinkunft die untere Grenze des Preisbandes bilden, verursachen durch die von ihnen weitergegebenen neuen Aufschläge eine Preisbewegung aller im Preisband befindlicher Produkte nach unten.

2.1.3. Produktauswahl: Darstellung der Vorgangsweise und kritische Betrachtungen dazu

Die in den Anlagen III und IV zum Entwurf des Gesamtvertrages vorgesehenen Produkte (Bandagen und Orthesen sowie Bandagen zur Kompressionstherapie) umfassen im wesentlichen Handelsware, weshalb sich in diesen Bereichen ein öffentliches Produktauswahl- und Preisfeststellungsverfahren anbot. Die folgenden Feststellungen beziehen sich daher im wesentlichen auf die Vorgangsweise der Produktauswahl zu diesen Anlagen.

Ziel der neuen Systematik der Produktauswahl war die erstmalige Einführung einer österreichweiten Qualitätsprüfung aller am Markt gängigen Produkte in diesem Bereich.

Aus den im Punkt 2.1.4 näher dargelegten Gründen hat der Hauptverband die wesentlichen diesbezüglichen Maßnahmen nicht in eigener Verantwortung gesetzt. Er akzeptierte daher die Akquisition der Anbieter, die Erstellung eines Kataloges und die Aufbereitung der Produkte durch eine von der Bundesinnung der Optiker, Bandagisten, Orthopädietechniker und Hörgeräteakustiker beauftragte Organisation ("ARGE Orthopädie"). Diese verbrachte die

vorgelegten Produkte in die Räumlichkeiten des "Forschungsinstitutes für Orthopädietechnik", dessen Leiter einer der im Expertenkomitee vertretenen Ärzte ist. Dort wurden, abgesehen von zwischenzeitlichen Grobsortierungen, Zuordnungen etc. vom 25. bis 28. August 1995 ca. 1.300 Artikel nach den Kriterien Funktionalität, Haltbarkeit und mit der Ausfolgung verbundener Anpassungsaufwand von einem Expertengremium gesichtet. In diesem Gremium, auch "vertragspartnerschaftlicher Arbeitskreis" oder "Fachausschuß für Heilbehelfe und Hilfsmittel" genannt, war die Sozialversicherung und die Bundesinnung mit jeweils sechs Personen repräsentiert. Der Eindruck einer objektiven Begutachtung könnte durch die Tatsache beeinträchtigt werden, daß unter den von der Bundesinnung delegierten Mitgliedern neben vier Mitbewerbern auch ein Repräsentant der ARGE anwesend war, welcher aufgrund der Tarifstruktur seiner Organisation ein natürliches Interesse daran haben mußte, daß möglichst viele Artikel in den Katalog aufgenommen werden, während sich die vier anderen Innungsmitglieder, die zumindest teilweise als Konkurrenten anderer Anbieter auftreten, bei der Beurteilung von Produkten ihrer Mitbewerber zwangsläufig dem Verdacht mangelnder Äquidistanz aussetzen könnten. Eine anbieterorientierte Interessensgewichtung kann aber nie völlig ausgeschlossen werden. In diesem Zusammenhang hat der Hauptverband eine Sachverhaltsdarstellung der Staatsanwaltschaft übermittelt, die zwischenzeitig die Untersuchungen jedoch eingestellt hat.

Die im genannten Zeitraum vorgenommene Begutachtung führte sodann zu dem Ergebnis, daß von ca. 1.300 vorgelegten Artikeln 118 ausgeschieden wurden und der Rest (ca. 1.200 Artikel oder ca. 90 %) in den Katalog aufzunehmen sei. In weiterer Folge wurden, soweit noch nicht vorhanden, von der ARGE Orthopädie die Preise der Anbieter eingeholt.

Nach genauer Durchsicht der Briefmuster, welche die ARGE Orthopädie den potentiellen Vertragspartnern des Hauptverbandes übermittelte, distanzierte sich der Hauptverband in einem Schreiben an die Bundesinnung der Optiker, Orthopädietechniker, Bandagisten und Hörgeräteakustiker vom 21.12.1994 formell von der Verantwortung für diese Vorgangsweise. Insbesondere monierte er die Tatsache der "außerordentlich hohen Geldbeträge", welche "die in Betracht kommenden Firmen ... einzahlen müssen, wenn sie ihre Produkte ... einreichen wollen". Auch hätten daran bereits mehrere Firmen Kritik geübt und auf entstandene Unkosten von rd. S 750.000,- hingewiesen. Abschließend deponierte der Hauptverband seine Auffassung über die erforderliche Chancengleichheit, die gewährleisten müßte, daß alle Firmen, insbesondere jene, welche knapp kalkulieren und daher kostengünstig produzieren, ihre

