

Vorblatt

Problem:

Erforderlichkeit organisatorischer Maßnahmen zur Zukunftssicherung der sozialen Krankenversicherung.

Im Hinblick auf die derzeit prekäre finanzielle Situation der gesetzlichen Krankenversicherung ist eine Reihe inhaltlicher und finanzieller Maßnahmen erforderlich, um nachhaltig die Versorgung der Versicherten und ihrer Angehörigen sowie die Leistungsfähigkeit der Krankenversicherungsträger sicherzustellen. Entsprechende Anpassungen an die sozialversicherungsrechtlichen Änderungen wären auch im Ärztegesetz 1998, Zahnärztegesetz und Zahnärztekammergesetz sowie Rezeptpflichtgesetz notwendig. Auch im Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten sind im Hinblick auf das „Hinauswirken“ der Medikationsempfehlungen im Entlassungsbrief auf den niedergelassenen Bereich Adaptierungen erforderlich.

Weiters stellt sich die Erforderlichkeit der Anpassung und Weiterentwicklung verschiedener Bereiche in den Sozialversicherungsgesetzen und in weiteren mitbetroffenen Gesetzen aufgrund der Änderungen im Sozialversicherungsbereich, der Rechtsentwicklung sowie der Anpassungen an Vorgaben der Transparenz-Richtlinie, 89/105/EWG.

Ziel:

Umsetzung der im Regierungsprogramm für die XXIII. Gesetzgebungsperiode unter dem Titel „Steuerung des Gesundheitswesens“ festgeschriebenen organisatorischen Maßnahmen.

Nachhaltige Absicherung im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung sowie Aktualisierung in verschiedenen Bereichen des Sozialversicherungsrechts durch Vornahme notwendiger Anpassungen und Rechtsbereinigungen, Schaffung der Richtlinienkonformität im Bereich der Fristen für den Erstattungskodex.

Inhalt /Problemlösung:

Neugestaltung der Aufgaben des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger und seiner Organisation auf der Grundlage sozialpartnerschaftlicher Vorschläge; Adaptierungen im Bereich der Organisationsstruktur der Sozialversicherungsträger.

Durch eine Reihe von Maßnahmen erfolgt eine nachhaltige Absicherung der Finanzierung der Versicherungsleistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Hiezu gehören insbesondere eine Neuregelung im Bereich der Abgabe von Arzneispezialitäten durch die Apotheken und eine Flexibilisierung im Bereich des Vertragspartnerrechtes. Entsprechende Anpassungen an die sozialversicherungsrechtlichen Änderungen erfolgen auch im Rahmen des Ärztegesetzes 1998, Zahnärztegesetzes und Zahnärztekammergesetzes sowie des Rezeptpflichtgesetzes. Auch im Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten erfolgen Adaptierungen, um im Hinblick auf das „Hinauswirken“ der Medikationsempfehlung im Entlassungsbrief auf den niedergelassenen Bereich kostendämpfend zu wirken.

Zusätzlich erfolgen Ergänzungen im Unfallversicherungsbereich des ASVG und des BSVG. Weiters werden die Regelungen betreffend die Fristen im Verfahren zur Aufnahme einer Arzneispezialität in den Erstattungskodex an die Vorgaben der Transparenz-Richtlinie, 89/105/EWG, angepasst.

Als finanzielle Maßnahmen sind ein Forderungsverzicht des Bundes im Ausmaß von 450 Millionen Euro sowie die vollständige Abgeltung der nicht-abziehbaren Vorsteuer, was einem Mehrertrag von 120 bis 130 Millionen Euro entspricht vorgesehen.

Alternativen:

Keine.

Auswirkungen des Regelungsvorhabens:

– Finanzielle Auswirkungen:

Durch die beabsichtigte Straffung der Organisation der Sozialversicherung ist mit bedeutenden Einsparungen im Verwaltungsbereich zu rechnen.

Im Übrigen wird auf die finanziellen Erläuterungen verwiesen.

– **Wirtschaftspolitische Auswirkungen:**

– **Auswirkungen auf die Beschäftigung und den Wirtschaftsstandort Österreich:**

Absicherung der Beschäftigungslage im Gesundheitssektor, Schaffung hochqualifizierter Arbeitsplätze im Bereich der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen.

– **Auswirkungen auf die Verwaltungslasten für Unternehmen:**

Durch den vorgesehenen Nachweis über die erbrachten Leistungen („PatientInnenquittung“) ist mit jährlichen Verwaltungskosten von rund 20 Millionen Euro zu rechnen.

– **Auswirkungen in umweltpolitischer, konsumentenschutzpolitischer sowie sozialer Hinsicht:**

Sicherstellung von medizinischen Leistungen für die Versicherten und ihre Angehörigen.

– **Geschlechtsspezifische Auswirkungen:**

Keine.

Verhältnis zu Rechtsvorschriften der Europäischen Union:

Durch die vorgesehenen Änderungen im Bereich der Verordnung und Abgabe von Arzneyspezialitäten sowie im Erstattungskodex soll den Vorgaben der Transparenz-Richtlinie, 89/105/EWG, entsprochen werden. Die sonstigen im Entwurf vorgesehenen Regelungen fallen nicht in den Anwendungsbereich des Rechts der Europäischen Union.

Besonderheiten des Normerzeugungsverfahrens:

Zweidrittelmehrheit im Nationalrat im Hinblick auf eine vorgesehene Verfassungsbestimmung im ASVG. Hinsichtlich Artikel 16 des vorliegenden Gesetzentwurfes steht dem Bundesrat gemäß Artikel 42 Abs. 5 B-VG keine Mitwirkung zu.

Erläuterungen

zum ASVG - Teil 1, zum GSVG – Teil 1, zum BSVG –Teil 1, zum APG, zum B-KUVG – Teil 1 und zum NVG 1972

I. Allgemeiner Teil

Im Regierungsprogramm für die XXIII. Gesetzgebungsperiode ist im Kapitel „Gesundheit“ unter Punkt 3 („Steuerung im Gesundheitswesen“) vorgesehen, dass die Gebietskrankenkassen auf der Grundlage dezentraler Organisationsstrukturen eine gemeinsame Sparte Krankenversicherung im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger bilden sollen. In diesen Zusammenhang hat eine Neugestaltung der Aufgaben des Hauptverbandes und seiner Organisation zu erfolgen.

Die Sozialpartner, namentlich der Österreichische Gewerkschaftsbund und die Wirtschaftskammer Österreich, haben Anfang April 2008 ein Papier vorgelegt, in dem umfassende Maßnahmen zur Zukunftssicherung für die soziale Krankenversicherung verzeichnet sind.

Unter anderem schlagen die Sozialpartner den Abschluss einer Sanierungsvereinbarung zwischen Hauptverband und Bund vor, in der sich die Träger der Krankenversicherung zur Umsetzung von Einsparungsmaßnahmen und die Bundesregierung zur Herbeiführung der erforderlichen Gesetzesänderungen und zur Leistung finanzieller Beiträge verpflichten.

Gleichzeitig soll gemeinsam mit den Sozialpartnern eine Neuausrichtung und Neuorganisation der Sozialversicherung erfolgen. Dazu wird unter Punkt 5 der Maßnahmen der Sanierungsvereinbarung („Neuausrichtung der Sozialversicherung“), insbesondere auch bezüglich der Neuorganisation des Hauptverbandes, Folgendes ausgeführt:

„5.1. Solidarität und Selbstbestimmung durch Selbstverwaltung

Die wichtigste Funktion der Sozialversicherung ist die Gewährleistung von sozialer Sicherheit durch die Vermittlung von Solidarität zwischen den Bürgern. Die österreichische Sozialversicherung wird von den Versicherten und ihren Arbeitgebern unter staatlicher Aufsicht selbst verwaltet, indem die gesetzlichen Interessenvertretungen VertreterInnen in die Organe der Sozialversicherungsträger entsenden. Selbstverwaltung ist somit gemeinschaftlich wahrgenommene Selbstbestimmung. Mit der für die Sozialversicherung gewählten Rechtsform der Körperschaft öffentlichen Rechts und der gesetzgeberischen Festlegung des sozialpolitischen Rahmens wird aber auch die staatliche Verantwortung für die soziale Sicherheit zum Ausdruck gebracht. Die Sozialversicherung bewegt sich somit materiell und organisatorisch an der Schnittstelle zwischen genossenschaftlicher Selbsthilfe und sozialstaatlicher Verantwortung. Ein weltweiter Vergleich zeigt, dass auf diese Weise organisierte und finanzierte Systeme den rein staatlich organisierten Systemen im Hinblick auf Effizienz und Effektivität überlegen sind.

5.2. Effizienzsteigerung durch verstärkte Kooperation

Um die gesteckten Sanierungsziele unter Bedachtnahme auf die Bedürfnisse der Versicherten zu erreichen und damit auch die Funktionsfähigkeit der Selbstverwaltung unter Beweis stellen zu können, muss das Prinzip der einnahmenorientierten Ausgabengestaltung von allen Trägern anerkannt und solidarisch umgesetzt werden. Dazu bedarf es einer strategischen und organisatorischen Neuausrichtung der Sozialversicherung und ihrer Vertragspartnerbeziehungen. Der Schlüssel zum Erfolg liegt dabei in einer konsequenten Zielsteuerung des Gesamtsystems durch die Sozialpartner.

Der heutigen Organisation der Sozialversicherung fehlt diese zielorientierte und effizienzfördernde Gesamtsteuerung. Daher sollen künftig die weiterhin eigenständig und ergebnisverantwortlich agierenden Träger über eine schlanke, effiziente strategische Holding (Umbau des heutigen Hauptverbandes) mit Zielvorgaben und aktivem Controlling gesteuert werden. Diese SV-Holding erstellt (für die Träger rechtsverbindliche) Richtlinien, genehmigt Budgets sowie Großinvestitionen und erledigt als Dienstleister auch einige zentral zu erfüllende Aufgaben (z. B. IT und Heilmittel).

5.3. Gremien in der SV-Holding ab 2009

Aus dem derzeitigen Vorstand wird ein Verwaltungsrat. Dieser besteht aus zwölf Mitgliedern mit beschließender Stimme, wovon je sechs von den ArbeitnehmerInnen bzw. von den Arbeitgebern entsandt werden. Abstimmungen im Verwaltungsrat bedürfen doppelter Mehrheiten (Mitglieder und DN-/DG-Kurie).

Weiters gehören dem Verwaltungsrat die Geschäftsführer, die Vorsitzenden der drei Spartenkonferenzen, zwei VertreterInnen des Seniorenrates, je ein(e) MinderheitenvertreterIn (§ 441b ASVG), zwei

VertreterInnen des Betriebsrates – alle mit beratender Stimme – an. Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte eine(n) Vorsitzende(n) und eine(n) Stellvertreter(in). Letztere(r) kommt aus jener Kurie, die nicht den/die Vorsitzende(n) stellt.

Zur vorbereitenden Koordination spezifischer Aufgaben (z. B. des Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen) werden in der Holding drei Spartenkonferenzen (KV, UV, PV) eingerichtet. Den Vorsitz in diesen Spartenkonferenzen führt jeweils eine/ein Vorsitzende(r) eines dieser Sparte zugehörigen Trägers.

5.4. Gremien in den Trägern ab 2009

Vorstand und Kontrollversammlung tagen in Hinkunft gemeinsam und fällen ihre Beschlüsse zu den Tagesordnungspunkten in derselben Sitzung jeweils unmittelbar hintereinander, wobei künftig für alle Beschlüsse des Vorstandes die Zustimmung der Kontrollversammlung erforderlich ist. Die Entsendung der Mitglieder erfolgt durch die ArbeitnehmerInnen und Arbeitgeber im bisherigen Verhältnis. Die Kurienzugehörigkeit der Obleute bleibt unverändert.

Den Vorsitz in der gemeinsamen Sitzung führt der Obmann. Bei nicht genehmigten Vorstandsbeschlüssen entscheidet eine Schlichtungsstelle, die sich aus VertreterInnen der entsendenden Stellen und einem/r Unabhängigen zusammensetzt. Der/die unabhängige VertreterIn ist von den entsendenden Stellen vor Einberufung einvernehmlich zu bestellen und führt den Vorsitz.

5.5. Geschäftsführung/Führungskräfte

Die operative Führung wird sowohl in der Holding wie auch in den Trägern von einer ergebnisverantwortlichen, auf jeweils fünf Jahre bestellten Zweiergeschäftsführung wahrgenommen, die leistungs- und ergebnisorientierte Verträge erhalten. In einer von der Holding zu erstellenden Geschäftsordnung wird die Kompetenzdelegation von den Vorständen/Kontrollversammlungen an die Geschäftsführungen in diesem Sinne geregelt.“

Durch den vorliegenden Entwurf werden diese Vorschläge umgesetzt.

In kompetenzrechtlicher Hinsicht stützt sich das im Entwurf vorliegende Bundesgesetz auf Art. 10 Abs. 1 Z 11 B-VG („Sozialversicherungswesen“).

II. Besonderer Teil

Neben einer Vielzahl von Zitierungsanpassungen sind die folgenden Bestimmungen hervorzuheben, wobei die Parallelbestimmungen in den Sonderversicherungsgesetzen nicht gesondert angeführt werden:

Zu § 29a ASVG:

Mit dieser Regelung soll für DienstgeberInnen, die ihre Geschäftstätigkeit in mehreren Bundesländern entfalten und somit in die Zuständigkeit mehrerer Krankenversicherungsträger fallen (das heißt ihre DienstnehmerInnen bei verschiedenen Krankenversicherungsträgern anzumelden bzw. die Beiträge für diese an mehrere Krankenversicherungsträger zu entrichten haben), normiert werden, dass die Abwicklung der Melde- und Beitragsangelegenheiten nur mehr einem (einzigem) Krankenversicherungsträger (als Dienstleister) obliegt.

Dies bedeutet, dass für die Sozialversicherung und die Finanzverwaltung im Sinne einer effizienteren Durchführung der gemeinsamen Prüfung der Beiträge und lohnabhängigen Abgaben in diesen Fällen nur mehr ein (einzig) Ansprechpartner besteht.

Zu den §§ 30 bis 30i ASVG:

Im vorgeschlagenen § 30 werden die Aufgaben der neuen SV-Holding allgemein umschrieben, wobei die Zielsteuerung im Sozialversicherungsbereich im Vordergrund der Neukonzeption steht. Daneben kommen der SV-Holding – wie schon bisher dem Hauptverband – die Wahrnehmung der allgemeinen (gesamtwirtschaftlichen) Interessen der Sozialversicherung sowie die Erbringung zentraler Dienstleistungen und normsetzende Kompetenzen (insbesondere die Erlassung von Richtlinien) zu.

Die SV-Holding ist somit im Gegensatz zum bisherigen Hauptverband nicht mehr primär als „Zusammenfassung der Sozialversicherungsträger“, sondern als eigenständige Selbstverwaltungseinrichtung zu betrachten, die die Leitlinien (Ziele) für die Sozialversicherungsträger vorgibt (bzw. mit diesen erarbeitet) und ihre Einhaltung kontrolliert sowie zentral zu erbringende Aufgaben der gesamten Sozialversicherung (zur Steigerung der Effizienz und Effektivität in diesem Verwaltungsbereich) wahrnimmt.

Die nunmehr in § 30a geregelte Wahrnehmung der allgemeinen und gesamtwirtschaftlichen Interessen war schon bisher eine Aufgabe des Hauptverbandes. Der in diesem Paragraphen beispielhaft

zusammengefasste Aufgabenkatalog entspricht im Wesentlichen den bisher in § 31 Abs. 3 ASVG angeführten Aufgaben; nicht übernommen wurden die Z 1 und 11 bis 14, zumal die Leitbilderstellung keiner gesonderten Ermächtigung bedarf, die Kompetenz zum Abschluss von Gesamtverträgen als operatives Geschäft künftig von den Versicherungsträgern (im Rahmen der vereinbarten oder festgelegten Ziele) wahrzunehmen ist und die Regelungen über die Herausgabe des Erstattungskodex für Arzneispezialitäten ebenso wie die Regelungen über Leistungs-Kennzahlen an die systematisch richtige Stelle transferiert werden, nämlich zu den zentralen Dienstleistungen bzw. der Zielsteuerung und der Normsetzung (vgl. § 30e Abs. 1 Z 11 bzw. §§ 30c Abs. 3 und 30f Abs. 1 Z 1 ASVG).

