

Hauptverband der österreichischen  
Sozialversicherungsträger  
Kundmanngasse 21  
1031 Wien

<i>Versicherungsnummer</i>	DS rum/k
<i>Unser Zeichen</i>	05 78 07 - 10 24 01
<i>Telefon</i>	05 78 07 - 66 10 24 01
<i>Telefax</i>	05 78 07 - 66 10 24 01
<i>E-Mail</i>	karin.rumpelsberger@oegkk.at
<i>Ihre Kontaktperson</i>	Mag. <sup>a</sup> Karin Rumpelsberger, BHC Mag. Alexander Hagenauer, MPM
<i>Datum</i>	26. Mai 2008

## **Stellungnahme der OÖ GKK im Rahmen des Begutachtungsverfahrens zu einem „SV-Holding-Gesetz“ sowie zum „Krankenversicherungs-Änderungsgesetz“**

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse (OÖGKK) wurde mit 13. Mai 2008 ein Entwurf für ein SV-Holding-Gesetz sowie der Entwurf für ein Krankenversicherungs-Änderungsgesetz (KV-ÄG) mit Aufforderung zur Begutachtung übermittelt. Beide Gesetze gehen auf ein Papier mit dem Titel „Zukunftssicherung für die soziale Krankenversicherung“ zurück, das der Präsident des Österreichischen Gewerkschaftsbundes, Rudolf Hundstorfer, sowie der Präsident der Wirtschaftskammer Österreich, Dr. Christoph Leitl, vereinbart und mit 7. April 2008 öffentlich vorgestellt haben. Auf Ebene der Sozialversicherung wurden die Vorschläge des ÖGB und der Wirtschaftskammer Österreich in der Trägerkonferenz des Hauptverbandes der Österreichischen Sozialversicherungsträger vom 8. April 2008 thematisiert. In diesem Zusammenhang weisen wir darauf hin, dass der Obmann der OÖGKK bei diesem Punkt den Saal verlassen und somit nicht zugestimmt hat.

Sowohl das SV-Holding-Gesetz als auch das Krankenversicherungs-Änderungsgesetz führen zu tiefgreifenden Änderungen im österreichischen Krankenversicherungs- und Sozialversicherungsrecht. Vor diesem Hintergrund kritisiert die OÖ GKK Prozess und Tempo der beabsichtigten Reformen. Die sozialpolitischen Reformen der Bundesregierungen der Jahre 2000 bis 2006 waren dadurch gekennzeichnet, dass mit hoher Geschwindigkeit und ohne ausreichende Berücksichtigung der Interessen der Betroffenen sowie ohne umfassende Einholung der Expertisen aus dem Bereich der Wissenschaft tiefgreifende Veränderungen vorgesehen wurden. Diese Vorgehensweise wurde unter dem Schlagwort „Speed kills“ vielfach kritisiert.

Die OÖ GKK fordert daher, die beabsichtigten gesetzlichen Maßnahmen auszusetzen und unter Einbeziehung aller Betroffenen in einen intensiven und konstruktiven Diskussionsprozess einzusteigen.

Entsprechend den inhaltlichen Schwerpunktsetzungen nimmt die OÖ GKK insbesondere zu folgenden Themen Stellung:

- Struktur der SV-Holding und der Sozialversicherungsträger
- Vertragspartner-Angelegenheiten und Medikamente

- Finanzierung und finanzielle Maßnahmen
- Angelegenheiten des Melde-, Versicherungs- und Beitragsrechts

## **1. Struktur der SV-Holding und der Sozialversicherungsträger:**

### **1.1. allgemeine Anmerkungen:**

Mit der geplanten 70. Novelle zum ASVG wird beabsichtigt, das Organisationsrecht sowie das Zusammenwirken zwischen Sozialversicherungsträgern und der geplanten SV-Holding vollkommen neu zu regeln.