Produkte der Sozialversicherung anbieten können. Tatsächlich liegen den Einschauorganen jedoch mehrfach Hinweise darauf vor, daß der Hauptverband die ARGE insoweit stützte, daß er weitere sich direkt an ihn wendende Bewerber entweder an die ARGE verwies oder die schon an ihn übermittelten Produkte an die ARGE zur weiteren "Behandlung" im Sinne der einschlägigen Geschäftsbedingungen weiterleitete. Die Firmen medi-Austria, Innsbruck, Ozo-Zours GesmbH, Hattingen (D) und Ormed-Medizintechnik GesmbH, Wien, kontaktierten den Hauptverband direkt relativ frühzeitig, sodaß deren Produkte bereits bei der im FIOT stattgefundenen Produktprüfung im August 1995 begutachtet werden konnten. Bei dieser Prüfung wurde jeweils der Großteil (z.B. bei medi-Austria, Fa. Ormed) der von diesen Firmen eingereichten Produkte bzw. sogar alle eingereichten Produkte (z.B. Fa. Ozo-Zours) für in Ordnung befunden und in den Artikelkatalog aufgenommen.

Somit war durch diese Vorgangsweise des Hauptverbandes eben jener Zustand gewährleistet, den der Hauptverband in seinem Schreiben an die Innung wegen der damit verbundenen Chancenungleichheit kritisiert hatte.

2.1.4. Funktion der "ARGE Orthopädie"

Aufgrund der den Untersuchungsorganen zugänglichen Unterlagen ist eine "ARGE Orthopädie" etwa um die Jahresmitte 1994 mit dem Hauptverband in Verbindung getreten. Welche Rechtsform diese Organisation hat, wann sie gegründet wurde, wer sie rechtsverbindlich nach außen vertritt und wer mit welchem Vermögen für die der ARGE anvertrauten "Prüfgebühren" haftet, war mangels einschlägiger Unterlagen nicht nachvollziehbar. Eine Eintragung im Firmenbuch ist bis dato nicht evident. Den Untersuchungsorganen ist jedoch bekannt, daß der Rechnungshof aufgrund der ihm zur Verfügung stehenden Zeit und aufgrund seiner erweiterten auch außerhalb des Vollzugsbereiches der Sozialversicherung liegenden Prüfungsmöglichkeiten diesbezüglich nähere Erhebungen durchführen wird. Eine allfällige Mitgliedschaft von Vertretern der Sozialversicherung bei dieser Organisation konnte ebenso nicht festgestellt werden.

Laut Mitteilung der Bundesinnung für Augenoptiker, Orthopädietechniker, Bandagisten und Hörgeräteakustiker an die Clubs aller im Parlament vertretenen Parteien vom 18.6.1996 ist die ARGE Orthopädie ein Beratungsgremium der genannten Innung, "welches zur Vorbe-

reitung und fachlichen Aufbereitung entsprechender Grundlagen für die mit dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger laufenden Verhandlungen über die Erstellung eines neuen Gesamtvertrages für Orthopädietechniker und Bandagisten ins Leben gerufen wurde". Nach einem nicht näher zuordenbaren Briefmuster hat sich die ARGE unter der Federführung von Dr. Gerd Ivanic mit einem Handy-Telefonanschluß an einer Grazer Adresse etabliert. Konkreter formuliert werden die Unternehmensziele der ARGE in einem Gemeinschaftsschreiben des Hauptverbandes, der Bundesinnung der Optiker, Bandagisten, Orthopädietechniker und Hörgeräteakustiker und der ARGE Orthopädie vom 8.10.1995: Danach hat die ARGE im Auftrag der Bundesinnung eine Produktliste erstellt und diese dem Hauptverband zur Verfügung gestellt. Die Produktliste soll einem Expertenkreis vorgelegt werden, der über die Aufnahme in eine Tarifliste entscheidet, in der alle Produkte zusammengefaßt werden sollen, die mit den Versicherungsträgern direkt verrechnet werden können. Aus zwei Briefmustern der ARGE sind die näheren Geschäftsbedingungen zu entnehmen: Nach Einzahlung von S 3.000,-- auf das Konto der ARGE erhält der Interessent einen Bandagen- und Orthesenkatalog, die notwendige Computersoftware sowie weitere Informationen. In weiterer Folge sind mit der Vorlage der angebotenen Produkte folgende Zahlungen zu leisten: Für die ersten zehn eingereichten Produkte ein Unkostenbeitrag von je S 5.000,--, für die nächsten zehn jeweils S 4.000,--, für alle weiteren jeweils S 3.000,--. Diese Beträge verfallen, wenn die eingereichten Produkte in den Katalog aufgenommen werden. Andernfalls werden pro vorgelegtem Produkt S 1.000,-- einbehalten.