Modifiziert übernommen bzw. systematisch richtig eingeordnet werden die Z 7, 9 und 10 des bisherigen § 31 Abs. 3 ASVG betreffend Öffentlichkeitsarbeit, dienst-, besoldungs- und pensionsrechtliche Angelegenheiten sowie die Aufstellung von Vorschriften für die Fachprüfung der Sozialversicherungsbediensteten; während die wahrzunehmende Öffentlichkeitsarbeit allgemeiner umschrieben wird (samt Hinweis auf die Informationsverpflichtung), soll im dienstrechtlichen Bereich die Zuständigkeit zum Abschluss von Kollektivverträgen auf die Bediensteten in besonderen Einrichtungen der Sozialversicherung nach § 81 Abs. 2 ASVG ausgeweitet und von der Erlassung einschlägiger Richtlinien (auf Basis dieser Kollektivverträge) getrennt werden; diese Richtlinien werden nunmehr ebenso in § 30f Abs. 1 ASVG grundgelegt, und zwar als Z 28 und 29, wie die Erlassung von Normen für die Fachprüfung (vgl. § 30f Abs. 1 Z 30 ASVG).

Die in § 30b ASVG geregelte strategische Zielsteuerung stellt gemeinsam mit den Bestimmungen über das Monitoring und Controlling (§ 30c ASVG) und die Maßnahmen zur Sicherstellung der Zielerreichung (§ 30d ASVG) das Herzstück der Kompetenzen der neuen SV-Holding dar.

Zur Sicherstellung der Leistungsfähigkeit und Finanzierbarkeit der Sozialversicherung sollen künftig für die jeweilige Mindestdauer von einem Kalenderjahr Ziele zwischen der SV-Holding und den einzelnen Versicherungsträgern vereinbart werden, die nach den Parametern für das Balanced Score Card-System – nämlich „Versicherten- und Kundenorientierung“, „VertragspartnerInnen“, „Finanzen“, „Verwaltungskosten“ und „Geschäftsprozesse“ – ausgerichtet sind. Mangels Vereinbarung hat die SV-Holding derartige Ziele einseitig festzulegen, und zwar bis zum 31. Oktober eines Jahres für (zumindest) das darauf folgende Jahr. Auch die unterjährige (Neu-)Festlegung bzw. Vereinbarung von Zielen ist möglich. Die beschlossenen Ziele bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Genehmigung des Sozialministers, der das Einvernehmen mit dem Gesundheits- und Finanzressort herzustellen hat; werden ausschließlich Fragen der Kranken- oder Unfallversicherung berührt, bedürfen die Beschlüsse der Genehmigung der Gesundheitsministerin, die wiederum das Einvernehmen mit dem Sozial- und dem Finanzressort herzustellen hat. Dem Antrag auf Genehmigung von Beschlüssen über festgelegte Jahresziele ist ein Bericht über die bisherige Zielerreichung anzuschließen. Durch die Einvernehmensklausel ist klargestellt, dass der Bericht allen drei beteiligten Ressorts zur Kenntnis zu bringen ist.

Die Erreichung der vereinbarten bzw. festgelegten Ziele unterliegt – wie generell das Verwaltungshandeln der Sozialversicherungsträger – dem begleitenden Monitoring und Controlling der SV-Holding (die hierzu besondere Richtlinien erlässt); dieses ist u. a. mit Hilfe besonderer Kennzahlen für die Leistungen der Träger unter Heranziehung der Erfolgsrechnung abzuwickeln. Vom Ergebnis dieser vergleichenden Prüfung sind die Aufsichtsbehörden und der betroffene Versicherungsträger zu informieren.

Sind die Ziele nicht erreicht worden, so hat die SV-Holding – zur Sicherstellung einer künftigen Zielerreichung – die Gremien des Versicherungsträgers mit bestimmten Themen zu befassen, gegebenenfalls selbst diese Gremien einzuberufen und die Sitzungen zu leiten sowie VertreterInnen (ausgestattet mit der Befugnis, Anträge zu stellen) in diese Gremien zu entsenden. Werden die Ziele wiederholt verfehlt, so sieht das Gesetz die Ausarbeitung eines gemeinsamen (Sanierungs-, Zielerreichungs-)Konzepts vor, das von der SV-Holding und dem Versicherungsträger zu vereinbaren und von den Aufsichtsbehörden zu genehmigen ist.

Ausgenommen von den Regelungen über die Zielsteuerung samt Monitoring und Controlling wird die Versicherungsanstalt des österreichischen Notariates, da diese Anstalt nicht nur seit Jahrzehnten positiv bilanziert, sondern mit der 12. Novelle zum NVG 1972 Maßnahmen zur langfristigen Absicherung der Notarversicherung gesetzt wurden (schrittweise Anhebung des Regelpensionsalters vom 65. auf das 70. Lebensjahr, Verpflichtung zur regelmäßigen Durchführung langfristiger Prognoserechnungen sowie Einführung eines Junktims zwischen Pensionsanpassung und Veränderung der Beitragseinnahmen).

Die in § 30e ASVG geregelten (zentralen) Dienstleistungsaufgaben der SV-Holding orientieren sich am bisherigen § 31 Abs. 4 ASVG, ergänzt um die bislang in § 31 Abs. 3 Z 12 ASVG geregelte Herausgabe des Erstattungskodex für Arzneispezialitäten. Neu ist die in § 30e Abs. 1 Z 8 vorgesehene Führung und

Organisation der elektronischen Datenverarbeitung der Sozialversicherung, wobei in einer Übergangsbestimmung die Übertragung der entsprechenden Einrichtungen und des entsprechenden Personals vorgesehen ist (bis 31. Oktober 2009 sind diesbezügliche Vereinbarungen mit den Krankenversicherungsträgern zu treffen, für den Bereich der Unfall- und Pensionsversicherung soll dies schrittweise durch Vereinbarung in den Zielen nach § 30b ASVG erreicht werden). Ausgenommen hiervon ist die Versicherungsanstalt des österreichischen Notariates, zumal die Verwendung von Standardprogrammen im Hinblick auf die Struktur und Besonderheiten der Notarversicherung nicht zielführend ist.

Darüber hinaus kann die SV-Holding die Erbringung zentraler Dienstleistungen auf andere Versicherungsträger (oder besondere Einrichtungen der Sozialversicherung nach § 81 Abs. 2 ASVG) übertragen bzw. einzelne Verwaltungsaufgaben der Versicherungsträger aus dem Back-office-Bereich, wie etwa Beschaffung und Facility-Management, an sich ziehen oder ebenfalls an Versicherungsträger (SV-nahe Einrichtungen) übertragen, vorausgesetzt, dies dient der Effizienz und Effektivität der Aufgabenerfüllung (vgl. § 30e Abs. 2 und 3 ASVG). Kernaufgaben der Versicherungsträger (wie etwa die Erbringung von Versicherungsleistungen) fallen keinesfalls unter diese Bestimmung. Bei der Übertragung auf Einrichtungen nach § 81 Abs. 2 ASVG sollen diese - im Rahmen der übertragenen Aufgaben - Gebührenbefreiungen wie die Versicherungsträger und die SV-Holding in Anspruch nehmen können und denselben datenschutzrechtlichen Rechten und Pflichten unterliegen wie die SV-Holding (§ 30i ASVG).

Darüber hinaus kann die SV-Holding bei der Übertragung von Aufgaben an einen Versicherungsträger vorsehen, dass die entsprechenden Ausgaben zur Aufgabenerfüllung von der „Verwaltungskostendeckelung“ nach § 625 Abs. 8 ff. ASVG abgezogen werden dürfen.

Auch die in § 30f ASVG geregelten Normsetzungskompetenzen der SV-Holding decken sich im Wesentlichen mit den entsprechenden Aufgaben des Hauptverbandes nach dem bisherigen § 31 Abs. 5 ASVG. Als Z 1 des neuen § 30 ASVG wird der bisherige § 31 Abs. 3 Z 13 ASVG in adaptierter Form übernommen; danach soll das bisherige Benchmarking in besondere Richtlinien über die Grundsätze des Monitoring und Controlling einfließen.

Nicht übernommen werden die Z 1 und 4 des bisherigen § 31 Abs. 5 ASVG, zumal die (bisherigen) personellen Vorgaben zugunsten größerer Autonomie der Versicherungsträger in diesem Bereich entfallen sollen bzw. die Zusammenarbeit auf dem Gebiet der EDV künftig durch die zentrale Erbringung der entsprechenden Dienstleistungen ersetzt wird. Die Aus- und Fortbildung der Bediensteten - in Z 3 des bisherigen § 31 Abs. 5 ASVG geregelt - soll weiterhin in Richtlinien geregelt werden (§ 30f Abs. 1 Z 31 ASVG), wobei die Erbringung als zentrale Dienstleistung (in einer besonderen Einrichtung) von der Effizienz einer solchen Maßnahme abhängt (vgl. § 30e Abs. 1 Z 5 lit. a ASVG). Die bisher in der Z 2 des § 31 Abs. 5 ASVG geregelte Kompetenz zur Erlassung von Richtlinien über freiwillige soziale Zuwendungen wird unverändert in § 30f Abs. 1 Z 32 ASVG transferiert, zumal auch die systematisch neu eingeordnete Richtlinienkompetenz zur Regelung der dienst-, besoldungs- und pensionsrechtlichen Angelegenheiten und zur Regelung von Frauenfördermaßnahmen (als Z 28 und 29 des § 30f Abs. 1 ASVG) gemeinsam mit den Richtlinien für die Aus- und Fortbildung (Z 30 und 31 des § 30f Abs. 1 ASVG) eine Bündelung der einschlägigen dienstrechtlichen Vorschriften darstellt.

Die derzeit in § 31 Abs. 2 Z 4 und Abs. 5a ASVG vorgesehene Erlassung von Verordnungen über Kostenbeiträge in der Krankenversicherung bzw. bei der Spitalsbehandlung werden systemgerecht in den vorgeschlagenen § 31f Abs. 2 ASVG transferiert.

Darüber hinaus wird nunmehr – ebenfalls aus systematischen Gründen – die Erlassung von Musternormen (Mustersatzung, Musterkrankenordnung und Mustergeschäftsordnung samt Musteranhang) ebenso wie die Erlassung der Datenschutzverordnung (bisher § 31 Abs. 12 ASVG) im Kontext der normsetzenden Kompetenzen der SV-Holding angeführt (und zwar im § 30f Abs. 2 ASVG).

Entsprechend dem bisherigen § 31 Abs. 6 ASVG wird nunmehr in § 30g ASVG die Verbindlichkeit der von der SV-Holding erlassenen Normen und Beschlüsse festgelegt. § 30h ASVG regelt die Verlautbarung und Dokumentation durch die SV-Holding in Anlehnung an den (bisherigen) § 31 Abs. 8 bis 10 ASVG, wobei die bisherige Möglichkeit des Outsourcing der Dokumentation entfallen soll (da solche Leistungen künftig ohnehin im Rahmen des § 30e Abs. 2 ASVG übertragen werden können).

§ 30i ASVG enthält Regelungen über die SV-Holding als Dienstleisterin nach dem Datenschutzgesetz 2000 und entspricht dem bisherigen § 31 Abs. 11 ASVG.

Das Erfordernis der Zustimmung des Hauptverbandes zu Beschlüssen der Versicherungsträger über Immobilienerwerbe etc. sowie über Dienstpostenpläne (vgl. den bisherigen § 31 Abs. 7 ASVG) soll – infolge der Neukonzeption: einerseits mehr Autonomie im operativen Geschäft, andererseits verstärkte Zielvorgabe und Controlling durch die SV-Holding als Rahmenbedingungen – entfallen.

Zu § 31 ASVG:

§ 31 verankert nicht nur die Einrichtung der Sozialversicherungsträger und der SV-Holding als Körperschaften des öffentlichen Rechts nach dem Prinzip der Selbstverwaltung im Verfassungsrang, sondern normiert ausdrücklich, dass die Sozialversicherten und ihre DienstgeberInnen ebenso wie die Versicherungsträger der (eigenständigen) Selbstverwaltungseinrichtung „SV-Holding“ als Mitglieder angehören. Zum anderen wird die weisungsfreie Zielsteuerung der Sozialversicherungsträger durch die SV-Holding verfassungsrechtlich abgesichert.

Zu § 63 ASVG:

Zur finanziellen Entlastung der Krankenversicherungsträger sollen die Vorauszahlungen für jene Beiträge, die von diesen Trägern an die Träger der Unfall- und Pensionsversicherung abzuführen sind, nur mehr zu einem (einzigem) Termin erfolgen, nämlich dem Monatsletzten. Derzeit sind Anzahlungen auch jeweils am 10. und 20. des Monats vorzunehmen.

Mit dieser Maßnahme werden die Krankenversicherungsträger einen jährlichen Zinsgewinn von rund 20 Millionen Euro (bei Annahme einer 4,5 %-igen Verzinsung) lukrieren können.

Zu den §§ 73 Abs. 2 und 447f Abs. 1 ASVG:

In der Krankenversicherung der PensionsbezieherInnen ist vorgesehen, dass die für ihre Krankenversicherung von der Pensionsleistung einbehaltenen Beträge im Zuge der Beitragsabfuhr durch den Pensionsversicherungsträger mittels eines sogenannten Hebesatzes (der etwa bei Leistungsbezieher/inne/n der Pensionsversicherungsanstalt derzeit 180 % ausmacht) vervielfacht werden. Damit bringt die Pensionsversicherung den fiktiven DienstgeberInnen-Anteil am Krankenversicherungsbeitrag für diese Personengruppe auf.

Als Beitrag zur Sanierung der sozialen Krankenversicherung sollen nunmehr in den Jahren 2008 bis 2012 im Wege eines Zusatzhebesatzes von der Pensionsversicherungsanstalt (zusätzlich) 3 % der einbehaltenen Beträge (von Pensionsbezieher/inne/n, die bei einer Gebietskrankenkasse versichert sind) an die SV-Holding überwiesen werden. Dabei trägt der Bund diesen Aufwand nicht erst im Wege der Ausfallhaftung für die Pensionsversicherung, sondern unmittelbar als Beitrag zur Kassensanierung im Rahmen des Budgetkapitels 16. Der gesetzlich festgelegte Zusatzhebesatz gilt bis zum Ablauf des Jahres 2012 und kann sodann im Verordnungsweg (erstmalig mit Wirksamkeit ab dem Jahr 2013) neu festgesetzt werden. Vor diesem Zeitpunkt kann der Zusatzhebesatz – ebenfalls im Verordnungsweg – gesenkt werden, wenn dadurch das in der Zielbestimmung des vorliegenden Gesetzentwurfes zum Ausdruck gebrachte Ziel (Erhaltung des hohen Leistungsniveaus, der bedarfsgerechten Weiterentwicklung und der Nachhaltigkeit der sozialen Krankenversicherung) nicht gefährdet wird.

Die SV-Holding hat die Beiträge aus dem Zusatzhebesatz nach jenem Schlüssel auf die Gebietskrankenkassen aufzuteilen, der schon derzeit für die Verteilung der Beitragseingänge aus den Hebesätzen gilt (siehe die Verweisung in § 73 Abs. 5 ASVG auf Abs. 2 leg. cit.).

Zu § 81 Abs. 2a ASVG:

Diese Bestimmung soll in der Weise ergänzt werden, dass die einschlägige Pensionskassenversorgung nicht nur die Sozialversicherungsbediensteten, sondern auch die Bediensteten von besonderen Einrichtungen der Sozialversicherung im Sinne des § 81 Abs. 2 ASVG umfasst.

Zu § 81a ASVG:

Da die Abstimmung von Informationen und Aufklärungen (im Sozialversicherungsbereich) zwischen der Selbstverwaltung der Sozialversicherung und den Aufsichtsbehörden keines formalisierten und damit bürokratisch aufwendigen Verfahrens bedarf, können die entsprechenden Bestimmungen im § 81a ASVG entfallen.