Der Verfassungsgerichtshof hat in seinem bahnbrechenden Erkenntnis vom 10. Oktober 2003 (GZ - G222/02 u. a.) das Verhältnis von Sozialversicherungsträgern und Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger definiert und wie folgt beschrieben:

*„[Den] als Selbstverwaltungskörper eingerichteten Sozialversicherungsträgern ist die Wahrnehmung gemeinsamer Interessen der in ihnen zusammengeschlossenen Versicherten sowie im Besonderen der Vollzug der jeweiligen Sozialversicherungsgesetze (wobei den sonach ergehenden Vollzugsakten zum Teil Verordnungsqualität zukommt) im übertragenen wie auch im eigenen Wirkungsbereich zugewiesen. Diese Sozialversicherungsträger in ihrer rechtlichen Qualität als juristische Personen des öffentlichen Rechts – und nicht etwa die ihnen angehörenden Versicherten – werden nach dem Willen des Gesetzgebers gemäß § 31 Abs. 1 ASVG ‚zum Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger ... zusammengefasst‘. [...] Dem Hauptverband ist somit, wie zum einen gesetzlich ausdrücklich angeordnet ist, zum anderen aber aus seinem Wirkungsbereich erschlossen werden kann, die Stellung eines Selbstverwaltungskörpers der Sozialversicherungsträger zugeordnet.“*

Genau diese, vom Verfassungsgerichtshof herausgearbeitete Logik, wonach die Sozialversicherungsträger quasi „Bottom-up“ nach oben hin aggregiert und zu einem Selbstverwaltungskörper aller Sozialversicherungsträger zusammengeschlossen werden, soll nunmehr durchbrochen und durch einfach- und verfassungsgesetzliche Maßnahmen „auf den Kopf gestellt werden“. Die geplante Reform sieht eine zentralistisch organisierte Sozialversicherungslandschaft vor, an deren Spitze eine mit umfassenden Normsetzung- und Steuerungskompetenzen ausgerichtete SV-Holding steht. Diese Konstruktion führt zu einer – wenn auch verfassungsrechtlich intendierten bzw. abgesicherten – Aushöhlung der Aufgaben der dezentral organisierten Gebietskrankenkassen und damit zu versicherten-fernen Entscheidungen und wird deshalb von der OÖ GKK abgelehnt.

Der beabsichtigte Ausbau der Aufsichtsrechte ist kostenintensiv und ineffizient.

Die derzeitigen Sozialversicherungsgesetze sehen im Bereich der Sozialversicherungsträger ein bewährtes und ausgeklügeltes System der Entscheidung, Mitwirkung und Verantwortung vor. Dieses System von „Checks and Balances“ garantiert eine zweckgerichtete Wahrnehmung der spezifischen Interessen der in der Sozialversicherung vertretenen Systempartner, wie insbesondere der DienstnehmerInnen und der DienstgeberInnen.

Die OÖGKK skizziert daher als Alternative folgendes Modell: Die OÖGKK bekennt sich zu einem schlanken und effizienten Hauptverband, der als Zusammenschluss der Träger die

Eigenverantwortung der Träger-Selbstverwaltungen zum Ausdruck bringt, der aber zugleich seiner koordinierenden und steuernden Funktion besser als bisher gerecht wird. Nicht Fremdverwaltung und Fern-Steuerung durch eine vom tatsächlichen Leistungsgeschehen abgehobene Holding sondern verantwortungsvoll handelnde Selbstverwaltung vor Ort ist ein erfolgsversprechender Weg, wie ihn die OÖGKK seit Anfang der 90er Jahre geht. Die Hauptverbandsaufgaben müssen um nicht zeitgemäße Regelungen entrümpelt werden. Zum Beispiel Streichung der Zustimmungsrechte des HVB bei Zu- und Umbauten oder bei Dienstpostenplänen für den höheren und leitenden Dienst. Der Hauptverband soll die Gesamtentwicklung beobachten und aufgrund gemeinsam vereinbarter Ziele trägerübergreifende Unterstützungsleistungen anbieten. Ziel einer HVB-Neuordnung muss es sein, die Träger besser als bisher zu befähigen, eigenständig erfolgreich zu agieren. Anreize und Unterstützungsangebote (wie zB trägerübergreifendes Controlling) sind dabei – aufgrund sämtlicher Erfahrung im Management – nachhaltig wirksame Mechanismen; Sanktionen führen demgegenüber lediglich zu „Vermeidungshaltungen“.