Im Zuge der nunmehr durchgeführten Untersuchung wurde von den meisten Gebietskrankenkassen, nachrichtlich auch von Kammerfunktionären und Produkthanbietern Kritik an dieser Form der Angebotsermittlung geübt. Konkret beanstandet wurde generell die "Anmeldegebühr", welche für manche an einem Vertragsverhältnis mit der Sozialversicherung interessierten Firmen eine wirtschaftliche Barriere bildet. Kritisiert wird ferner die mangelnde rechtliche Deklaration der ARGE in Verbindung mit Haftungsfragen hinsichtlich jener namhaften Geldbeträge, welche interessierte Anbieter ohne jede Sicherheit im voraus für die Chance, in einen Katalog aufgenommen zu werden, bezahlen müssen.

Nach Auffassung der Untersuchungsorgane muß es selbstverständlich der zuständigen Innung vorbehalten bleiben, welcher Organisation sie sich zur Beratung bedient. Ebenso hat sich diese Interessensvertretung mit ihren Mitgliedern darüber auseinanderzusetzen, ob es

diesen zum Vorteil gereicht, wenn die Aufnahme in einen Produktkatalog u.a. vom Erlag eines derart hohen Kostenbeitrages abhängig gemacht wird. Es muß auch dem Hauptverband nicht zuletzt aufgrund der personellen und technischen Unterversorgung seiner für den Bereich Heilbehelfe und Hilfsmittel zuständigen Organisationseinheit, die außerdem noch so wirtschaftlich bedeutende Vertragsbereiche wie Krankenanstalten, Kuranstalten usw. zu betreuen hat, durchaus zugestanden werden, daß eine Tätigkeit, wie sie die Auflistung einer Fülle von Behelfen nach Funktions-, Indikations-, Ausführungs- und Qualitätskriterien darstellt, vorwiegend nur mit externer Hilfe erbracht werden kann. Spätestens zu dem Zeitpunkt, zu dem jedoch - auch dem Hauptverband - offenkundig wurde, daß durch die kritisierte Vorgangsweise dieses Beratungsgremiums die Handlungs- und Gestaltungsspielräume bei der Auswahl der Vertragspartner und deren Produkten zum Nachteil der Sozialversicherung eingeengt werden, wäre Handlungsbedarf seitens des Hauptverbandes gegeben gewesen. Nach Aussage des Hauptverbandes wurde ein diesbezüglicher sofortiger Handlungsbedarf nicht gesehen, da nach Inkrafttreten des Vertrages ohnehin auch der Hauptverband als Einreichstelle für neue Produkte vorgesehen gewesen wäre.

2.1.5. Argumente für den Abschluß des Gesamtvertrages

Nach jahrelangen, anfänglich größtenteils ergebnislosen Gesprächen ist es dem Hauptverband nunmehr nach rund eineinhalb Jahren intensiver Verhandlungen gelungen, mit der Bundesinnung der Bandagisten und Orthopädietechniker eine Einigung über die völlige Neugestaltung des Leistungsbereiches orthopädischer Heilbehelfe und Hilfsmittel zu erzielen, wobei ein bundesweit einheitlicher Leistungskatalog nach Qualitätskriterien und Preisen erarbeitet wurde. Laut Zielvorstellung des Hauptverbandes soll der Gesamtaufwand auf dem Niveau des Jahres 1995 gehalten werden. Das neuartige Preisbildungssystem soll den Marktmechanismus zum Vorteil der Sozialversicherung ankurbeln, indem künftig nur mehr gleichartige Produkte in den Katalog aufgenommen werden, wenn sie billiger oder qualitativ höherwertig sind.

Abgesehen davon, daß der derzeit gültige Gesamtvertrag im Hinblick auf die bestehende Marktsituation (es sind vielfach Fertig- und Halbfertigprodukte am Markt, in der Prothetik stehen z.B. teilweise völlig andere Materialien in Verwendung) und auch im Hinblick auf mittlerweile zahlreich erfolgte legislative Änderungen nicht mehr den derzeitigen Gegeben-