Zu § 420 Abs. 5 Z 1 bis 3 ASVG:

Neben einer Zitierungsanpassung (in Z 1 des § 420 Abs. 5 ASVG) und terminologischen Anpassungen (in den Z 2 und 3 des § 420 Abs. 5 ASVG) wird in § 420 Abs. 5 Z 2 normiert, dass der/die Verwaltungsratsvorsitzende, seine/ihre StellvertreterInnen und die Mitglieder des Verwaltungsrates (wie bisher der/die Verbandsvorsitzende, seine/ihre StellvertreterInnen und die Mitglieder des Vorstandes) Anspruch auf Funktionsgebühren haben. An den Regelungen über die Bemessung und Festsetzung dieser Funktionsgebühren ändert sich nichts.

Zu § 421 Abs. 1 ASVG:

Das subsidiäre Entsenderecht des Österreichischen Gewerkschaftsbundes zur Bestellung der VersicherungsvertreterInnen aus der Gruppe der DienstnehmerInnen soll aus administrativen Gründen in

der Weise modifiziert werden, dass dieses Recht dem Österreichischen Gewerkschaftsbund als solchem und nicht der einzelnen Teilgewerkschaft (die keine eigene Rechtspersönlichkeit hat) zukommt.

Zu den §§ 432a und 441f ASVG:

Entsprechend der Neukonzeption der Sozialversicherungs-Organisation soll die Abwicklung der laufenden Geschäfte effizienter und effektiver gestaltet werden. Zu diesem Zweck wird die Leitung der Versicherungsträger und der SV-Holding auf „Büroebene“ aufgewertet, indem diese - entsprechend der tatsächlichen Funktion in der operativen Alltagsarbeit - als Geschäftsführung eingerichtet wird (und nicht mehr lediglich von „leitenden Angestellten“ die Rede ist).

Demnach sollen auf Bedienstetenebene künftig zwei GeschäftsführerInnen, die im Wege der öffentlichen Stellenausschreibung ermittelt werden, vom Vorstand bzw. vom Verwaltungsrat befristet auf fünf Jahre bestellt werden (Wiederbestellungen sind möglich). Diese GeschäftsführerInnen sind gegenüber dem Vorstand bzw. Verwaltungsrat weisungsgebunden und haben diesem auch regelmäßig über den Geschäftsgang (d. h. die ihnen übertragenen laufenden Geschäfte) zu berichten. Darüber hinaus sind die GeschäftsführerInnen verpflichtet, den Vorstand und die Kontrollversammlung bzw. den Verwaltungsrat zu unterstützen, indem sie diesen die für ihre Tätigkeit erforderlichen Informationen und Unterlagen zukommen lassen.

Schon derzeit kann der Vorstand dem Büro des Versicherungsträgers bestimmte laufende Angelegenheiten übertragen (vgl. § 434 Abs. 1 ASVG). Nach § 441c Abs. 2 ASVG hat der Verwaltungsrat die Besorgung bestimmter laufender Angelegenheiten der SV-Holding an die Geschäftsführung zu übertragen (wie auch im Fall einer Übertragung nach § 434 Abs. 1 ASVG bleibt dabei die Verantwortlichkeit des übertragenden Gremiums aufrecht, da ihm ja auch das Weisungsrecht zusteht). Überdies gehört die Geschäftsführung dem Verwaltungsrat an, allerdings ohne Stimmrecht.

Durch diese Neuausrichtung der operativen Geschäftsführung soll somit eine das (tägliche) Verwaltungshandeln erleichternde Stärkung und Straffung der professionellen Leitung der Versicherungsträger und der SV-Holding erreicht werden.

Jedem Geschäftsführer/jeder Geschäftsführerin ist in den Anhängen zur Geschäftsordnung (den sog. Delegationsnormen) des Vorstandes bzw. des Verwaltungsrates ein jeweils eigener Geschäftsbereich zuzuordnen. Einem/einer der GeschäftsführerInnen kommt der Vorsitz in der Geschäftsführung (und damit ihre Repräsentanz nach außen) zu.

Im Übergangsrecht ist vorgesehen, dass die GeschäftsführerInnen bei den Versicherungsträgern mit dem Auslaufen der befristeten Verträge der bisherigen leitenden Angestellten zu bestellen sind (bis dahin nehmen die leitenden Angestellten und ihre StellvertreterInnen die Aufgaben der Geschäftsführung wahr).

Die GeschäftsführerInnen der SV-Holding sind hingegen vom Verwaltungsrat bis zum 1. April 2009 zu bestellen.

Zu den §§ 437, 438 und 456a ASVG:

In den vorgeschlagenen §§ 437 und 438 Abs. 2a ASVG ist vorgesehen, dass künftig alle Beschlüsse des Vorstandes zu ihrer Wirksamkeit der Zustimmung der Kontrollversammlung bedürfen und – zur Straffung der Entscheidungsprozesse – Vorstand und Kontrollversammlung künftig gemeinsam tagen, soweit dies vom Obmann/von der Obfrau oder vom/von der Vorsitzenden der Kontrollversammlung verlangt wird (etwa weil sich die konkreten Verhandlungsgegenstände für eine gemeinsame Behandlung anbieten). Auch in einem solchen Fall erfolgt die Beschlussfassung über die jeweiligen Verhandlungsgegenstände getrennt. Dies entspricht der weiterhin bestehenden Konzeption der Trennung von geschäftsführendem und kontrollierendem Organ.

Können sich Vorstand und Kontrollversammlung in einer Angelegenheit nicht einigen, d. h. stimmt die Kontrollversammlung (begründet nach klar vorgegebenen Kriterien) einem Beschluss des Vorstandes nicht zu, so ist ein zweistufiges Verfahren vorgesehen:

Die Angelegenheit kann zunächst vor eine Schlichtungsstelle gebracht werden, die aus je einem Vertreter/einer Vertreterin der „Streitparteien“ (Vorstand und Kontrollversammlung) und einem/einer „unabhängigen“ Person besteht, die von den Streitparteien gemeinsam zu nominieren ist und den Vorsitz führt. Einrichtung und Verfahren vor dieser Schlichtungsstelle sind in den Geschäftsordnungen der Versicherungsträger näher zu regeln (vgl. den vorgeschlagenen Abs. 1a des § 456a ASVG).

Stößt auch die Empfehlung der Schlichtungsstelle nicht auf die Akzeptanz der Streitparteien, so ist die Angelegenheit vom Obmann/ der Obfrau der obersten Aufsichtsbehörde zur Entscheidung vorzulegen. Diese Entscheidung ist zu vollziehen (wenngleich als außerordentliches Rechtsmittel gegen die

Entscheidung des Bundesministers/der Bundesministerin die Anrufung des Verwaltungsgerichtshofes zur Verfügung steht).

Zu den §§ 441 ff. ASVG:

Nach dem vorgeschlagenen § 441 ASVG soll die SV-Holding vier Verwaltungskörper besitzen, nämlich den Verwaltungsrat und die drei Spartenkonferenzen (für Kranken-, Unfall und Pensionsversicherung).

Dem Verwaltungsrat gehören 18 Mitglieder an, und zwar die Vorsitzenden der Spartenkonferenzen, ein Vorsitzender/eine Vorsitzende der Kontrollversammlungen der Versicherungsträger (entsendet von der Wirtschaftskammer Österreich), zwei SeniorenvertreterInnen sowie zwölf Mitglieder, die unmittelbar von den öffentlich-rechtlichen Interessenvertretungen bzw. dem Österreichischen Gewerkschaftsbund und der Landwirtschaftskammer Österreich beschiedt werden.

Wie die Versicherungsträger ist somit die SV-Holding eine eigene Selbstverwaltungseinrichtung, die nicht nur als „Zusammenfassung der Sozialversicherungsträger“ zu verstehen ist, sondern als eine – neben die Versicherungsträger tretende – Einrichtung, der einerseits bestimmte Funktionen für das effektive und effiziente Verwaltungshandeln im (Back-Office-)Bereich der Sozialversicherung übertragen werden, und die andererseits übergeordnete Leitlinien und Ziele für das wirtschaftliche, sparsame und zweckmäßige Handeln der Versicherungsträger vorgibt.

Für die DienstnehmerInnengruppe sind fünf Mitglieder durch die Bundesarbeitskammer und ein Mitglied durch den Österreichischen Gewerkschaftsbund, für die DienstgeberInnengruppe fünf Mitglieder durch die Wirtschaftskammer Österreich und ein Mitglied durch die Landwirtschaftskammer Österreich zu entsenden.

Die Bundesarbeitskammer und die Wirtschaftskammer Österreich haben bei ihrer Entsendung in den Verwaltungsrat (wie schon bei der Entsendung in den Verbandsvorstand) auf die Ergebnisse der Kammerwahlen Rücksicht zu nehmen, und zwar insofern, als sie diese entsprechend der Vertretung der wahlwerbenden Fraktionen in den jeweiligen Kammergremien nach dem System D'Hondt vorzunehmen haben.

Daneben ist (ebenfalls wie beim Verbandsvorstand) als sogenanntes Minderheitenrecht die Entsendung eines weiteren Mitglieds (ohne Stimmrecht) durch eine - bei den erwähnten Kammerwahlen - wahlwerbende Fraktion vorgesehen, die in zumindest einem Drittel der Generalversammlungen der Versicherungsträger vertreten ist.

Ohne Stimmrecht gehören dem Verwaltungsrat die GeschäftsführerInnen, zwei VertreterInnen des Bundesbehindertenbeirates und vier VertreterInnen des Betriebsrates an.

Hervorzuheben ist weiters, dass ein gültiger Beschluss des Verwaltungsrates nicht nur der einfachen Mehrheit der gültig abgegebenen Stimmen bedarf, sondern auch der einfachen Mehrheit jeweils in der Gruppe der DienstnehmerInnen und DienstgeberInnen.

Diese „doppelte“ Mehrheit ist auch für die Wahl des/der Verwaltungsratsvorsitzenden und seiner/ihrer StellvertreterInnen erforderlich. Sie sind aus dem Kreis der Mitglieder des Verwaltungsrates zu wählen, wobei sowohl die DienstnehmerInnen- als auch die DienstgeberInnengruppe vertreten sein müssen. Die Amtsperiode beträgt fünf Jahre.

Dem/der Verwaltungsratsvorsitzenden kommt – neben der obligaten Einberufung und Leitung der Sitzungen samt Sitzungspolizei – vor allem die Vertretung der SV-Holding gegenüber den Versicherungsträgern zu.

Die Enthebung der Mitglieder des Verwaltungsrates (und ihrer StellvertreterInnen) folgt laut vorgeschlagenem § 441c ASVG den allgemeinen Regelungen für VersicherungsvertreterInnen (und ihrer StellvertreterInnen) nach § 423 ASVG; danach ist etwa ein Enthebung durch den Vorsitzenden bzw. die Aufsichtsbehörde bei Pflichtverletzung oder Ausscheiden aus der DienstnehmerInnen- oder DienstgeberInnengruppe vorgesehen.

Der Verwaltungsrat hat nach dem vorgeschlagenen § 441d ASVG alle Aufgaben der SV-Holding zu besorgen (vgl. dazu die vorgeschlagenen §§ 30 ff. ASVG), wobei er bestimmte laufende Angelegenheiten der Geschäftsführung zu übertragen hat (bei Weiterbestehen seiner Verantwortlichkeit – untersteht doch die Geschäftsführung seinen Weisungen).

Dem/der Verwaltungsratsvorsitzenden steht darüber hinaus auch die Möglichkeit offen, den Verwaltungsrat wegen der Dringlichkeit einer Angelegenheit kurzfristig zu einer außerordentlichen Sitzung einzuberufen.

Das Verwaltungsratspräsidium, das aus dem/der Verwaltungsratsvorsitzenden samt Stellvertreter/inne/n sowie einem weiteren Mitglied des Verwaltungsrates besteht, hat die Sitzungen dieses Verwaltungskörpers vorzubereiten und die einschlägigen Anträge zu stellen.

Der Verwaltungsrat hat zu den Beschlüssen des – unverändert fortbestehenden – Sozial- und Gesundheitsforums Österreich Stellung zu nehmen.

Als weitere Verwaltungskörper der SV-Holding ist im vorgeschlagenen § 441b ASVG die Einrichtung von drei Spartenkonferenzen vorgesehen, und zwar je einer für die Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung. Sie setzen sich aus den Obleuten der einschlägigen Versicherungsträger dieser Versicherungszweige zusammen, wobei die „gemischten“ Träger (die zwei oder drei Zweige betreuen) in jeder in Frage kommenden Konferenz vertreten sind (so ist die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau in allen drei Spartenkonferenzen vertreten). Die Stellvertretung der Obleute in der Spartenkonferenz richtet sich nach der Stellvertretung im jeweiligen Versicherungsträger.

Den Spartenkonferenzen steht die Möglichkeit offen, den Verwaltungsrat in Angelegenheiten, die ihren jeweiligen Bereich betreffen, zu beraten. In Angelegenheiten der Zielvereinbarungen oder der Übertragung von zentralen Dienstleistungen nach § 30e Abs. 2 ASVG oder des AnSichZiehens von Verwaltungsaufgaben (bzw. der Übertragung von internen Verwaltungsaufgaben nach § 30e Abs. 3 ASVG) kommt der betroffenen Spartenkonferenz ein Zustimmungsrecht zu, das heißt die diesbezüglichen Beschlüsse des Verwaltungsrates erlangen ihre Wirksamkeit erst mit der Zustimmung der jeweils betroffenen Spartenkonferenz(en). Gleiches gilt für die normativen Akte des Verwaltungsrates (Erlassung von Richtlinien und sonstigen Normen nach § 30f ASVG).

Den jeweiligen Spartenkonferenzen steht die Möglichkeit offen, Angelegenheiten, die ihren Bereich betreffen, vor Beschlussfassung durch den Verwaltungsrat einer Beratung zu unterziehen. In Angelegenheiten der Zielvereinbarungen oder der Übertragung von zentralen Dienstleistungen nach § 30e Abs. 2 ASVG oder des An-Sich-Ziehens von Verwaltungsaufgaben (bzw. der Übertragung von internen Verwaltungsaufgaben nach § 30e Abs. 3 ASVG) kommt der betroffenen Spartenkonferenz ein Zustimmungsrecht zu, das heißt die diesbezüglichen Beschlüsse des Verwaltungsrates erlangen ihre Wirksamkeit erst mit der Zustimmung der jeweils betroffenen Spartenkonferenz(en). Gleiches gilt für die normativen Akte des Verwaltungsrates (Erlassung von Richtlinien und sonstigen Normen nach § 30f ASVG).

Verstreichen vier Wochen ab Beschlussfassung im Verwaltungsrat, ohne dass die Spartenkonferenz ihrerseits einen Beschluss über die Zustimmung oder die Weigerung zur Zustimmung fasst, so gilt die Zustimmung als erteilt. Verweigert die Spartenkonferenz die Zustimmung, so ist die Angelegenheit dem Verwaltungsrat zur neuerlichen Behandlung vorzulegen. Fasst dieser einen gleich lautenden Beschluss, so ist diese Entscheidung endgültig (im Sinne eines parlamentarischen „Beharrungsbeschlusses“).

Zu § 441h ASVG:

Die Aufbringung der Mittel der SV-Holding folgt der bisherigen Finanzierungsregelung für den Hauptverband:

Danach erhält die SV-Holding für die Erbringung von Dienstleistungen für die Versicherungsträger weiterhin jene Mittel, die schon derzeit durch die Versicherungsträger nach einem bestimmten Verteilungsschlüssel aufgebracht werden, wobei sich der jeweilige Anteil der Versicherungsträger aus sogenannten Verbandspunkten ergibt.

Zu § 443 Abs. 3 ASVG:

Künftighin ist der Jahresvoranschlag der Versicherungsträger mit der SV-Holding abzustimmen. Dabei wird insbesondere die Übereinstimmung des Voranschlages mit den vereinbarten oder (einseitig) festgelegten Zielen des jeweiligen Versicherungsträgers zu prüfen sein.

Zu § 444 Abs. 4 ASVG:

Um die wirtschaftliche Lage des einzelnen Versicherungsträgers besser einschätzen zu können bzw. um die Kontrollversammlung, die den Bericht über den Rechnungsabschluss (nach dessen Überprüfung) zu erstellen und den Antrag auf seine Genehmigung an die Generalversammlung heranzutragen hat, durch eine fundierte wirtschaftliche Prüfung der Gebarung des Versicherungsträgers zu unterstützen, sollen künftig auch WirtschaftsprüferInnen den Rechnungsabschluss prüfen. Der Rechnungsabschluss ist weiterhin nach den besonderen Rechnungsvorschriften der Sozialversicherung zu erstellen.