Eine SV-Holding als versichertenfernes und fremdsteuerndes Element führt im Ergebnis dazu, dass scheinautonome Träger zwar in voller Verantwortung gegenüber den Kunden und Vertragspartnern stehen, jedoch nicht mehr autonom handeln und verantwortlich über eigene Gelder verfügen dürfen. Entgegen einem solchen Modell muss das Spannungsfeld zwischen Partikularinteressen der Träger und dem Gesamtinteresse der Summe der Träger konstruktiv über gemeinsam festgelegte Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren aufgelöst werden.

## **1.2. besonderer Teil:**

### **Zu Art. 1 Z 8 (§ 30a Abs.1 Z 6) – Öffentlichkeitsarbeit**

Die unternehmenspolitisch wichtige Aufgabe der Öffentlichkeitsarbeit kann weder nach oben noch nach unten delegiert werden. Auch in Zukunft wird es notwendig sein, dass sowohl der Hauptverband als auch die einzelnen Träger Öffentlichkeitsarbeit durchführen. Die Gebietskrankenkassen sind wesentlich näher an den Versicherten und deren Anliegen, weshalb eine zentralisierte Öffentlichkeitsarbeit abgelehnt wird.

### **Zu Art. 1 Z 8 (§ 30a Abs.1 Z 8) – Kollektivverträge (Dienstrecht)**

Der Entwurf sieht vor, dass Dienstordnungen zukünftig keine Richtlinien mehr sein werden (bisher § 31 Abs. 3 ASVG). Damit sind die Dienstordnungen „normale“ Kollektivverträge und somit nur mehr Mindestnormen. Eine eingehende Begründung für diese Änderung fehlt. Verwirrend ist dabei, dass zwar die Richtlinienkompetenz entfällt, andererseits aber für Arbeitnehmer günstigere Vereinbarungen weiterhin Sonderverträge gemäß § 460 Abs. 1 darstellen, denen der Vorstand und die SV-Holding zustimmen muss. Zudem findet sich im weitgehend unverändert geltenden § 460 Abs. 1 weiterhin die Formulierung „Dienstordnung“. Eine Anpassung dieser Bestimmungen an die veränderten Richtlinienkompetenzen ist offensichtlich übersehen worden. Insgesamt ist die geplante, neue Zuständigkeit der SV-Holding in Dienstrechtsangelegenheiten damit in sich nicht schlüssig, ja widersprüchlich und es fehlen entsprechende Begründungen.

Wenn der Entfall der Richtlinienkompetenz des Hauptverbandes in Dienstrechtsangelegenheiten nur den Zweck hat, außerhalb des Kollektivvertrages stehende Sonderverträge für Geschäftsführungen zu legitimieren, wird dieses Ansinnen entschieden abgelehnt.

### **Zu Art. 1 Z 8 (§ 30a Abs. 1 Z. 9) – Aus- und Fortbildung**

Es soll weiterhin Vorschriften für die Fachprüfung der Sozialversicherungsbediensteten geben. Die neue Richtlinienkompetenz soll sich aber nur mehr auf Standards für die Aus- und Fortbildung beziehen. Auch hier bleiben die genauen Absichten unklar. Grundsätzlich ist es aber zu begrüßen, die Trägerkompetenz bei der Aus- und Weiterbildung seiner Mitarbeiter im hier interessierenden Bereich der Fachprüfungen zu stärken.