heiten entspricht, ist vom Entwurf eines neuen Gesamtvertrages ein wesentlich größerer Bereich der Heilbehelfe bzw. Hilfsmittel als bisher erfaßt (ca. 40 % des Gesamtaufwandes für Heilbehelfe und Hilfsmittel; durch die vom Hauptverband angestrebte bundeseinheitliche Regelung für die gesamte Brillenversorgung, für Hörgeräte und Inkontinenzartikel wird sich dieser Prozentsatz erhöhen; derzeit sind ca. 20 % des Gesamtaufwandes durch Gesamtverträge geregelt). Dies ermöglicht den Versicherten einen einheitlichen Zugang zu diesen Leistungen und vermeidet unterschiedliche Beurteilungen hinsichtlich Zweckmäßigkeit und Maß des Notwendigen seitens der einzelnen Krankenversicherungsträger. Klare Definitionen (Katalogisierung der Produkte) im Sinne einer Straffung und transparenten Gestaltung der Versorgungsbereiche sowie einheitliche Tarife zählen zu den weiteren Vorteilen des Vertragsentwurfes, ebenso wie die Qualitätssicherung. Insgesamt ist eine Administrationsvereinfachung sowohl für die Vertragspartner als auch die Kassen (Vereinfachung der Abrechnung durch Indikationszuordnung ...) zu erwarten.

2.1.6. Gründe für die bisher noch nicht erfolgte Beschlußfassung bzw. Wirksamkeit des Gesamtvertrages

Die Wirtschaftskammer Österreichs, Bundesinnung der Augenoptiker, Orthopädietechniker, Bandagisten und Hörgerätetechniker, hat im Zuge der Verhandlungen zum neuen Gesamtvertrag wiederholt - zuletzt schriftlich am 8. Juli 1996 - festgestellt, daß lediglich ein österreichweit geltender, alle Versicherungsträger einbeziehender Vertrag im vorgesehenen Umfang sinnvoll ist und daher von ihr auch nur ein solcher Vertrag akzeptiert wird. Diese Forderung würde die Zustimmung aller Versicherungsträger zum vorliegenden Vertragsentwurf voraussetzen, was unter den zum Zeitpunkt der Untersuchung vorgefundenen Umständen aus folgenden Gründen wegen Vorbehalten einzelner Sozialversicherungsträger nicht möglich war:

§ 4 Bewilligung: Die in den Anlagen I bis V festgelegten Abgabebeschränkungen sind gemäß Abs.1 dieser Bestimmung verbindlich, wobei Versicherungsträger, die Abgabebeschränkungen in Abweichung davon ändern, gemäß Abs.2 "tunlichst österreichweit einheitlich vorzugehen" haben und der Hauptverband davor mit der Bundesinnung diesbezügliche Gespräche zu führen hat.

Die im Entwurf vorgesehene (zu) weitgehende Bewilligungsfreiheit würde nach Meinung einiger Krankenversicherungsträger zu einem Verlust der solchen Abgabebeschränkungen immanenten Präventivwirkung führen. Daß bereits vorgesehene Plausibilitätskontrollen von vornherein zu einer erheblichen Kostenreduktion führen können, zeigt ein aus einem anderen Bereich ausgewähltes Beispiel im Wirkungsfeld einer Gebietskrankenkasse, wo die durch die Richtlinien des Hauptverbandes über die Berücksichtigung ökonomischer Grundsätze bei der Krankenbehandlung für den Einsatz der Computertomographie verbindlich eingeführte "Chefarztpflicht" (= vorherige chefärztliche Bewilligung zur Sicherstellung des gesetzlichen Wirtschaftlichkeitsgebotes) im Juni dieses Jahres zu einem Rückgang derartiger Untersuchungen um weit über 30 % geführt hat. Aus ökonomischen Erwägungen bzw. im Interesse der erforderlichen Flexibilität, bei Beobachtung bestimmter Aufwandsentwicklungen im Ansatz entsprechend rasch durch den Einsatz einer gezielten Kontrollarztpflicht reagieren zu können, ist die ausdrückliche Zulassung einer (allenfalls temporär oder auf bestimmte Produkte begrenzten) Erweiterung der derzeit bestehenden Abgabebeschränkungen im Rahmen der trägerbezogenen Entscheidungsautonomie zu befürworten.

§ 6 Aufwandslimitierung: Hier wird bestimmt, daß der vom 1. Juni 1996 bis 31. Mai 1997 von allen Versicherungsträgern zu leistende Aufwand für den gesamten von diesem Gesamtvertrag geregelten Leistungsbereich den vergleichbaren Aufwand aller Versicherungsträger für den selben Leistungsbereich des Jahres 1995 nicht übersteigen soll.