Die WirtschaftsprüferInnen sind im Drei-Jahres-Rhythmus vom Vorstand zu bestellen; sie haben die Pflicht, an den Sitzungen der Verwaltungskörper, in denen der Rechnungsabschluss behandelt wird, teilzunehmen sowie den Versicherungsvertreter/inne/n und den Vertreter/inne/n der Aufsichtsbehörden Rede und Antwort (bezüglich ihres Prüfungsergebnisses) zu stehen.

Zu § 446b ASVG:

Wenngleich das generelle Erfordernis der Zustimmung der SV-Holding zum Immobilienerwerb etc. im Sinne einer größeren Autonomie der Versicherungsträger im operativen Bereich aufgehoben wird, erscheint es doch angezeigt, zumindest Großinvestitionen, die nicht schon im Jahresvoranschlag enthalten (und damit mit der SV-Holding abzustimmen) waren, der Genehmigungspflicht durch die SV-Holding zu unterwerfen. Dies dient insbesondere der Sicherstellung eines entsprechenden Controlling. Maßgeblicher Schwellenwert für die Genehmigungspflicht ist dabei der Betrag von einer Million Euro.

Zu § 448 Abs. 4 ASVG:

Nicht nur der Verstoß gegen Rechtsvorschriften, sondern auch der Widerspruch eines Beschlusses der Verwaltungskörper mit den vereinbarten oder gesetzten Zielen nach § 30b ASVG soll künftig den/die VertreterIn der Aufsichtsbehörde auf den Plan rufen; dieser/diese hat sodann die Möglichkeit, einen Einspruch (mit aufschiebender Wirkung und anschließender Entscheidung durch die Aufsichtsbehörde) gegen derartige Beschlüsse zu erheben.

Darüber hinaus soll ab dem Jahr 2009 die gesamte Aufsicht über die Krankenversicherungsträger unmittelbar vom Gesundheitsressort ausgeübt werden (derzeit obliegt die Aufsicht über die „kleineren“ Träger der Krankenversicherung den Landeshauptleuten in mittelbarer Bundesverwaltung). Durch diese Maßnahme soll die Einheitlichkeit und Effizienz im Bereich der Bundesaufsicht erhöht werden.

Zu § 449 Abs. 1 ASVG:

Die staatliche Aufsicht über die Versicherungsträger und die SV-Holding soll sich in Hinkunft nicht nur auf die Rechtmäßigkeits- und Zweckmäßigkeitskontrolle der Gebarung dieser Selbstverwaltungseinrichtungen beziehen (soweit es sich – bei der Zweckmäßigkeitskontrolle – um wichtige Angelegenheiten handelt), sondern soll in wichtigen Fragen generell die Wirtschaftlichkeit, Zweckmäßigkeit und Sparsamkeit des Verwaltungshandelns der Versicherungsträger und der SV-Holding umfassen. Damit wird einer langjährigen Forderung des Rechnungshofes entsprochen.

Zu § 460 ASVG:

Die Regelungen über die Bediensteten der Sozialversicherungsträger (der SV-Holding) sollen zum einen an die geänderte Rechtslage bezüglich der leitenden Angestellten, die durch eine Geschäftsführung ersetzt werden, angepasst werden; zum anderen soll klargestellt werden, dass die leitenden Ärzte/Ärztinnen dienstrechtlich dem Vorstand des Versicherungsträgers (dem Verwaltungsrat der SV-Holding) unterstehen, d. h. in dienstrechtlichen Angelegenheiten dem Weisungsrecht dieser Verwaltungskörper unterliegen.

Erläuterungen

zum ASVG - Teil 2, zum GSVG – Teil 2, zum BSVG – Teil 2, zum B-KUVG – Teil 2 zum Apothekengesetz, zum ÄrzteG 1998, zum ZÄG, zum ZÄKG, zum Rezeptpflichtgesetz, zum KAKuG, zum FLAG 1967, zum DAG, zum GSBG, zum FAG 2008 sowie zum Bundesgesetz mit dem der Bundesminister für Finanzen ermächtigt wird auf Bundesforderungen gegenüber den Gebietskrankenkassen zu verzichten sowie zum Heilmittelabgabegesetz

I. Allgemeiner Teil

Grundsätzlich soll die Führung der Sozialen Krankenversicherung nach dem Prinzip einer einnahmenorientierten Ausgabengestaltung erfolgen. Im Jahr 2007 sind jedoch die Versicherungsleistungen um 6,0 % gewachsen, obwohl die Beitragseinnahmen „nur“ um 4,2 % gestiegen sind. Für das Jahr 2008 beträgt die prognostizierte Beitragssteigerung u.a. aufgrund der Beitragssatzerhöhung sogar 4,9 %. Für die Folgejahre wird mit einer durchschnittlichen Steigerung des Beitragsvolumens von ca. 3,2 % gerechnet.

Zur Sicherstellung der finanziellen Leistungsfähigkeit der Krankenversicherung sind daher insbesondere folgende Maßnahmen hervorzuheben:

- Neuregelung im Bereich der Verordnung und Abgabe von wirkstoffidentischen Arzneyspezialitäten verbunden mit der Einführung eines Referenzpreismodells;
- Einführung einer Verpflichtung der Ärztinnen/Ärzte, Zahnärztinnen/Zahnärzte, Dentistinnen/Dentisten sowie Apothekerinnen/Apotheker zur Teilnahme an E-Medikations-Datenbanken;

- Abschöpfung der Mittel der Rücklage nach § 447a Abs. 5 ASVG („Katastrophenrücklage“);
- Flexibilisierung des Vertragspartnerrechtes (Ermöglichung eines gesonderten Gesamtvertragsabschlusses sowie Teilkündigungen eines Gesamtvertrages für Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin und für Fachärztinnen/Fachärzte eines Sonderfaches, Sicherstellung der Leistungserbringung bei Fehlen vertraglicher Regelungen durch die Möglichkeit des Abschlusses von Leistungsverträgen);
- Änderung der Regelungen über die Bundesschiedskommission und Ausweitung der Möglichkeit zur Festsetzung des Inhaltes eines Gesamtvertrages, Modernisierung des Kündigungsrechtes;
- 1:1-Abgeltung der nicht abziehbaren Vorsteuer an die Sozialversicherungsträger;
- Entlastung der Gebietskrankenkassen durch eine teilweise Entschuldung aus Budgetmitteln des Bundes;
- Änderungen im Bereich der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen;
- Durchführung der entsprechenden Anpassungen an die sozialversicherungsrechtlichen Änderungen im Rahmen des Ärztegesetzes 1998, Zahnärztegesetzes und Zahnärztekammergesetzes;
- Adaptierungen im Zusammenhang mit dem Entlassungsbrief im KAKuG, um auch in diesem Zusammenhang die Auswirkungen auf den niedergelassenen Bereich kostendämpfend zu beeinflussen.

Des Weiteren sind im Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend Änderungen des Sozialversicherungsrechtes, des Dienstgeberabgabegesetzes sowie des Familienlastenausgleichsgesetzes 1967, die der Anpassung an die Rechtsentwicklung dienen, vorgemerkt.

Im Einzelnen ist dabei auf folgende Maßnahmen hinzuweisen:

- Einbeziehung der Mitglieder der amtlichen Weinkostkommissionen in die Teilversicherung in der Unfallversicherung nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. j ASVG;
- Aufnahme der sozialen Aktivitäten im Bildungsbereich (Mentoring) von Studierenden in den Unfallversicherungsschutz des § 175 ASVG;
- Anpassung der Regelungen betreffend die Fristen im Verfahren zur Aufnahme einer Arzneispezialität in den Erstattungskodex an die Vorgaben der Transparenz-Richtlinie, 89/105/EWG;
- Erweiterung des Optionenmodells im Bereich des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes auf in der Krankenversicherung weiterversicherte Personen;
- Neuregelung des Anfalls einer Betriebsrente nach dem BSVG in Anknüpfung an die Systematik des ASVG;
- Aufnahme der Verpflichtung der Dienstgeberinnen und Dienstgeber zu elektronischen Meldungen im Bereich des B-KUVG;
- Herausnahme der Betriebskrankenkassen aus dem Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen im Bereich des Dienstgeberabgabegesetzes;
- redaktionelle Anpassungen.

Kompetenzgrundlage:

In kompetenzrechtlicher Hinsicht stützt sich das im Entwurf vorliegende Bundesgesetz auf Art. 10 Abs. 1 Z 4 und 11 B-VG („Bundesfinanzen“ und „Sozialversicherungswesen“), auf Art. 10 Abs. 1 Z 8 B-VG („Einrichtung beruflicher Vertretungen, soweit sie sich auf das ganze Bundesgebiet erstrecken“) und auf Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG („Gesundheitswesen“) sowie auf Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG („Heil- und Pflegeanstalten“).

II. Besonderer Teil

Zu Art. 1 Teil 2 Z 1 (§ 8 Abs. 1 Z 3 lit. j ASVG):

Aufgrund einer Anregung des Bundesministeriums für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft sollen die Mitglieder der amtlichen Weinkostkommissionen nach § 57 des Weinggesetzes 1999, BGBl. I Nr. 141, in den Unfallversicherungsschutz nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. j ASVG einbezogen werden.

Die amtlichen Weinkostkommissionen sind für die Durchführung von Sinnenproben nach § 57 Abs. 4 bis 8 und § 59 Abs. 2 des Weinggesetzes 1999 zuständig.

Ein Großteil der Mitglieder sind selbständige Landwirte, deren Tätigkeit in den amtlichen Weinkostkommissionen bereits nach § 148c Abs. 2 Z 10 lit. c BSVG der gesetzlichen Unfallversicherung unterliegt.

Die meisten der in Betracht kommenden Personen unterliegen daher bereits aufgrund ihrer beruflichen Tätigkeit dem Unfallversicherungsschutz, sodass von der Neuregelung etwa 50 bis 100 Personen betroffen sein werden.

Die Einbeziehung der bisher noch keinem Unfallversicherungsschutz unterliegenden Mitglieder der amtlichen Weinkostkommissionen soll diesen insbesondere einen Schutz bei auch als Arbeitsunfälle geltenden Unfällen im Sinne des § 175 Abs. 2 ASVG bieten.

Gemäß § 28 Z 2 lit. j ASVG ist die Sozialversicherungsanstalt der Bauern sachlich zuständig.

Zu Art. 1 Teil 2 Z 2, 5, 16, 21, 23, 27 und 48, Art. 2 Teil 2 Z 4, Art. 3 Teil 2 Z 3 und Art. 5 Teil 2 Z 4 (§§ 30f Abs. 1 Z 7, 136 Abs. 2, 348a Abs. 3 Z 5 und 6, 350 Abs. 1a und 3a, 351c Abs. 3a sowie 638 Abs. 7 ASVG; § 92 Abs. 1 GSVG; § 86 Abs. 2 BSVG und § 64 Abs. 2 B-KUVG):

Mit vorliegender Regelung soll es zur Einführung eines Referenzpreissystems kommen. Voraussetzung hierfür ist die Bildung von Referenzpreisgruppen im Erstattungskodex und die Ermöglichung der Abgabe von Arzneispezialitäten im Wege des neu geschaffenen § 350 Abs. 1a in den Apotheken.

Von der SV-Holding sind über Empfehlung der Heilmittel-Evaluierungs-Kommission im Erstattungskodex Referenzgruppen zu bilden, wenn mindestens drei laut Warenverzeichnis des österreichischen Apothekerverlages lieferbare Arzneispezialitäten mit identischem Wirkstoff oder identischer Wirkstoffkombination (ATC-Code Ebene 5), identischer Wirkstoffstärke oder identischen Wirkstoffstärken, gleicher oder praktisch gleicher Darreichungsform sowie gleicher oder praktisch gleicher Packungsgröße im Gelben oder Grünen Bereich angeführt sind. Durch den ATC-Code Ebene 5 ist sichergestellt, dass nur Arzneimittel mit identischem Wirkstoff oder identischer Wirkstoffkombination in der jeweiligen Gruppe vertreten sind. Weiters müssen die Arzneispezialitäten der jeweiligen Referenzgruppen für dieselben Anwendungsgebiete zugelassen sein. Bei Biosimilars handelt es sich wegen bloßer Wirkstoffähnlichkeit keinesfalls um wirkstoffidentische Arzneispezialitäten. Um eine entsprechende Wahlmöglichkeit sicherzustellen, kann eine Referenzgruppe nur dann gebildet werden, wenn zum Stichtag 1. Jänner und 1. Juli jeden Jahres mindestens drei Arzneispezialitäten im Gelben oder Grünen Bereich des Erstattungskodex enthalten sind, widrigenfalls eine Referenzgruppe auch wieder aufzulösen ist.

Eine Referenzgruppe umfasst jene Arzneispezialitäten mit gleichen oder praktisch gleichen Packungsgrößen, die grundsätzlich geeignet sind, den Maßstab gemäß § 351c Abs. 4 zu erfüllen (zB sind im Regelfall Arzneispezialitäten mit einer Packungsgröße von 28 Stück und Arzneispezialitäten mit einer Packungsgröße von 30 Stück praktisch gleich). In den ersten beiden Jahren nach Einführung sind voraussichtlich nicht mehr als 60 bis 100 Wirkstoffe von der Neuregelung umfasst.

Arzneispezialitäten mit gleicher oder praktisch gleicher Darreichungsform sind jene, die auf dem gleichen Weg appliziert werden und hinsichtlich Wirkstofffreisetzung, Dosierung und Dosierungsintervall vergleichbar sind. Dabei sind im Regelfall die gebrauchsfertigen Arzneiformen (zB fest, halbfest, flüssig, gasförmig) untereinander vergleichbar (zB sind im Regelfall orale, feste, unverzögert freisetzende Arzneispezialitäten hinsichtlich der Darreichungsform praktisch gleich).

Referenzpreis ist der jeweils zum 1. Jänner und 1. Juli eines jeden Jahres geltende Kassenverkaufspreis (inkl. USt) für die pro Einheit der Packungsgröße kostengünstigste Arzneispezialität innerhalb der Referenzgruppe. Durch die halbjährliche Festlegung soll hinsichtlich der Abgabe an die/den Versicherte/n die erforderliche Kontinuität in der medizinischen Behandlung (insbesondere im Hinblick auf die PatientInnen-Compliance) gewährleistet werden.

Erfolgte lediglich eine Wirkstoffverordnung oder hat der/die Verschreibende die Ersetzung durch eine wirkstoffidentische Arzneispezialität nicht ausgeschlossen, hat der/die Apotheker/in oder Hausapotheken führende Arzt/Ärztin eine Arzneispezialität abzugeben, für die höchstens der Referenzpreis gilt. Bei einer Wirkstoffverordnung kann im Fall des Vorliegens einer Referenzgruppe jedenfalls keine magistrale Zubereitung gemeint sein.

Der Kassenverkaufspreis ist jener sich aus § 3 der Österreichischen Arzneitaxe ergebende Preis. Nach dieser Bestimmung hat der/die Apotheker/in und der/die Hausapotheken führende Arzt/Ärztin den begünstigten Bezieher und Bezieherinnen die in Abs. 2 leg. cit. festgelegten, ermäßigten Zuschläge auf den Apothekeneinstandspreis zu verrechnen. (Bei Suchtgiften beinhaltet der Kassenverkaufspreis weiters eine Suchtgiftgebühr gemäß Anlage A, I, Z 6 letzter Absatz der Österreichischen Arzneitaxe.)

Zur Förderung der PatientInnen-Compliance soll der/die Verschreibende aus medizinischen Gründen die Arzneispezialität weiterhin unter ihrem Produktnamen abgeben und die Ersetzung durch eine wirkstoffidentische Arzneispezialität ausschließen können. Unter diesen Gründen ist entsprechend der Liste der U.S. Food and Drug Administration (Orange Book) Folgendes zu verstehen:

- a) eine nachgewiesene Unverträglichkeit gegen die Hilfsstoffe der möglichen Referenzarzneispezialitäten (zB bei Allergien gegen bestimmte Salze),
- b) die Sicherstellung der Akzeptanz der angeordneten Therapie bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres (zB Geschmack, Darreichungsform),
- c) die Nichteignung der möglichen Referenzarzneispezialitäten zum Erreichen der medizinisch-therapeutisch notwendigen Dosierungen (zB in Folge fehlender Teilbarkeit einer Tablette) oder
- d) die medizinisch-therapeutische Unzweckmäßigkeit der Substitution durch eine mögliche Referenzarzneispezialität (zB bei Antiepileptika oder Immunsuppressiva nach Transplantation, wenn zusätzliche Blutspiegelkontrollen notwendig sind).