### **Zu Art. 1 Z 8 (§ 30 b) – Strategische Zielsteuerung**

Geplant ist, die Sozialversicherungsträger über die SV-Holding zukünftig schwerpunktmäßig über ein strategisches Zielsteuerungs-Modell zu steuern. Dabei wird jedoch übersehen, dass das in der Privatwirtschaft in verschiedensten Ausprägungsformen verankerte Modell des „Führens mit Zielen“ im Bereich der öffentlichen Vollziehung, dann wenn es darum geht, hoheitliche Vorgaben umzusetzen, nicht eins zu eins übernommen werden kann.

Es herrscht aus Sicht der OÖ GKK keine Klarheit darüber, welche Rechtsnatur vereinbarten Zielen bzw. von der Holding in der zweiten Stufe festgelegten Zielen tatsächlich zukommt. Aus Sicht der OÖ GKK ist es notwendig, ein Zielsteuerungsmodell vorzusehen, das den Normunterworfenen bzw. den Adressaten von Zielen ermöglicht, die Ziele im Rechtsweg auf ihre Rechtmäßigkeit überprüfen zu lassen.

Darüber hinaus ist zu befürchten, dass die SV-Holding ihre Handlungsoptionen vorwiegend in der Vorgabe von verbindlichen Finanzzielen suchen wird. Die Erfahrung zeigt, dass die SV-Holding Ziele vorgibt, die einerseits nicht leistbar bzw. nicht realistisch sind und zum anderen im Widerspruch mit den Rechtsansprüchen der Versicherten bzw. außerhalb der Steuerungsmöglichkeiten der Sozialversicherungsträger stehen und damit auch nicht verantwortet werden können. Beispielsweise sei hier auf die Gefahr hingewiesen, dass die SV-Holding abstrakte Zielgrößen bei der Dämpfung der Kostenentwicklung im Bereich der Heilmittel vorgibt, die jedoch von den Sozialversicherungsträgern in der konkreten Umsetzung nicht zu realisieren sind.

Aus demokratie- und rechtspolitischen Überlegungen regt die OÖ GKK an, das Zielsteuerungsmodell so zu adaptieren, dass Ziele in einem offenen Diskussionsprozess zwischen der SV-Holding und den Trägern verhandelt und vereinbart werden. Nur so ist gewährleistet, dass Entscheidung (Zieldefinition) und Verantwortung (Zielerreichung) eine handlungsrelevante Einheit bilden. In diesem Sinne regen wir an, die Wirksamkeit von Zielen auch an das formale Vorliegen der Zustimmung des jeweiligen Versicherungsträgers zu knüpfen.

Unbestritten ist die Notwendigkeit, einen Mechanismus zu finden, einzelne Träger bei Bedarf enger anzuleiten. Nachdem das bisherige System sowohl erfolgreiche als auch weniger erfolgreiche Träger hervorgebracht hat, besteht Bedarf an einem differenzierten, stufenweisen Steuerungsmodell.

Durchgriffsrechte des Verwaltungsrates der Holding, welcher aus (lediglich) 12 Personen besteht, welche mit der unmittelbaren Leistungserbringung im Gesundheitswesen und der Sozialversicherungsträger nicht befasst und damit nicht vertraut sind, erscheinen hier jedoch ein völlig falscher Weg zu sein.

Erfolgreiche Zielsteuerung kann unseres Erachtens nur durch ZielVEREINBARUNG funktionieren. Nur ein solches Postulat einer Zielvereinbarung sichert die im Interesse versicherten-naher Entscheidungen gebotene Autonomie der Träger. Wenn schon die Zielvereinbarung nicht gelingt, wird auch ein (wie im Entwurf vorgesehen) „vorgegebenes“ Ziel kaum erreicht werden.