Die meisten Krankenversicherungsträger verfügen jedoch noch nicht über die entsprechenden EDV-Kapazitäten, um den Leistungsaufwand der vom Geltungsbereich des Gesamtvertrages umfaßten Artikel detailliert zu erfassen. Selbst wenn dies in absehbarer Zeit möglich wäre, fehlen den Kassen die entsprechenden Vergleichsdaten des Jahres 1995 und darüberhinaus konkrete Regelungen, wie vorzugehen ist, wenn das in dieser Bestimmung formulierte Ziel der Aufwandslimitierung nicht erreicht wird.

§ 10 Abs. 4 Ausfallhaftung: "Wird ein Behelf vom Anspruchsberechtigten willkürlich trotz schriftlicher Aufforderung durch die Vertragsfirma nicht innerhalb von vier Wochen übernommen ... so sind die angefallenen Kosten von der Vertragsfirma mit dem Anspruchsberechtigten direkt zu verrechnen." Kommt der Anspruchsberechtigte trotz zweimaliger Mahnung seiner Zahlungsverpflichtung nicht nach, so übernimmt der leistungszuständige Versicherungsträger gemäß dieser Bestimmung die Ausfallhaftung.

Diese Bestimmung wird von einigen Gebietskrankenkassen unter Hinweis auf vergleichsweise schlechte Erfahrungen in einem anderen Vertragspartnerbereich kritisiert und sollte nach Meinung dieser Versicherungsträger ersatzlos entfallen. Die Frage der Preisgefahr ist im Vertragspartnerbereich allerdings nicht unumstritten, sodaß wohl von einer Rechtsverträglichkeit der vorgesehenen Regelung auszugehen ist.

§ 12 Gesamtvertrag - Einzelverträge: Nach dieser Bestimmung soll der Inhalt des Gesamtvertrages ohne Abschluß von Einzelverträgen zwischen den Versicherungsträgern und den Mitgliedern der Bundesinnung wirksam sein .

Einige Gebietskrankenkassen befürchten, daß durch diese Bestimmung keinerlei Kündigungsmöglichkeit etwa im Falle der Malversation eines Vertragspartners bestünde. Unter der Annahme, daß Landesinnungen zum Abschluß von Einzelverträgen nicht bereit sein werden, wird damit gerechnet, daß einzelne Vertragspartner als Mitglieder der Bundesinnung trotz gegenteiliger Interessen eines Sozialversicherungsträgers die Zuhaltung des Gesamtvertrages erzwingen könnten.

Dem hält der Hauptverband entgegen, daß schon aufgrund des Gesamtvertrages mit den einzelnen Mitgliedern der Bundesinnung de iure ein (abgeleitetes) Einzelvertragsverhältnis besteht, weshalb im Falle nachgewiesener Vertragsverletzungen dieses in Anwendung der Bestimmungen des § 13 des Entwurfes (Beendigung des Einzelvertragsverhältnisses) sofort beendet werden kann.

Was den für alle Versicherungsträger vorgesehenen Geltungsbereich (§ 1) betrifft, muß grundsätzlich festgestellt werden, daß der Vertragsentwurf in keiner Weise die unterschiedlichen und u.U. wirtschaftlicheren, zum Teil auch strukturbedingten Abgabesysteme (z.B. direkter Einkauf bestimmter Produkte und Abgabe direkt über die Lieferfirmen, Ärzte, Krankenhäuser bzw. über Selbstabgabestellen) einzelner Krankenversicherungsträger berücksichtigt. § 5 Abs.1 des Vertragsentwurfes regelt ausdrücklich, daß die Leistungen gemäß § 2 vom Versicherungsträger mit den in den Anlagen I bis VI festgelegten Tarifen abgegolten werden. Leistungen nach § 2 sind aber neben der Anfertigung auch die Instandsetzung und die Abgabe der angeführten Behelfe. Die Tarife beinhalten daher auch die entsprechenden Gewinnspannen z.B. für Bandagisten. Es ist somit aus wirtschaftlicher Sicht nicht vorstellbar, daß der Vertrag unter den derzeit gegebenen Umständen auch bei jenen Trägern hinsichtlich jener

Produkte, die die Träger selbst einkaufen und direkt abgeben bzw. fallweise auch instandsetzen, Geltung erlangt.

Zu den Anlagen

Während die Anlagen I (Einlagen) und II (Prothesen) bei der überwiegenden Mehrheit der Krankenversicherungsträger Zustimmung finden, fordert eine Gebietskrankenkasse aus ökonomischen Gründen eine Nachkalkulation der Anlage I und kritisiert zur Anlage II, daß die Versorgung vom Aktivitätsgrad des Behinderten abhängig ist, sodaß als Folge stets die teuersten Bauteile verwendet werden würden. Zudem wird die Aktivität in der Praxis schwer zu überprüfen sein.