Im Fall des Ausschlusses der Ersetzung der Arzneispezialität durch den/die Verordner/in hat dieser/diese die Gründe für den Ausschluss zu dokumentieren. Diesbezüglich soll in den Richtlinien der SV-Holding über die ökonomische Verschreibeweise von Heilmitteln und Heilbehelfen (RöV) eine einheitliche Dokumentation festgelegt werden. Als Sanktionsmöglichkeiten bei Ausschluss der Ersetzung ohne oder mit mangelhafter Dokumentation sollen die Verwarnung bzw. im Wiederholungsfall der Kostenersatz der abgegebenen Arzneispezialitäten vorgesehen werden.

In dem zwischen den Krankenversicherungsträgern und der Österreichischen Apothekerkammer nach § 348a Abs. 3 ASVG abgeschlossenen Gesamtvertrag sind unter der bereits bestehenden Z 1 Expedition (Abgabe) von Heilmitteln (§ 136 ASVG), Heilbehelfen (§ 137 ASVG) usw. auf Rechnung der Krankenversicherungsträger (§ 350 ASVG) Maßnahmen aufzunehmen, die die Vertragspartner ergreifen können, wenn die Apotheken gegen ihre Verpflichtungen aus der vorgesehenen Neuregelung der Abgabe von Arzneispezialitäten verstoßen.

Zu Art. 1 Teil 2 Z 3 und 48, Art. 7 Z 1 und 2, Art. 8 Z 2 sowie Art. 9 Z 1 (§§ 31d und 638 Abs. 3 ASVG, §§ 13a und 24 Abs. 7 Apothekengesetz, § 49 Abs. 1 ÄrzteG 1998 sowie § 16 Abs. 1 und 2 ZÄG):

Im Hinblick auf den geplanten Aufbau von E-Medikations-Datenbanken sollen Ärzte/Ärztinnen, Zahnärzte/Zahnärztinnen, Dentisten/Dentistinnen sowie Apotheker/Apothekerinnen zur Teilnahme verpflichtet werden. E-Medikations-Datenbanken sollen als Teil der Elektronischen Gesundheitsakte damit auch Voraussetzung für die Vertragspartnerregelungen sein.

Nach der Durchführung eines Pilotprojektes im Bundesland Salzburg ist nunmehr das Ziel, E-Medikations-Datenbanken österreichweit bereits mit 1. Jänner 2010 in Betrieb zu nehmen. Die Einführung soll schrittweise erfolgen, sodass auch in anderen Bundesländern Pilotprojekte bereits vor dem 1. Jänner 2010 durchgeführt werden können.

Der Hinweis auf die datenschutzrechtlichen Bestimmungen soll Zweifel beseitigen, dass durch ELGA eine Aushöhlung des Datenschutzes erfolgen soll.

Zu Art. 1 Teil 2 Z 4, 7 und 20, Art. 2 Teil 2 Z 1, Art. 3 Teil 2 Z 2 und Art. 5 Teil 2 Z 3 (§§ 81 Abs. 1, 340b und 349b ASVG, § 43 Abs. 1 GSVG, § 41 Abs. 1 BSVG und § 27 Abs. 1 B-KUVG):

Die Sozialpartner sprechen sich in ihrem gemeinsam erarbeiteten Konzept über die Zukunftssicherung für die soziale Krankenversicherung vom 7. April 2008 für die Einführung einer „PatientInnenquittung“ aus.

Bereits jetzt besteht nach § 81 Abs. 1 letzter Satz ASVG sowie Parallelbestimmungen in den Sondergesetzen eine jährliche Informationspflicht der Krankenversicherungsträger an die Versicherten über die Kosten der in Anspruch genommenen Sachleistungen (ärztliche und zahnärztliche Hilfe, Heilmittel, Heilbehelfe, Transporte sowie Spitalstage). Aufgrund des zeitlichen Abstandes zur tatsächlichen Inanspruchnahme der Leistungen können allerdings Versicherte die damit erhaltene Information teilweise nicht mehr in Zusammenhang mit den in Anspruch genommenen Leistungen bringen. Daher soll diese Informationspflicht durch einen auf unmittelbar nach der Inanspruchnahme der Vertragspartner/innen ausgestellten Leistungsnachweis ergänzt und somit eine weitergehende Sensibilisierung der Versicherten für die mit einer Inanspruchnahme der Vertragspartner/innen einhergehenden Leistungen erreicht werden. Den Stellungnahmen etlicher Institutionen im Rahmen des Begutachtungsverfahrens folgend, soll zusätzlich zu der Einführung einer „PatientInnenquittung“ eine die Effizienz steigernde Verbesserung und Flexibilisierung der bestehenden Informationsverpflichtung der

Krankenversicherungsträger erfolgen. Diese können die PatientInnen nunmehr öfter als ein Mal im Jahr informieren.

Die SV-Holding soll gemäß Abs. 2 der §§ 340b und 349b ASVG nach Vorliegen der technischen Machbarkeit auf Weisung der Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend durch Verordnung Grundsätze über Inhalt und Umfang der Nachweise festzulegen haben. Darin ist etwa insbesondere der Einsatz der „PatientInnenquittung“ im Rahmen von Visiten zu regeln. Voraussetzung für ein Tätigwerden des Hauptverbandes ist die Erteilung einer entsprechenden Weisung durch die zuständige Bundesministerin.

Die Anwendbarkeit auf Zahnärztinnen/Zahnärzte ergibt sich aus § 343d Abs. 1 ASVG, wobei die verwiesenen Bestimmungen mit der Maßgabe sinngemäß anzuwenden sind, dass an die Stelle der Österreichischen Ärztekammer und der Ärztekammern die Österreichische Zahnärztekammer tritt.

Zu Art. 1 Teil 2 Z 6 (§ 175 Abs. 5 Z 3 und 4 ASVG):

In Umsetzung des Regierungsbereinkommens für die laufende Legislaturperiode, wonach im Kapitel Wissenschaft vorgesehen ist, dass künftig bestimmte gemeinnützige unentgeltliche Tätigkeiten eine Refundierung der Studienbeiträge bewirken, wurde durch BGBl. I Nr. 47/2008 im Studienförderungsgesetz 1992 eine entsprechende Regelung aufgenommen. Nach § 52d leg. cit. kann der/die zuständige Bundesminister/in im Rahmen der Privatwirtschaftsverwaltung die Refundierung von Studienbeiträgen anhand von Richtlinien an Studierende vorsehen, die gemeinnützige Tätigkeiten zur pädagogischen Unterstützung im Bildungsbereich (Mentoring) im Ausmaß von 60 Stunden pro Semester geleistet haben.

Gleichzeitig wird unter Bezugnahme auf das über Ersuchen des Bundesministeriums für Wissenschaft und Forschung von Herrn Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Mazal verfasste Rechtsgutachten zur Regelung von Mentoring im Studienförderungsgesetz 1992 klargestellt, dass die Refundierung des Studienbeitrages nicht Entgelt im arbeits- und sozialversicherungsrechtlichen Sinn ist; es steht nicht der Austausch von Leistung und Gegenleistung im Vordergrund der Tätigkeit, sondern deren gemeinnütziger und im Sinne des allgemeinen Sprachgebrauches unentgeltlicher Charakter. Nach § 52d leg. cit. gelten Unfälle, die sich bei der ausgeübten Tätigkeit (Mentoring) sowie bei den Wegen von und zur Einrichtung, bei der diese Tätigkeit verrichtet wird, ereignen, als Arbeitsunfälle in der Unfallversicherung nach § 174 Abs. 4 und 5 ASVG.

Aus Gründen der Rechtsklarheit soll der Unfallversicherungsschutz für diese Personengruppe an der systematisch richtigen Stelle, nämlich im § 175 Abs. 5 ASVG, geregelt werden. Durch die Bezugnahme im Abs. 5 leg. cit. auf § 175 Abs. 4 ASVG und weiters auf § 175 Abs. 2 ASVG sind auch Wegunfälle vom Versicherungsschutz umfasst.

Zu Art. 1 Teil 2 Z 8 bis 10 und 48, Art. 2 Teil 2 Z 5, Art. 3 Teil 2 Z 5 bis 7 (§§ 341 Abs. 1, 342 Abs. 1 und Abs. 1 Z 7 sowie 638 Abs. 4 ASVG, § 193 Z 2 GSVG und § 181 Z 1, Z 1a und Z 2 BSVG):

Die Berücksichtigung der unterschiedlichen Bedürfnisse der Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin und der Fachärztinnen/Fachärzte eines Sonderfaches insbesondere im Bereich der Honorarordnungen führt zu immer komplexer werdenden Gesamtvertragsinhalten. Daher soll es nunmehr möglich sein, für Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärztinnen/Fachärzte eines Sonderfaches eigene Gesamtverträge abzuschließen. Dadurch ist insbesondere auch die Möglichkeit gegeben, die einen Bestandteil des Gesamtvertrages bildenden Honorarordnungen auf die Sonderfächer abzustimmen.

Unterschiedliche, insbesondere die Honorarordnungen betreffende Ansichten der Gesamtvertragsparteien im Bereich einzelner Sonderfächer und der Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin sollen nicht zur vollständigen Kündigung oder Auflösung eines für alle freiberuflich tätigen Ärztinnen/Ärzte geltenden Gesamtvertrages führen. Daher soll die Möglichkeit von Teilkündigungen und –auflösungen eines Gesamtvertrages für Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärztinnen/Fachärzte eines Sonderfaches geschaffen werden. Teilkündigungen und Teilauflösungen gelten auch ohne explizite Nennung für die am 1. August 2008 bestehenden Gesamtverträge.

Die Möglichkeit des Gesamtvertragsabschlusses durch die Krankenversicherungsträger selbst dient der von den Sozialpartnern in ihrem gemeinsam erarbeiteten Konzept über die Zukunftssicherung für die soziale Krankenversicherung vom 7. April 2008 vorgesehenen Flexibilisierung des Vertragspartnerrechts. Die SV-Holding kann jedoch weiterhin auf Verlangen des beteiligten Versicherungsträgers den Gesamtvertrag mit Wirkung für diesen abschließen.

Die vorgesehene Übertragung der Abschlusskompetenz für Gesamtverträge an die Träger der Krankenversicherung bedarf auch einer entsprechenden Anpassung im GSVG und im BSVG.

Zu Art. 1 Teil 2 Z 11, 13, 17, 18, 19 und 48 (§§ 343 Abs. 2a und 5, 349 Abs. 1, 2 und 3 sowie 638 Abs. 5 ASVG):

Die vorgeschlagene Regelung soll im Interesse der Versicherten und ihrer Angehörigen Qualität, Effektivität und Effizienz der Behandlung durch niedergelassene Ärztinnen/Ärzte, Zahnärztinnen/Zahnärzte und Dentistinnen/Dentisten sowie durch andere Vertragspartner dadurch sicherstellen, dass Einzel- bzw. Leistungsverträge alle fünf Jahre durch das Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend zu evaluieren sind. Mit der Durchführung der Evaluierung kann die Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend eine fachlich geeignete Institution betrauen. Sofern das Ergebnis der Evaluierung nicht den in einer Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend festgelegten Mindestanforderungen entspricht, hat der Träger der Krankenversicherung dem Vertragspartner entsprechende Auflagen zu erteilen. Bei Nichteinhaltung der Auflagen kann der Träger der Krankenversicherung das Vertragsverhältnis kündigen.

Die Anwendbarkeit auf Zahnärztinnen/Zahnärzte, Dentistinnen/Dentisten bzw. andere Vertragspartner ergibt sich aus den Verweisen in den §§ 343d bzw. 349 Abs. 1, 2 und 3 ASVG, wobei die verwiesenen Bestimmungen mit der Maßgabe sinngemäß anzuwenden sind, dass an die Stelle der Österreichischen Ärztekammer und der Ärztekammern die Österreichische Zahnärztekammer bzw. die jeweilige freiwillige berufliche Interessenvertretung oder die zuständige gesetzliche berufliche Vertretung tritt.

Die in der Neuregelung vorgesehene Verordnung ist mit Wirksamkeit 1. August 2009 zu erlassen.

In der Verordnung sind unter Heranziehung der von der Gesundheit Österreich GmbH/Geschäftsbereich Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen erarbeiteten wissenschaftlichen Grundlagen sowie nach Anhörung der Österreichischen Ärztekammer (Österreichischen Zahnärztekammer) und der SV-Holding folgende Gegenstände zu regeln:

- Standards, welche von den Vertragspartnern erfüllt werden müssen. Es ist auf die möglichen Unterschiede im Leistungskatalog der einzelnen Vertragspartner/innen Bedacht zu nehmen und eine Gewichtung der Standards zueinander vorzunehmen. Es sind insbesondere folgende Kriterien festzulegen: Struktur- und Prozessqualitätskriterien; Fort- und Weiterbildung; ein Vorgehen bei ärztlichen und ärztlich veranlassten Leistungen entsprechend § 133 Abs. 2 ASVG; Dokumentationspflichten sowie Bedachtnahme auf medizinisch-wissenschaftliche empfohlene Behandlungsleitlinien.
- Verfahren zur Durchführung der Evaluierung; hiebei ist jedenfalls festzulegen, wie und wann die Evaluierung durchzuführen ist. Um der Vertragsärztin/dem Vertragsarzt bzw. der Vertrags-Gruppenpraxis bzw. anderen Vertragspartnern Sicherheit über das Erlöschen bzw. die Verlängerung des Einzel- oder Leistungsvertrages zu geben, wird in der Verordnung zu berücksichtigen sein, dass die Evaluierung so rechtzeitig stattfindet, dass diese ein halbes Jahr vor dem möglichen Erlöschen des Vertrages abgeschlossen ist.

Des Weiteren soll im Falle einer Änderung der gegenständlichen Verordnung dafür Sorge getragen werden, dass den Vertragsärztinnen/Vertragsärzten, Vertrags-Gruppenpraxen bzw. anderen Vertragspartnern ausreichend Zeit für die Umsetzung der Änderungen bleibt.

Im Hinblick auf diese Neuregelung sind die Zitate im § 349 Abs. 1, 2 und 3 ASVG anzupassen.

Davon unabhängig bietet das ÄrzteG 1998 ausreichende berufsrechtliche Sanktionsmechanismen für gravierende Verstöße gegen die ärztlichen Berufspflichten, damit dem Patientenwohl ausreichend Rechnung getragen:

1. Sperre der Ordinationsstätte bis zur Behebung von Missständen im Bereich der Hygiene durch die Bezirksverwaltungsbehörde (§ 56 ÄrzteG 1998),
2. Untersagung der Ausübung des ärztlichen Berufes bis zum rechtskräftigen Abschluss des Disziplinarverfahrens durch den Disziplinarrat als einstweilige Maßnahme (§ 138 ÄrzteG 1998),
3. zeitlich beschränkte Untersagung der Berufsausübung durch ein Disziplinerkenntnis als Disziplinarstrafe (§ 61 in Verbindung mit § 139 ÄrzteG 1998),
4. vorläufige Untersagung der Berufsausübung durch den zuständigen Landeshauptmann in Wahrung des öffentlichen Wohles und bei Gefahr in Verzug (§ 62 ÄrzteG 1998),
5. Verlust der ärztlichen Berufsberechtigung durch den Wegfall der Vertrauenswürdigkeit (§ 4 in Verbindung mit § 59 ÄrzteG 1998).

Zu Art. 1 Teil 2 Z 12 und 13 (§ 343 Abs. 4 und 5 ASVG):

Nach geltender Rechtslage kann die Landesschiedskommission die Kündigung für unwirksam erklären, wenn sie für den Arzt/die Ärztin eine soziale Härte bedeutet und nicht eine so schwerwiegende Verletzung des Vertrages vorliegt, dass eine Fortsetzung des Vertrages unzumutbar wäre.

Auf Grund der Erfahrungen in der Praxis ist eine Flexibilisierung des Kündigungsrechtes der Krankenversicherungsträger gegenüber den Ärzten/Ärztinnen notwendig. In diesem Sinne soll nun auf Vorschlag der Österreichischen Ärztekammer diese Härtefall-Klausel entfallen und die Kündigung durch den Krankenversicherungsträger insbesondere bei wiederholten oder schwerwiegenden Verstößen des Arztes/der Ärztin gegen dessen/deren Verpflichtungen aus dem Vertragsverhältnis oder bei schwerwiegenden Berufspflichtverletzungen auszusprechen sein.

Die vorgesehene Änderung des Kündigungsrechtes der Krankenversicherungsträger gegenüber den Ärzten/Ärztinnen soll insbesondere auch zur Verbesserung der Qualitätssicherung dienen.

Die einmonatige Kündigungsfrist zum Ende eines Kalendervierteljahres und die Regelung des Einspruchsrechtes im gegebenen Zusammenhang bleiben weiterhin aufrecht.

Zu Art. 1 Teil 2 Z 14, 17 und 19 (§§ 343e sowie 349 Abs. 1 und 3 ASVG):

Das Vertragspartnerrecht ist eine tragende Säule der Krankenversicherung. Der Versorgungsauftrag der Träger der Krankenversicherung nach § 23 Abs. 5 ASVG, wonach diese für die Krankenbehandlung der Versicherten und ihrer Familienangehörigen ausreichend Vorsorge zu treffen haben, besteht auch bei Fehlen eines Gesamtvertrages.

Um für den gesetzlichen Auftrag zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung für die gesamte in der gesetzlichen Sozialversicherung versicherte Bevölkerung die erforderlichen zweifelsfreien Voraussetzungen zu schaffen, wird die Möglichkeit des Vertragsabschlusses von einzelnen Verträgen (Leistungsverträgen) im Falle der Nichteinigung der Gesamtvertragspartner während der Geltungsdauer des von der Bundesschiedskommission festgesetzten Gesamtvertrages vorgesehen. Der Krankenversicherungsträger kann bereits vor Ablauf der Dauer des festgesetzten Gesamtvertrages Leistungsverträge mit der aufschiebenden Bedingung, dass sich die Gesamtvertragspartner während der Geltung dieses Gesamtvertrages nicht auf einen neuen Gesamtvertrag einigen, abschließen. Dem Gesamtvertragsmodell wird weiterhin der Vorrang gegeben, ebenso wie dem Sachleistungsprinzip gegenüber der Kostenerstattung.

Der herrschenden Lehre (vgl. Schrammel, Vertragsloser Zustand im Vertragspartnerrecht der Krankenversicherung, RdA 2007, 347; Krejci, Probleme des individuellen Kassenarztvertrages, ZAS 1989, 109) folgend, ist die Möglichkeit des Einzelvertrags- bzw. Leistungsvertragsabschlusses im Falle des Fehlens eines Gesamtvertrages aus dem bisherigen Gesetzeswortlaut nicht abzuleiten.

Für den Leistungsvertrag gelten die Bestimmungen über Einzelverträge mit der Maßgabe, dass es für einen Vertragsabschluss nicht der Zustimmung der zuständigen Ärztekammer bedarf. Um hinsichtlich der Honorarstruktur bei den Vertragspartnerinnen und Vertragspartnern der jeweiligen Krankenversicherungsträger weiterhin Ungleichheiten zu vermeiden, sollen die Leistungsverträge in den einzelnen Fachgruppen nach einheitlichen Grundsätzen abgeschlossen werden.

Im Falle eines Gesamtvertragsabschlusses erlöschen die Leistungsverträge. Die/Der bisherige Vertragspartnerin/Vertragspartner des Leistungsvertrages hat jedoch unter Berücksichtigung des neuen Stellenplans Anspruch auf Abschluss eines Einzelvertrages, wobei die nach § 343 Abs. 1 zweiter Satz ASVG erlassene Verordnung nicht anzuwenden ist. Bei der Vergabe von Leistungsverträgen wird die Sozialversicherung auf eine in die Zukunft gerichtete Bedarfsplanung Bedacht zu nehmen haben. Durch diese Neuregelung soll derjenigen/demjenigen Ärztin/Arzt eine Absicherung angeboten werden, die/der zu einem Leistungsvertragsabschluss zur Sicherstellung der Leistungserbringung nach § 23 Abs. 5 ASVG bereit war.

Die Anwendbarkeit auf Zahnärztinnen/Zahnärzte ergibt sich aus § 343d Abs. 1 ASVG, wobei die verwiesenen Bestimmungen mit der Maßgabe sinngemäß anzuwenden sind, dass an die Stelle der Österreichischen Ärztekammer und der Ärztekammern die Österreichische Zahnärztekammer tritt.

Da die Bestimmung über den Leistungsvertrag auch für Dentistinnen/Dentisten und Vertragspartnerinnen/Vertragspartner im Sinne des § 349 Abs. 3 ASVG anwendbar sein soll, ist eine Zitat Anpassung in § 349 Abs. 1 und 3 leg. cit. erforderlich.

Zu Art. 1 Teil 2 Z 15 (§ 348 ASVG):

Zur Vermeidung eines vertragslosen Zustandes wird das Verfahren zur Bestimmung des Inhaltes eines Gesamtvertrages durch die Bundesschiedskommission neu geregelt.

Bisher konnten die Österreichische Ärztekammer und der Hauptverband einen Antrag auf Festsetzung des Inhalts eines aufgekündigten Gesamtvertrages durch die Bundesschiedskommission stellen. Nunmehr sollen auch die Krankenversicherungsträger sowie die Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend antragsberechtigt sein.

Die Bundesschiedskommission hat innerhalb von drei Monaten nach Antragstellung zu entscheiden und kann den Inhalt für höchstens sechs Monate – gerechnet vom Tage der Entscheidung – festsetzen.

Wie schon bisher kann der Antrag gestellt werden, wenn sechs Wochen vor Ablauf der Geltungsdauer des Gesamtvertrages ein neuer Gesamtvertrag nicht geschlossen wurde und wenn die Geltungsdauer des aufgekündigten Gesamtvertrages noch nicht abgelaufen ist.

Bei der Festsetzung des Inhalts ist die Bundesschiedskommission wie nach bisheriger Rechtslage nicht an den Inhalt des aufgekündigten Gesamtvertrages gebunden, hat aber auf Folgendes Bedacht zu nehmen:

1. Zielvereinbarungen und Richtlinien der SV-Holding im Zusammenhang mit Gesamtverträgen,
2. Honorarforderungen und –angebote unter Berücksichtigung der Honorarordnung des aufgekündigten Gesamtvertrages,
3. wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Krankenversicherungsträgers,
4. Kostenentwicklung für Vertragsärzte und –Gruppenpraxen und
5. Entwicklung der Beitragseinnahmen.

Im Falle der Festsetzung des Inhaltes durch die Bundesschiedskommission besteht diese abweichend von § 346 Abs. 2 ASVG aus einem aktiven Richter des Obersten Gerichtshofes als Vorsitzenden und aus vier Beisitzern. Bei den Beisitzern handelt es sich um zwei Richter des Obersten Gerichtshofes und jeweils einem Vertreter der Österreichischen Ärztekammer und des Hauptverbandes bzw. der SV-Holding.

Einigen sich die Gesamtvertragspartner auf einen neuen Gesamtvertrag, so tritt die Entscheidung der Bundesschiedskommission mit In-Kraft-Treten dieses Gesamtvertrages außer Kraft.

Nunmehr müssen während der Geltung des von der Bundesschiedskommission festgesetzten Gesamtvertrages freiwerdende Planstellen nicht nachbesetzt werden.

Zu Art. 1 Teil 2 Z 22 (§ 350 Abs. 1a ASVG):

Ab dem 1. Juli 2013 sollen Verschreibungen von Arzneispezialitäten für den Fall, dass diese in eine bestehende Referenzgruppe eingeordnet werden können, nur mehr unter der Wirkstoffbezeichnung zu erfolgen haben. Es soll jedoch weiterhin aus medizinischen Gründen möglich sein, eine Arzneispezialität unter ihrem Produktnamen mit Ausschluss der Ersetzung durch eine wirkstoffidentische Arzneispezialität zu verordnen.

Zu Art. 1 Teil 2 Z 24 bis 26 sowie 46 und 48 (Überschrift zu Abschnitt V, Sechster Teil, §§ 351c Abs. 1, 631 Abs. 3 sowie 638 Abs. 6 ASVG):

Im Rahmen eines Vertragsverletzungsverfahrens machte die Europäische Kommission in einer mit Gründen versehenen Stellungnahme vom 12. Oktober 2006 im Wesentlichen geltend, dass die österreichische Rechtslage zur Erstattung von Heilmitteln insofern den Anforderungen der Transparenz-Richtlinie 89/105/EWG widerspreche, als nach § 351c Abs. 7 ASVG Arzneispezialitäten, deren Aufnahme in den gelben oder grünen Bereich des Erstattungskodex beantragt wurde, für höchstens 24 bzw. 36 Monate im roten Bereich des Erstattungskodex verbleiben können. Nach § 351d Abs. 1 ASVG müsse der Hauptverband (ab 1. Jänner 2009 nunmehr die SV-Holding) über die Aufnahme in den gelben oder grünen Bereich innerhalb von 90 Tagen nach Eingang der Empfehlung der Heilmittel-Evaluierungskommission entscheiden.

Damit sei die in Art. 6 Abs. 1 der Transparenz-Richtlinie, 89/105/EWG, festgelegte Frist von 90 bzw. 180 Tagen für die Aufnahme in den gelben oder grünen Bereich nicht gewahrt. Auch durch die mit BGBl. I Nr. 2007/31 vorgenommene Neuregelung des Systems zur Aufnahme von Arzneispezialitäten in den Erstattungskodex werde die Vorgabe der Transparenz-Richtlinie nicht erfüllt.

Durch die vorliegende Änderung des § 351c Abs. 1 ASVG soll nunmehr sicher gestellt werden, dass über den Antrag des vertriebsberechtigten Unternehmen auf Aufnahme einer Arzneispezialität in den gelben oder den grünen Bereich des Erstattungskodex innerhalb von 90 Tagen (wird auch über den Preis entschieden, innerhalb von 180 Tagen) zu entscheiden ist.

Zu Art. 1 Teil 2 Z 28 (§ 351c Abs. 7 Z 1 ASVG):

Im § 31 Abs. 3 Z 12 lit. a ASVG ist vorgesehen, dass im roten Bereich (red box) zur Wahrung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit einem Sozialversicherungsträger für eine Arzneispezialität dieses Bereiches der ermittelte EU-Durchschnittspreis verrechnet werden darf. Mit

gegenständlicher Regelung im § 351c Abs. 7 Z 1 ASVG soll auch in den Sonderbestimmungen für den roten Bereich (red box) klargestellt werden, dass der Preis der Arzneispezialität in diesem Bereich den EU-Durchschnittspreis nicht überschreiten darf.

Zu Art. 1 Teil 2 Z 29 (§ 351d Abs. 1 ASVG):

Die bisher in § 351c Abs. 1 ASVG vorgesehene Anwendung der selben Prüfmaßstäbe bei der Entscheidung über die Aufnahme in den Erstattungskodex soll aus Gründen der Übersichtlichkeit direkt in § 351d Abs. 1 ASVG (Entscheidung der SV-Holding) geregelt werden.

Zu Art. 1 Teil 2 Z 30 und 31 (§ 351e Abs. 1 und 2 ASVG):

Bei den vorgeschlagenen Änderungen handelt es sich um sprachliche Klarstellungen, wonach es sich um Anträge der vertriebsberechtigten Unternehmen an die SV-Holding handelt.

Zu Art. 1 Teil 2 Z 32, 33 und 48 (Überschrift zu § 351f sowie §§ 351f Abs. 3 und 638 Abs. 7 ASVG):

Durch die vorgeschlagene Neuregelung soll die Gesundheit Österreich GmbH/Geschäftsbereich Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen jährlich der Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend und der SV-Holding über die Entwicklung der Abgabe von Arzneispezialitäten berichten. Bis 30. Juli 2014 soll nach § 635 Abs. 2 ASVG die Berichterstattung halbjährlich erfolgen.

Zu Art. 1 Teil 2 Z 34 und 36 (§ 351i Abs. 1 Z 1 lit. a und Abs. 4 ASVG):

Es handelt sich um formale Anpassungen an die Neuregelung der §§ 351c Abs. 1 und Abs. 7 Z 1 ASVG.

Zu Art. 1 Teil 2 Z 35 (§ 351i Abs. 3 ASVG):

§ 351i Abs. 3 ASVG regelt u.a. die (aufschiebende) Wirkung von Beschwerden an die Unabhängige Heilmittelkommission. Der bisher in § 351c Abs. 1 ASVG geregelte Ausschluss der aufschiebenden Wirkung bei Beschwerden gegen die Streichung einer Arzneispezialität wegen mangelnder Erstattungsfähigkeit soll nunmehr aufgrund des inhaltlichen Zusammenhangs ebenfalls in § 351i Abs. 3 ASVG normiert werden.

Zu Art. 1 Teil 2 Z 37, 39, 40 und 48 (§ 447a Abs. 3 Z 2, Abs. 10 und 11 sowie 638 Abs. 9 ASVG):

Da die Sozialversicherungsträger den vollen Ausgleich für die nicht abzugsfähigen Vorsteuern erhalten sollen, müssen auch die bisher gemäß § 1 Abs. 2 GSBG erfolgten Pauschalzahlungen an den Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen und an die Sozialversicherungsanstalt der Bauern in Höhe von 0,585 % und 0,185 % der Krankenversicherungsaufwendungen der Sozialversicherungsträger umgestellt werden. Die für 2008 erwarteten Pauschalzahlungen in Höhe von rund 100 Millionen Euro werden unter Anrechnung der bereits im Jahr 2008 erfolgten Pauschalzahlungen in Hinkunft als Fixbeträge von 76 Millionen Euro an den Ausgleichsfonds und 24 Millionen Euro an die Sozialversicherungsanstalt der Bauern vom Bundesminister für Finanzen aus Mitteln der Tabaksteuer geleistet. Durch diese Umschichtung tritt keine Änderung bei der Verteilung für die Gebietskörperschaften ein.

Zu Art. 1 Teil 2 Z 38 und 48 (§§ 447a Abs. 5 und 638 Abs. 8 ASVG):

Die Sozialpartner sprechen sich in ihrem gemeinsam erarbeiteten Konzept über die Zukunftssicherung für die soziale Krankenversicherung vom 7. April 2008 für eine Abschöpfung der Mittel der Rücklage nach § 447a Abs. 5 ASVG („Katastrophenrücklage“) aus. Im Jahr 2006 wurden zuletzt 206 000 Euro in Folge der Hochwasserkatastrophen in einigen Bundesländern ausbezahlt. Derzeit ist der Fonds mit 42,5 Millionen Euro dotiert. Die Aufteilung der Mittel ist von der SV-Holding vorzunehmen:

Das an die Wiener Gebietskrankenkasse aus den Mitteln der Rücklage gewährte Darlehen ist bei der Aufteilung entsprechend zu berücksichtigen.

Zu Art. 1 Teil 2 Z 41, 42 und 45 (§§ 447f Abs. 3 Z 4, 447f Abs. 9 und 447h Abs. 2 Z 1 ASVG):

Durch die vorgeschlagenen Änderungen erfolgen sowohl Richtigstellungen eines Verweises als auch eine Zitatrichtigstellung.

Zu Art. 1 Teil 2 Z 43 und 44 (§ 447f Abs. 10 und 11 ASVG):

Bei den Änderungen handelt es sich um sprachliche Anpassungen aufgrund der Namensänderungen der Betriebskrankenkasse Mondi Business Paper (nunmehr Betriebskrankenkasse Mondi).

Zu Art. 1 Teil 2 Z 47 (§ 634 Abs. 8 ASVG):

Da der Hauptverband am 8. April 2008, somit fristgerecht bis zum 30. Juni 2008, in der Trägerkonferenz konkrete Maßnahmen zur Effizienzsteigerung und Kostendämpfung in der gesetzlichen Krankenversicherung im Ausmaß von jedenfalls 150 Millionen Euro beschlossen hat, konnte gegenständliche Regelung des § 634 Abs. 8 ersatzlos entfallen.