Die Anlagen III (Bandagen und Orthesen) und IV (Bandagen zur Kompressionstherapie) würden den meisten Kassen aufgrund von Hochrechnungen Einsparungen bzw. Kostenneutralität bringen, einer Gebietskrankenkasse jedoch beträchtliche Mehraufwendungen.

Auch bei Anlage V (Artikel zur Colo-, Ileo- und Urostomieversorgung; Artikel zur ableitenden Inkontinenzversorgung und Artikel zur Ulcus- und Dekubitalversorgung) würde dieser Gebietskrankenkasse ein Mehraufwand erwachsen.

Auch andere Gebietskrankenkassen sind aufgrund besonderer Lieferverträge in der Lage, die Versorgung der Versicherten zu wesentlich günstigeren Tarifen als in der Auflistung der Anlage V sicherzustellen. Jene Artikel aus der Anlage V, welche eine Gebietskrankenkasse im Rahmen der Direktversorgung von inkontinenten Patienten nach erfolgter EU-weiter Ausschreibung selbst einkauft, sind z.B. von der Zustimmungserklärung auch dieser Kasse ausdrücklich ausgenommen. Ähnlich verhält es sich bei anderen Gebietskrankenkassen.

Einig sind sich nicht nur die den Gesamtvertrag ablehnenden, sondern auch ein Teil der zustimmenden Versicherungsträger in der Kritik über die Vorgangsweise beim Zustandekommen des Produktkataloges bzw. der einzelnen Tarife vor allem im Hinblick auf die Rolle der ARGE Orthopädie. Diesbezüglich hätten alle Kassen Beschwerden von Firmen erhalten. Grundsätzlich wurde aber auch die weitgehende Überlassung der Auswahl der vertragsgegenständlichen Artikel an die Bundesinnung als Interessensvertreter der Anbieter in Frage gestellt.

Eine neuerliche ergänzende Produktauswahl sollte etwa durch Kundmachung in der Wiener Zeitung oder im Amtlichen Teil der "Sozialen Sicherheit" eingeleitet werden, in der alle

Firmen zur Einsichtnahme in die Unterlagen eingeladen werden, um allenfalls noch günstigere Tarifangebote legen zu können. Zwecks Grundlagenbeschaffung im Vorfeld laufender bzw. künftiger Verhandlungen mit der Bundesinnung wird die vermehrte Einbeziehung aller betroffenen Versicherungsträger - ähnlich wie dies derzeit zur Vorbereitung eines Gesamtvertrages für Hörgeräte vorbildlich geschieht - notwendig sein.

2.2. Weitere Aktivitäten des Hauptverbandes mit dem Ziel einer einheitlichen Tarifgestaltung

2.2.1. Hörgeräte

Im Hauptverband wurden mit den Berufsgruppenvertretern der Hörgeräteakustiker am 25. Juni und am 3. Juli 1996 Gespräche mit dem Ziel von Kostendämpfungsmaßnahmen im Bereich der Hörgeräteversorgung geführt. Dabei wurde ein Konsens gefunden, der kurzfristig als Sofortmaßnahme Preissenkungen und mittelfristig eine grundlegende Überarbeitung dieses Leistungsbereiches vorsieht. Ab sofort hat jeder Sozialversicherungsträger die Möglichkeit, dieser Vereinbarung über die Abgabe von Hörgeräten beizutreten, wobei wesentlich günstigere Preise (Tarife) als bisher gelten.

Während vor Einführung der "medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation" als Aufgabe der sozialen Krankenversicherung die Versorgungsökonomie kein Problem darstellte (Leistungsbeschränkung mit satzungsmäßigen Höchstbeträgen - wegen der beträchtlichen Restkosten wurde vom Patienten selbst auf die Ökonomie geachtet), entfiel nunmehr (ab 1.1.1992) dieses Regulativ durch volle Kostenübernahme, was sich in einem beträchtlichen Mehraufwand niederschlug. Die neuen Tarife bedeuten eine wesentliche Verbilligung.