Zu Art. 2 Teil 2 Z 2 und 3 (§ 85 Abs. 3 Z 2 und 3 GSVG)

Auf Vorschlag der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft soll durch die gegenständliche Änderung nunmehr auch den in der Krankenversicherung weiterversicherten Personen eine Optionsmöglichkeit eröffnet werden: auch sie sollen in Hinkunft die Gelegenheit haben, von den angebotenen Optionsmöglichkeiten für SachleistungsbezieherInnen Gebrauch zu machen. Auf Grund der Erfahrungswerte der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft über die Inanspruchnahme des Optionenmodells ist im Hinblick auf die Zahl der Weiterversicherten von einer eher geringen Zahl (unter 50) von Nutzern auszugehen. Im Bereich der Pflichtversicherten war die Gebarung jeder einzelnen der drei Optionsvarianten im zuletzt evaluierten Jahr (2006) positiv. Es ist daher davon auszugehen, dass im Hinblick auf die Optionsbeiträge und die bisherigen Erfahrungen des Optionenmodells im Bereich der Pflichtversicherten die vorgesehene Neuregelung mit keinen zusätzlichen Kosten für die Krankenversicherung verbunden ist.

Zu Art. 3 Teil 2 Z 1 (§ 24b Abs. 3 Z 2 BSVG):

Durch die vorgeschlagene Änderung erfolgt die Richtigstellung eines Zitats.

Zu Art. 3 Teil 2 Z 4 (§ 149d Abs. 3 BSVG):

Nach geltender Rechtslage fällt die Betriebsrente ein Jahr nach dem Eintritt des Versicherungsfalles an. Die Betriebsrente soll auch künftig nach einem Jahr anfallen, allerdings soll die Jahresfrist nicht wie bisher mit dem Tag des Versicherungsfalles, sondern mit dem Tag nach dem Eintritt des Versicherungsfalles zu laufen beginnen. Damit wird an die bereits im ASVG für die Gewährung einer Versehrtenrente bestehende Systematik angeknüpft, die die Grundlage für das Projekt EFEU bildet, womit im Bereich der gesamten Unfallversicherung, also auch in der bäuerlichen Unfallversicherung, der elektronische Akt eingeführt werden soll. Auch im Bereich des B-KUVG wird hinsichtlich des Anfalles einer Versehrtenrente der Tag des Versicherungsfalles nicht mitgerechnet.

Zu Art. 3 Teil 2 Z 8 (§ 307 Abs. 4a BSVG):

Der Verfassungsgerichtshof hat mit Erkenntnis vom 19. Juni 2006, G 16/06, die Regelungen der §§ 148i Abs. 1 und 148j Abs. 2 BSVG in der Fassung der 22. Novelle insoweit als verfassungswidrig aufgehoben, als beim Wegfall der Betriebsrente bzw. deren Abfindung nicht danach differenziert wird, ob beim/bei der Versicherten eine Pension aus dem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit nach dem ASVG (bzw. Erwerbsunfähigkeit nach dem GSVG) anfällt oder eine Pension der geminderten Erwerbsfähigkeit nach dem BSVG. Die Aufhebung ist mit Ablauf des 30. Juni 2007 in Kraft getreten. Unter Bezugnahme auf das genannte Erkenntnis vom 19. Juni 2006 erfolgte mit Wirksamkeit ab 1. Juli 2007 im Zuge der 32. BSVG-Novelle eine Neuregelung der Gewährung von Betriebsrenten nach dem BSVG, wonach Betriebsrenten, die als Dauerrrenten festgestellt werden, grundsätzlich mit der Betriebsaufgabe, spätestens jedoch mit dem Tag des Anfalles einer Pension aus dem Versicherungsfall des Alters nach dem ASVG, GSVG oder BSVG wegfallen.

Während im Rahmen der 32. BSVG-Novelle im Zusammenhang mit der Regelung des Anfalles einer Betriebsrente (§ 149d BSVG) ausdrücklich normiert wurde, dass das Datum des Eintrittes des Versicherungsfalles für die Beurteilung des Leistungsanspruches aus der Unfallversicherung entscheidend ist (§ 307 Abs. 5 BSVG), wurde eine derartige Regelung in Bezug auf die Regelung des Wegfalles des Anspruches auf eine Betriebsrente (§§ 148i und 148j BSVG) versehentlich nicht aufgenommen.

Zur Vermeidung von Ungleichheiten sowie im Sinne der Rechtssicherheit soll nun auch in Bezug auf den Wegfall einer Betriebsrente eine entsprechende Übergangsbestimmung normiert werden.

Zu Art. 5 Teil 2 Z 1 und 2 (§ 12 Abs. 3 und 4 sowie § 15a B-KUVG):

Um den Krankenversicherungsanspruch der Versicherten möglichst zeitnah abbilden zu können, haben seit der Einführung der e-card kurze Meldewege zunehmend an Bedeutung gewonnen. Der Krankenversicherungsträger kann dieser Anforderung unter dem Gesichtspunkt der Verfahrensökonomie am ehesten dadurch gerecht werden, dass An-, Ab- und Änderungsmeldungen statt in Papierform im elektronischen Wege übermittelt werden.

Da eine entsprechende gesetzliche Verpflichtung der Dienstgeber/Dienstgeberinnen - im Unterschied zum ASVG - im B-KUVG bis dato noch nicht vorgesehen ist, soll auf Anregung der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter eine dahingehende Verpflichtung nunmehr auch im Bereich des B-KUVG gesetzlich verankert werden.

Des Weiteren soll die im § 34 Abs. 2 ASVG verankerte Verpflichtung der Dienstgeber/Dienstgeberinnen zur elektronischen Übermittlung der Beitragsnachweisungen für den Bereich des B-KUVG - in dem unterschiedliche Einzahlungsfristen bestehen - dahingehend adaptiert werden, dass die Dienstgeberin/der Dienstgeber dazu verpflichtet wird, die Gesamtsumme der im Beitragszeitraum anfallenden

Beitragsgrundlagen und Beiträge vor der Einzahlung der Beiträge mittels elektronischer Datenfernübertragung zu melden.

Zudem soll die Verpflichtung zur elektronischen Übermittlung von Beitragsgrundlagennachweisen, die sowohl für die Beitragskontrolle aber auch für die Ermittlung der Rezeptgebührenobergrenze notwendig sind, ausdrücklich in das B-KUVG aufgenommen werden.

Zu Art. 5 Teil 2 Z 5 und 6 (§§ 133 Abs. 1 und 216 B-KUVG):

Mit dem Sozialrechts-Änderungsgesetz 2006 – SRÄG 2006, BGBl. I Nr. 131/2006, wurde für den Bereich des ASVG, GSVG sowie für das BSVG vorgesehen, dass bei der Entsendung von Versicherungsvertreterinnen und Versicherungsvertretern durch die entsendeberechtigten Stellen nicht nur auf die fachliche Eignung, sondern auch auf ein Erreichen der Geschlechterparität in den Verwaltungskörpern Bedacht zu nehmen ist. Durch die nunmehr vorgesehene Änderung sollen die bereits bestehenden Regelungen in den Sozialversicherungsgesetzen harmonisiert und vervollständigt werden.

Zu Art. 8 Z 2 und Art. 9 Z 1 (§ 49 Abs. 1 ÄrzteG 1998 und § 16 Abs. 1 und 2 ZÄG):

Durch die Formulierung „Inhaber einer ärztlichen Ordinationsstätte und Gruppenpraxen“ trifft die vorgesehene Verpflichtung, sich ab einer gesicherten Verfügbarkeit der notwendigen technischen Infrastruktur an der Umsetzung der Elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) einschließlich E-Medikations-Datenbanken zu beteiligen, auf Wohnsitzärzte (vgl. § 47 ÄrzteG 1998) nicht zu.

Eine entsprechende Änderung erfolgt auch im ZÄG.

Zu Art. 8 Z 3 bis 5, Art 9 Z 2 bis 4 sowie Art. 10 Z 1 (§§ 49 Abs. 2a und 2b sowie 118 Abs. 5 ÄrzteG 1998; §§ 22 Abs. 1 und 2 sowie 72 Abs. 6 ZÄG; § 50 Abs. 5 ZÄKG):

Die vorgesehenen Änderungen im ÄrzteG 1998 im Bereich der ärztlichen Qualitätssicherung bilden die angestrebten sozialversicherungsrechtlichen Neuerungen im Rahmen des ÄrzteG 1998 ab. Demnach sollen künftig Inhaber von ärztlichen Ordinationsstätten und Gruppenpraxen, wenn sie als Vertragspartner eines gesetzlichen Krankenversicherungsträgers oder einer Krankenfürsorgeeinrichtung Leistungen erbringen, der Qualitätssicherung des Bundes und der Sozialversicherung unterliegen.

Im § 118 Abs. 5 ÄrzteG 1998 wird den gesetzlichen Krankenversicherungsträgern und den Krankenfürsorgeeinrichtungen die Möglichkeit der Anfrage bezüglich des Ergebnisses einer Qualitätskontrolle hinsichtlich potenzieller Vertragspartner eingeräumt.

Das ZÄG sowie das ZÄKG enthalten die entsprechenden Änderungen im Bereich der zahnärztlichen Qualitätssicherung.

Zu Art. 11 Z 1 (§ 3 Abs. 1 lit. c Rezeptpflichtgesetz):

Hier erfolgt eine Anpassung an die Diktion des Arzneimittelgesetzes (vgl. § 1 Abs. 15 AMG).

Zu Art. 11 Z 2 (§ 3 Abs. 1a Rezeptpflichtgesetz):

Die vorgesehene Regelung dient der Anpassung des Rezeptpflichtgesetzes an das im ASVG zu schaffende Referenzpreissystem.

Im Zusammenhang mit der Einführung eines Referenzpreissystems in Österreich ist es erforderlich, im Rahmen des Rezeptpflichtgesetzes die Möglichkeit zu eröffnen, eine Verschreibung auch unter der Anführung des Wirkstoffs/der Wirkstoffkombination anstelle des Namens der Arzneispezialität zuzulassen.

Erfolgt die Verschreibung unter Anführung des Wirkstoffs/der Wirkstoffkombination, hat dies unter Verwendung des von der Weltgesundheitsorganisation empfohlenen internationalen Freinamens (INN) zu erfolgen, sofern ein solcher vorhanden ist.

Zu Art. 11 Z 3 (§ 8 Abs. 8 Rezeptpflichtgesetz):

Anpassung an die im ASVG vorgenommene Neustrukturierung und damit Neubenennung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger.

Zu Art. 12 Z 1 (§§ 3 Abs. 5, 19a Abs. 4 Z 3, 24 Abs. 2, 57 Abs. 3, 59e Abs. 3, 59g Abs. 2 Z 3 und Abs. 8 KAKuG):

Dient der Anpassung an die im ASVG vorgenommene Neustrukturierung und damit Neubenennung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger.

Zu Art. 12 Z 2 (§ 19a Abs. 4 Z 3 KAKuG):

Entsprechend dem Vorschlag der Sozialpartner soll bei der Erarbeitung von Richtlinien über die Beschaffung und den Umgang mit Arzneimitteln bei der Verordnung von Arzneimitteln für die Versorgung nach der Entlassung aus einer Krankenanstalt die Berücksichtigung des vom Hauptverband

der österreichischen Sozialversicherungsträger herausgegebenen Erstattungskodex und der Richtlinie über die ökonomische Verschreibweise (RöV) zu berücksichtigen sein.

Zu Art. 12 Z 3 (§ 24 Abs. 2 KAKuG):

Es wird klargestellt, dass der vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger herausgegebene Erstattungskodex und die Richtlinie über die ökonomische Verschreibweise im Rahmen des Entlassungsbriefes zu beachten sind. In diesem Sinn knüpft die krankenanstaltenrechtliche Regelung an die für sozialversicherte Patienten ohnehin geltenden sozialversicherungsrechtlichen Vorgaben an. Ab 1. Jänner 2010 hat die Medikationsempfehlung grundsätzlich nur mehr unter Angabe des Wirkstoffs bzw. der Wirkstoffkombination, der Stärke und der Darreichungsform zu erfolgen. Ausnahmen von diesem Punkt sind nur im Einzelfall dann zulässig, wenn aus medizinischen Gründen die Verschreibung eines bestimmten Präparates erfolgen muss.

Zu Art. 12 Z 4 (§ 65 Abs. 4e KAKuG):

Enthält die Umsetzungsfrist für die Landesausführungsgesetzgeber.

Zu Art. 13 Z 1 und 2 (§§ 39j Abs. 6 und 6a sowie 55 Abs. 12 FLAG 1967):

Bei der Neuregelung der Krankenversicherungsbeiträge auf Grund der Finanzausgleichsvereinbarung wurde übersehen, dass die erhöhten Beitragssätze nicht nur für das Jahr 2008, sondern für die gesamte Dauer der laufenden Finanzausgleichsperiode, also bis zum Ablauf des Jahres 2013, gelten sollen. Nunmehr soll eine entsprechende legistische Klarstellung erfolgen.

Zu Art. 14 Z 1 (§ 3 Abs. 1 DAG):

Das Dienstgeberabgabengesetz normiert, dass Dienstgeber/Dienstgeberinnen unter bestimmten Voraussetzungen für alle bei ihnen geringfügig beschäftigten Personen eine pauschalierte Abgabe an den für die Anmeldung zuständigen Krankenversicherungsträger zu entrichten haben. Nach § 3 DAG dienen 23,5 % der Erträge aus der Dienstgeberabgabe der Finanzierung der Krankenversicherung der geringfügig beschäftigten Personen und sind vom einzuhebenden Krankenversicherungsträger an den Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen nach § 447a ASVG zu überweisen; 76,5 % der Erträge aus der Dienstgeberabgabe dienen der Finanzierung der Pensionsversicherung und sind vom einzuhebenden Krankenversicherungsträger an die Pensionsversicherungsanstalt zu überweisen.

Da die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau nicht mehr Mitglied des Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen ist, wurde, um sicherzustellen, dass die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau die entsprechenden Anteile aus der Dienstgeberabgabe erhält, normiert, dass die anteiligen Erträge aus der Dienstgeberabgabe von der Versicherungsanstalt einzubehalten ist.

Da auch die Betriebskrankenkassen nicht Mitglied des Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen sind, soll für diese dieselbe Vorgehensweise wie bei der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau festgelegt werden, sodass die anteiligen Erträge von den Betriebskrankenkassen direkt einbehalten und nicht an den Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen abgeführt werden sollen.

Gleichzeitig erfolgt eine legistische Klarstellung in Bezug auf den Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen.

Zu Art. 15 Z 1 (§ 1 Abs. 2 GSBG):

Sozialversicherungsträger und Krankenfürsorgeeinrichtungen erhalten beginnend mit dem Jahr 2008 an Stelle einer pauschalierten Abgeltung der Vorsteuerbeträge eine 1:1-Abgeltung der einschlägigen Vorsteuerbeträge.

Zu Art. 15 Z 2 (§ 1 Abs. 4 GSBG):

Diese Regelung stellt im Vergleich zur Vorsteuerberichtigung bei steuerpflichtigen Unternehmen eine vereinfachte Berichtigung für Beihilfen dar.

Zu Art. 15 Z 3 (§ 2 Abs. 2 GSBG):

Die für den Krankentransport und Rettungsdienst sowie für das Blutspendewesen bis 31. Dezember 2008 befristete Beihilfenregelung wird bis 31. Dezember 2013 verlängert.

Zu Art. 15 Z 4 (§ 6 GSBG):

Mit dem Übergang zur 1:1-Abgeltung von Vorsteuerbeträgen an Sozialversicherungsträger und Krankenfürsorgeträger entfallen Akontozahlungen.

Zu Art. 15 Z 5 (§ 8 GSBG):

Die Neuformulierung ist durch den Entfall der Akontozahlungen und der Jahresabrechnung notwendig. Weiters hat der Hauptverband der Sozialversicherungsträger von der gesamten Abgeltung der Vorsteuern

für die Sozialversicherungsträger einen Vorwegabzug in Höhe von 18 % davon jährlich, ausschließlich auf die Krankenversicherungsträger zu verteilen.

Zu Art. 15 Z 6 (§ 16 Abs. 3 und 4 GSBG):

Die Umstellung von den Pauschalzahlungen zur 1:1-Abgeltung der Vorsteuerbeträge erfordert detaillierte Übergangsbestimmungen.

Zu Art. 16 Z 1 (§ 8 Abs. 2 Z 3 FAG 2008):

Das - schon derzeit nicht mehr aktuelle - Zitat des § 447a ASVG in den Bestimmungen über den Vorwegabzug bei der Tabaksteuer wird an die neue Rechtslage angepasst:

Der Vorwegabzug umfasst zum einen die bisherige Überweisung des Bundesministers für Finanzen aus der Tabaksteuer an den Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger iHv. rd. 12,4 Millionen Euro (§ 447 Abs. 10 ASVG) und zum anderen die im neuen § 447 Abs. 11 ASVG geregelten Überweisungen aus der Tabaksteuer an den Ausgleichsfonds und an die Sozialversicherungsanstalt der Bauern von zusammen 100 Millionen Euro.

Zu Art. 17 (Bundesgesetz, mit dem der Bundesminister für Finanzen ermächtigt wird, auf Bundesforderungen gegenüber den Gebietskrankenkassen zu verzichten):

Im Jahr 2007 verzeichneten die Krankenversicherungsträger einen saldierten Gebarungsabgang von 343,5 Millionen Euro, die Gebietskrankenkassen sogar einen solchen in Höhe von 425,4 Millionen. Die Prognosen lassen ein Ansteigen dieser Abgänge erwarten. Verschärft wird die finanzielle Lage durch die Vermögenssituation insbesondere einiger Gebietskrankenkassen.

Zur Entlastung dieser nachteiligen Vermögenssituation soll eine teilweise Entschuldung aus Budgetmitteln des Bundes erfolgen.

§ 1 schafft die Voraussetzungen dafür, dass der Bundesminister für Finanzen gegenüber bestimmten Gebietskrankenkassen auf die im Wege einer Rechtsträgerfinanzierung über die Österreichische Bundesfinanzierungsagentur aufgenommenen Mittel von bis zu 450 Millionen Euro zuzüglich Zinsen verzichten darf.

Voraussetzung für einen derartigen Verzicht ist, dass die Mittel, auf die der Bund verzichtet, jeweils ausschließlich von den Gebietskrankenkassen zur Reduzierung ihrer negativen Reinvermögen verwendet werden, indem ihre Verbindlichkeiten abgedeckt werden.

§ 2 sieht die Zuständigkeit des Bundesministers für Finanzen für die Vollziehung des gegenständlichen Gesetzes vor.

Zu Art. 18 (Heilmittelabgabegesetz):

Zur Wahrung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit sollen Zulassungsinhaber einer Arzneispezialität verpflichtet werden, eine pauschalierte Abgabe in der Höhe von 6 % ihres jährlichen Heilmittelumsatzes zu entrichten.

Dieses Bundesgesetz soll allerdings nur dann mit 1. Jänner 2009 in Kraft treten, als laufende Verhandlungen mit der pharmazeutischen Industrie zur freiwilligen Entrichtung Finanzierungssicherungsbeitrages scheitern. Zur notwendigen Rechtssicherheit ist es weiters erforderlich, die Gleichwertigkeit einer solchen Vereinbarung durch Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Soziales und Konsumentenschutz festzustellen.

Finanzielle Erläuterungen

Aus dem im Sozialpartnerpapier vorgeschlagenen Maßnahmenkatalog sind die finanziellen Auswirkungen der Maßnahmen nicht einzeln bewertbar; darin sind auch solche Maßnahmen enthalten, die im Verhandlungsweg zwischen den Vertragspartnern der Sozialversicherung zu erzielen sind. Das vorgeschlagene Paket im Bereich der Vertragspartner der Krankenversicherung soll jedoch zu einer Dämpfung der jährlichen Ausgabensteigerung in diesem Bereich von rund vier Prozent auf rund zwei Prozent führen. Im Bereich der Aufwendungen für Heilmittel soll eine Dämpfung der Steigerungen auf rund vier Prozent erreicht werden.

Aus finanzieller Sicht sind folgende Maßnahmen hervorzuheben:

Zu Art. 1 Teil 2 Z 1 (§ 8 Abs. 1 Z 3 lit. j ASVG):

Da es sich bei der Mitgliedschaft in den amtlichen Weinkostkommissionen um ein unbesoldetes Ehrenamt handelt – den Kostern und Kosterinnen gebührt lediglich eine Aufwandsentschädigung – wird die Beitragslast vom Bund (Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft, § 74 Abs. 3 Z 5 ASVG) übernommen. Nach § 74 Abs. 1 Z 2 ASVG beträgt der für den/die einzelne/n Versicherte/n monatlich zu zahlende Beitrag 1,92 Euro (Stand 2008). Da nach Schätzungen der zuständigen Stellen ca. 50 bis 100 Personen betroffen sein werden, ist mit einem aus dem Budget des Bundesministeriums für Land- und Forstwirtschaft zu bezahlenden Aufwandes in der Höhe von 2000 Euro jährlich zu rechnen.

Zu Art. 1 Teil 2 Z 2, 5, 21 bis 23 und 27, Art. 2 Teil 2 Z 4, Art. 3 Teil 2 Z 3, Art. 5 Teil 2 Z 4, Art. 11 Z 1 und 2 sowie Art. 12 Z 2 und 3 (§§ 30f Abs. 1 Z 7, 136 Abs. 2, 350 Abs. 1a sowie 3a, sowie 351c Abs. 3a ASVG, § 92 Abs. 1 GSVG, § 86 Abs. 2 BSVG, § 64 Abs. 2 B-KUVG, § 3 Abs. 1 lit. c und Abs. 1a Rezeptpflichtgesetz, § 19a Abs. 4 Z 3, 24 Abs. 1a und 2 KaKuG):

Unter der Annahme einer zu Beginn erzielbaren Substitutionsrate von siebzig Prozent könnte es nach einer im Auftrag des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger erstellten Studie der ÖBIG Forschungs- und Planungsgesellschaft mbH zu Referenzpreissystemen in Europa ab der Einführung des Modells mit dem Jahr 2010 in Österreich zu jährlichen Einsparungen beim Heilmittelaufwand der Krankenversicherungsträger in Höhe von etwa 35 Millionen Euro kommen.

Zu Art. 1 Teil 1 Z 37 und 241 (§§ 73 Abs. 2 und 447f Abs. 1 ASVG):

Die Schaffung eines Zusatzhebesatzes im Bereich der Gebietskrankenkassen in Höhe von 3 % ist mit einem Mehraufwand für die Pensionsversicherungsanstalt in der Höhe von rund 33 Mio. € jährlich (Geldwert 2008) verbunden. Dieser Mehraufwand ist vom Bund aus dem Budgetkapitel 16 zu ersetzen.

Derzeit überweist die Pensionsversicherungsanstalt jährlich (Geldwert 2008) rund 1 950 Mio. € an die Träger der Krankenversicherung (exklusive Ergänzungsbeitrag nach § 73 Abs. 1a ASVG). Von diesem Betrag entfallen rund 1 080 Mio. € auf die von den Pensionen einbehaltenen Krankenversicherungsbeiträge und (im Wege des Hebesatzes von 180 %) rund 870 Mio. € auf Mittel der Anstalt, die über die Ausfallhaftung vom Bund ersetzt werden.

Zur Sicherstellung einer zielgerichteten und nachhaltigen Finanzierung der sozialen Krankenversicherung sind Mehreinnahmen auf Grund des Zusatzhebesatzes bei der Berechnung der Steigerungssätze nach § 447f Abs. 1 ASVG für die Jahre 2008 bis 2013 nicht zu berücksichtigen.

Zu Art 1 Teil 2 Z 7 und 20 (§§ 340b und 349b ASVG):

Durch die Einführung der „PatientInnenquittung“ ergeben sich jährliche Verwaltungskosten für die Vertragspartner/innen der Krankenversicherung mit Ausnahme der Apotheker/innen in Höhe von 20 Millionen Euro.

Zu Art. 1 Teil 2 Z 8, 10, 11, 14, 17, 18 und 19 (§§ 341 Abs. 1, 342 Abs. 1 Z 7, 343 Abs. 2a, 343e, 349 Abs. 1, 2 und 3 ASVG):

Die Sozialpartner gehen davon aus, dass die jährlichen Kostensteigerungen im Vertragspartnerbereich bei rund zwei Prozent stabilisiert werden können. Ausgehend von den Ausgaben der Krankenversicherung im Jahr 2007 in Höhe von 2,02 Milliarden Euro würde es ohne Kostendämpfung zu Ausgaben von 2,272 Milliarden Euro im Jahr 2010 kommen. Bei Umsetzung der vorgeschlagenen Maßnahmen werden die Ausgaben auf 2,174 Milliarden Euro im Jahr 2010 steigen.

Zu Art. 1 Teil 2 Z 11 (§ 343 Abs. 2a ASVG):

Für die Evaluierung nach § 348 Abs. 1 ASVG ist von Kosten in Höhe von €1500 pro Evaluierung eines/einer Vertragspartner/Vertragspartnerin auszugehen; zu veranschlagen sind dabei 15 Stunden mit einem Stundensatz von €100. Umgelegt auf die Zahl der Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin und Ärztinnen/Ärzte eines Sonderfaches von insgesamt etwa 11000 (jährlich erfolgt eine Evaluierung eines Fünftels davon) ist mit Kosten in Höhe von rund 3 Millionen Euro p.a. zu rechnen.

Zu Art. 1 Teil 2 Z 32, 33 und 48 (Überschrift zu §§ 351f, 351f Abs. 3 und 638 Abs. 7 ASVG):

Die Berichterstattung von GÖG an die Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend über die Entwicklung der Abgabe von Arzneyspezialitäten wird mit 30 000 Euro jährlich veranschlagt.

Zu Art. 1 Teil 2 Z 37, 40 und 48 sowie Art. 15 Z 1 bis 6 (§§ 447a Abs. 3 Z 2 und Abs. 11 und 638 Abs. 9 ASVG, §§ 1 Abs. 2 und 4, 2 Abs. 2, 6, 8 erster Satz, 16 Abs. 3 und 4 GSBG):

Bei einer rückwirkenden Einführung der 1:1-Abgeltung der nicht abzugsfähigen Vorsteuern mit Jahresbeginn 2008 können die Sozialversicherungsträger im Vergleich zum Pauschalsatz von 4,3 % mit einer um rund 125 Millionen Euro höheren Abgeltung als bei der pauschalierten Abgeltung rechnen (Pauschalzahlungen für 2008 rund 560 Millionen Euro; Größenordnung für 1:1-Abgeltung ca. 685 Millionen Euro im Jahr 2008). Weiters hat die SV-Holding von der gesamten Abgeltung der Vorsteuern für die Sozialversicherungsträger einen Vorwegabzug in Höhe von 18 % der Beihilfen, das sind im Jahr 2008 rund 125 Millionen Euro, ausschließlich auf die Krankenversicherungsträger zu verteilen.

Die bisher mit den Sätzen von 0,585 % und 0,185 % festgeschriebenen Pauschalzahlungen an den Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger und an die Sozialversicherungsanstalt der Bauern (zusammen rund 100 Millionen Euro im Jahr 2008) entfallen beim GSBG und werden gemäß der seinerzeitigen politischen Vereinbarung als Vorwegabzug bei der Tabaksteuer abgebucht und in § 447a ASVG neu geregelt. Keine Auswirkungen zum Status Quo für den Krankentransport und Rettungsdienst sowie für das Blutspendewesen.

In Abhängigkeit von den Kostendämpfungsmaßnahmen bei den Medikamenten (größter Vorsteuerposten für die SV-Träger) ist in den nächsten Jahren von geringeren Steigerungsraten bei der 1:1-Abgeltung der nicht abzugsfähigen Vorsteuern gegenüber der pauschalen Beihilfe auszugehen. Die Beihilfen für den Krankentransport und Rettungsdienst sowie für Blutspendeeinrichtungen betragen rd. 25 Millionen Euro jährlich.

Da diese Beihilfen im FAG 2008 als Vorwegabzug geregelt sind, entfallen von den geschätzten zusätzlichen Beihilfen für die Sozialversicherungsträger (Größenordnung 125 Millionen Euro) als Ertragsanteile und aufkommensabhängige Transfers auf die Länder rd. 27 Millionen Euro und auf die Gemeinden rd. 15 Millionen Euro p.a..

Zu Art. 1 Teil 2 Z 38 und 48 (§§ 447a Abs. 5 und 638 Abs. 8 ASVG):

Die Sozialpartner sprechen sich in ihrem gemeinsam erarbeiteten Konzept über die Zukunftssicherung für die soziale Krankenversicherung vom 7. April 2008 für eine Abschöpfung der Mittel der Rücklage nach § 447a Abs. 5 ASVG („Katastrophenrücklage“) aus. Im Jahr 2006 wurden zuletzt 206 000 Euro in Folge der Hochwasserkatastrophen in einigen Bundesländern ausbezahlt. Derzeit ist der Fonds mit 42,5 Millionen Euro dotiert.

Zu Art. 2 Teil 2 Z 2 und 3 (§ 85 Abs. 3 Z 2 und 3 GSVG):

Mit der Erweiterung der Optionsmöglichkeit auf Weiterversicherte sind aufgrund der geringen Zahl an potentiellen Nutzern keine zusätzlichen Kosten für die Krankenversicherung verbunden.

Zu Art. 3 Teil 2 Z 4 (§ 149d Abs. 3 BSVG):

Im Hinblick darauf, dass künftig auch in der bäuerlichen Unfallversicherung für den Anfall der Betriebsrente beim Beginn der Jahresfrist der Eintritt des Versicherungsfalles nicht mitgezählt werden soll, verringert sich im ersten Monat der Gewährung einer Betriebsrente deren Ausmaß jeweils um 1/30 gegenüber der geltenden Rechtslage.

Laut Berechnungen der Sozialversicherungsanstalt der Bauern wird etwa im Jahr 2009 von ca. 533 erstmaligen Gewährungen einer Betriebsrente ausgegangen, wobei in dem gesamten Jahr bei einer monatlichen Gesamtbruttolistung von etwa 133 848,61 Euro für die betroffenen Versicherten insgesamt ein Minderbetrag von rund 4 461,62 Euro bzw. bezogen auf den/die einzelne/n Versicherte/n ein einmaliger Minderbetrag von rund 8,37 Euro zu erwarten ist.

Zu Art. 14 Z 1 (§ 3 Abs. 1 DAG):

Laut Berechnungen des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger wurden insgesamt im Jahre 2007 12 366,72 Euro, im Jahre 2006 14 716,41 Euro und im Jahre 2005 16 258,99 Euro von den Betriebskrankenkassen an den Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen weitergeleitet.

Zu Art. 17 (Bundesgesetz, mit dem der Bundesminister für Finanzen ermächtigt wird, auf Bundesforderungen gegenüber den Gebietskrankenkassen zu verzichten):

Der Bundesminister für Finanzen darf gegenüber bestimmten Gebietskrankenkassen auf die im Wege einer Rechtsträgerfinanzierung über die Österreichische Bundesfinanzierungsagentur aufgenommenen Mittel von bis zu 450 Millionen Euro zuzüglich Zinsen verzichten. Ausgehend von der voraussichtlichen Aufteilung dieses Betrages auf die Jahre 2008 und 2009 und der voraussichtlichen Verteilung des negativen Reinvermögens zum 31. Dezember 2007 auf die einzelnen Gebietskrankenkassen ergibt sich folgender Verteilungsschlüssel:

Versicherungsträger	Gesamt	%	2008	2009
Insgesamt	450.000.000		300.000.000	150.000.000
Gebietskrankenkasse Wien	239.148.395	53,14 %	159.432.263	79.716.132
Gebietskrankenkasse Niederösterreich	17.039.543	3,79 %	11.359.695	5.679.848
Gebietskrankenkasse Burgenland	13.663.613	3,04 %	9.109.075	4.554.538
Gebietskrankenkasse Steiermark	98.894.845	21,98 %	65.929.897	32.964.948
Gebietskrankenkasse Kärnten	60.864.961	13,53 %	40.576.641	20.288.320
Gebietskrankenkasse Tirol	20.388.643	4,53 %	13.592.429	6.796.214

Zu Art. 18 (Heilmittelabgabegesetz):

Durch die Maßnahme werden Einnahmen im Hinblick auf die auf Kosten der sozialen Krankenversicherung abgegebenen Arzneispezialitäten Einnahmen in Höhe von jährlich ca. 110 Mio. Euro erwartet.