In Fortsetzung seiner Bemühungen, diesen Leistungsbereich grundlegend zu überarbeiten bzw. einen Gesamtvertrag über die Abgabe von Hörgeräten abzuschließen, hat der Hauptverband allen Sozialversicherungsträgern mit Schreiben vom 9. August 1996, Zl. 34-69.13/96 Pa/Mz mitgeteilt, daß im Einvernehmen mit den Berufsgruppenvertretern der Hörgeräteakustiker die Einsetzung eines Verhandlungsteams in Aussicht genommen wird, welches sich aus Mitgliedern des "Arbeitskreises Hörgeräte" zusammensetzen soll. Zur Vorbereitung der weiteren Verhandlungen mit der Bundesinnung der Hörgeräteakustiker ersucht der Hauptverband die Versicherungsträger u. a. um Bekanntgabe der im Jahre 1995 erwachsenen Auf-

wendungen für die Versorgung von Patienten mit Hörgeräten sowie um Bekanntgabe der von den einzelnen Trägern gesetzten Kontrollmaßnahmen (Bewilligung bzw. nachträgliche Begutachtung). Es ist sogar in Aussicht genommen, für allenfalls diffizile Fragestellungen externe Gutachten einzuholen, wofür vorsorglich ein Betrag von maximal S 200.000,-- bereitgestellt werden soll.

Das Ziel der Verhandlungen soll sein, unter Berücksichtigung internationaler Preisabfragen (Tarife) einen bundesweit für alle Sozialversicherungsträger einheitlichen Gesamtvertrag über die Anpassung, Abgabe, Verrechnung und Instandsetzung von Hörgeräten auszuarbeiten und abzuschließen. Zeitziel: Inkrafttreten des Gesamtvertrages mit 1. Jänner 1997. Weitere Ziele u.a. dezentrale Versorgung, Qualitätssicherung und bezüglich der Tarifstruktur eine Trennung in Dienstleistungs- und Gerätekosten.

2.2.2. Inkontinenzartikel

Auch für den Bereich der saugenden Inkontinenzversorgung liegt bereits ein neuer Vertragsentwurf (Rahmenvertrag) mit einheitlichen Tarifen vor, der für jene Kassen vorgesehen ist, die daraus einen ökonomischen Vorteil lukrieren können.

2.2.3. Sonstige

Der Hauptverband beabsichtigt bereits seit längerem auch einen österreichweiten Vertrag mit der Bundesinnung der Augenoptiker für den Bereich der gesamten Brillenversorgung abzuschließen. Während bundesweit derzeit nur Brillengläser gesamtvertraglich geregelt sind, sollen in Hinkunft z.B. auch "Kunststoffbrillengläser" Gegenstand des Gesamtvertrages sein (derzeit bestehen dafür Vereinbarungen auf Landesebene).

Auch für orthopädische Schuhe soll eine Neuregelung kommen.

3. STELLUNGNAHME ZU EINZELNEN ÖFFENTLICH ERHOBENEN VORWÜRFEN

3.1. Orthopädische Schuhe

Anlaßfall für im Parlament, aber auch über die Medien vorgebrachte Kritik war der Preis bzw. Tarif für ein Paar orthopädische Schuhe. Gemäß Verordnungsschein vom (zuletzt) 2.4.1996 lautet die Verordnung auf ein Paar orthopädische Schuhe nach Maß, zehen- und fersenfremd wegen Senk- und Spreizfuß beiderseits.

Lt. Schreiben der Firma F., Schuhhaus und Orthopädie, vom 20.6.1996 an die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse arbeitet die Patientin in einem Altenheim als Köchin und klagt über starke Schmerzen im gesamten Fußbereich und über Beschwerden im Wirbelsäulenbereich. Zudem war zu berücksichtigen, daß die besagte Firma - lt. eigenen Angaben und laut Angaben der Bundesinnung - einen orthopädischen Berufsschuh mit geschlossenem Zehenteil wegen der besonderen Anforderungen des Arbeitsplatzes der Patientin (Verwendung in der Küche) anzufertigen hatte. Diese Schuhe wurden fachmännisch gefertigt und entsprachen dem indizierten Krankheitsfall (Auszug aus der Beschreibung der erbrachten Leistungen: Maß genommen, eine Trittspur sowie eine Halbschale mittels eines Abdruckschaumes (Pos.35b) abgenommen. Anfertigung eines Leistens mit dazu notwendigen Korrekturen, wo besonders auf eine Abstützung des Vorfußballens einschl. einer Pelotte zur Entlastung des Vorfußes Wert gelegt wurde. Es war auch notwendig, eine rückversetzte Entlastungsrolle für den Vorfuß einzubauen. Für das Sohlenmaterial mußte ein speziell weicher Unterbau in Form einer Keilsohle verwendet werden, da ein stoßdämpfender Auftritt für diese individuelle Versorgung notwendig war. Als Laufsohle wurde ein spezielles, rutschsicheres Material verwendet, weil der Kunde ein sicheres Gehen auf nassem bzw. fettem Küchenboden gewährleistet werden mußte. Es wurden keinerlei Halbfertigprodukte verwendet). Die Bundesinnung weist im besonderen darauf hin, daß orthopädische Schuhe individuell in Handarbeit für jeden Patienten extra angefertigt werden.

Das angefertigte Produkt wurde im Auftrag der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse von der Bundesstaatlichen Prothesenwerkstätte Linz (Orthopädienschuhmachermeister in der PW-Linz Herr Böhm und Leiter der Werkstätte Herr Janout) begutachtet. In der Stellungnahme dazu vom 16.7.1996 heißt es u.a.: "Bei dem vorgestellten orthopädischen Schuh handelt

es sich um 100 %-ige Handarbeit, da nur eine solche der gegebenen Problemstellung gerecht werden kann. Da Herr F. den orthopädischen Schuh einem Maschinenschuh nachempfand, ist der Unterschied beider für den Laien nicht sofort ersichtlich. Die Ausführung entspricht der ärztlichen Verordnung (Ausnahme: Zehenfreiheit, da dies lt. Aussage von Herrn F. bei der Berufsausübung von Fr.E. nicht gestattet ist). Die verrechneten Positionen sind somit gerechtfertigt. Nach Wissen der PW-Linz gibt es derzeit noch keinen maschinengefertigten Schuh, der den Problemen der Patientin gerecht würde."

Die Kalkulation stellt sich im vorliegenden Fall nach der derzeit geltenden Positionsliste (Gesamtvertrag: Hauptverband - Bundesinnung) wie folgt dar:

	S
1 x POS D/a (1 Paar holzgenagelte Schnürschuhe, 15 cm hoch, aus braunem Boxcalf)	6.085,30
1 x POS 40 (Doppelsonhle aus Leder oder Gummi pro Paar)	453,90
<u>rechts:</u> 1 x POS 6 (Orthopädische Ausgestaltung eines Schuhs bei schwerem Plattfuß)	1.404,10
1x POS 12 (Starke Rolle oder Wiege unten oder auf der Sohle)	214,40
1 x POS 35b (Abgipsung der Fußsohle oder Zehendeformation)	211,70
<u>links:</u> 1 x POS 6	1.404,10
1 x POS 12	214,40
1 x POS 35b	<u>211,70</u>
	10.199,60
+ 20 % Mehrwertsteuer	<u>2.039,92</u>
Gesamtbetrag	12.239,52 *)

*) Laut bewilligtem Betrag gemäß den bei der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse aufliegenden Unterlagen zuzüglich 2 x Position 13 (Absatz innen, in der Mitte oder außen um mindestens 1 ½ cm vorgebaut) d.s. S 395,40 exkl. Mwst.

Die angeführten Beträge stimmen mit dem geltenden Tarif überein.

Die Bundesinnung führt dazu aus, daß orthopädische Schuhe - bei gleichem Standard - in der Schweiz im Preis wesentlich und in Deutschland höher zu stehen kommen. Ferner wird angeführt, daß in den derzeitigen Ausführungsbestimmungen, welche Bestandteil des Vertrages mit dem Hauptverband sind, von einem geschlossenen Schuh gesprochen wird, der gegenständliche Schuh aber fersenfrem ist. Der Einbau der notwendigen Versorgungselemente sei bei solchen Schuhen äußerst schwierig. Diesbezügliche Angleichungen der Ausführungsbestimmungen werden von der Bundesinnung und dem Hauptverband bereits seit zehn Jahren verhandelt.

Der Verordnung vom zuletzt 2.4.1996 gehen ebensolche Verordnungen vom 23.1.1993 und 24.1.1995 voraus, sodaß die Betreffende bis dato bereits 3 Paar orthopädische Schuhe bezogen hat. Kostenträger war jeweils die Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter aus dem Titel "medizinische Rehabilitation PV" im Sinne des Hilfsmittelkataloges des Hauptverbandes (die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse ist im gegenständlichen Fall nur in Vorleistung getreten). Auch eine von der Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter, Landesstelle Linz, veranlaßte fachärztliche Begutachtung vom 19.6.1996 hat ergeben, daß die Antragstellerin mit dem vorliegenden Schuhmodell von unfallchirurgischer Seite her adäquat versorgt erscheint.

Der Bundesminister:

HUMS e.h.

E 12-NR/XX.GP

E n t s c h l i e ß u n g

des Nationalrates vom 13. Juni 1996

Der Bundesminister für Arbeit und Soziales wird ersucht, die von ihm angekündigte Untersuchung der Vergabep Praxis der gesetzlichen Krankenversicherungsträger, einschließlich des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger betreffend Heilmittel und Heilbehelfe so zeitgerecht abzuschließen, daß er dem Nationalrat bis spätestens 31. Oktober 1996 über das Ergebnis der Prüfung berichten kann.