Im Sinne einer "Anleitung zur Selbststeuerung" können wir uns aber durchaus "Anregungen zur Sicherstellung des gewünschten Ergebnisses" vorstellen, die durch mehrheitlichen Beschluss der Spartenkonferenz zustande kommen. Auf diese Weise kann verhindert werden, dass einzelne Träger ihrer Verantwortung auf Kosten des Gesamtsystemes nicht nachkommen und verbleibt die Entscheidungskompetenz und die Verantwortung aber bei den Selbstverwaltungen der Träger. Gleichzeitig birgt ein solches Modell die Chance, dass die Krankenversicherung insgesamt tatsächlich ein "Lernendes System" wird. Die derzeit im Entwurf vorgesehene Zielsteuerung führt demgegenüber zu einseitigen Dominanzen und wird daher im Ergebnis bei „Schuldzuweisungen“ enden anstatt Innovationsprozesse anzustoßen.

### **Zu Art. 1 Z 8 (§ 30e Abs. 1 Z 8; § 635 Abs. 3) – Führung und Organisation der gesamten elektronischen Datenverarbeitung der Sozialversicherung**

Bezüglich Führung und Organisation der EDV der SV-Träger wird bestimmt, dass bis 31. Oktober 2009 entsprechende Vereinbarungen zwischen der Kasse und der SV-Holding bezüglich der Übertragung der entsprechenden Einrichtungen und des Personals abgeschlossen werden sollen.

Dieser Maßnahme kann nicht zugestimmt werden, zumal damit direkt in geltende Dienstverträge der OÖGKK eingegriffen wird. Die arbeitsrechtliche Umsetzung bleibt völlig offen und bedeutet zumindest entsprechende Rechtsunsicherheit für die betroffenen MitarbeiterInnen.

Die OÖGKK lehnt jede Form von Enteignung entschieden ab.

### **Zu Art. 1 Z 8 (§ 30e Abs. 2 und 3)**

Die betroffenen Bestimmungen sehen die Möglichkeit vor, dass die SV-Holding einzelne Verwaltungsaufgaben der Versicherungsträger nicht nur koordiniert, sondern auch an sich zieht bzw. als Dienstleisterin erfüllt oder an andere Träger überträgt. Diese Bestimmungen führen im Ergebnis dazu, dass die SV-Holding jede einzelne Aufgabe der Sozialversicherungsträger an sich ziehen kann und damit das Handeln der Träger determiniert bzw. konterkariert. Die beiden Bestimmungen werden von der OÖ GKK als unnötig und zu weit gehend abgelehnt. Dies zeugt von einem tiefen Misstrauen der Holding gegenüber den Trägern und verunmöglicht im Ergebnis vorausschauendes, verantwortungsvolles Management im Träger und eröffnet willkürlichen Management-Entscheidungen der Holding Tür und Tor. Dies wird noch verstärkt durch die Tatsache, dass sich nach § 441f die Holding auch jederzeit an den Finanzmitteln der Träger – und damit den Geldern der Versichertengemeinschaft - bedienen kann. Jede Form der Enteignung lehnt die OÖGKK entschieden ab.

### **Zu Art. 1 Z 8 (§ 30f) – Normsetzungskompetenzen der SV-Holding**

§ 30f regelt umfassende Normsetzungskompetenzen der SV-Holding und tritt dabei an die derzeitige Stelle des § 31 ASVG. Die Erlassung eines SV-Holding-Gesetzes wird insbesondere damit begründet, dass es notwendig sei, „eine schlanke SV-Holding“ zu konstruieren. § 30f ASVG steht dazu im Widerspruch und trägt durch Erlassung einer Vielzahl von Richtlinienkompetenzen dem Anspruch Folge, eine zentrale Institution zu schaffen, die das Verwaltungshandeln der einzelnen Träger viel mehr als bisher einschränkt und determiniert. Dies trifft auch auf die im Abs. 2 angeordnete Erlassung von verbindlichen Normen, wie Mustersatzung, Musterkrankenordnung oder einer Mustergeschäftsordnung einschließlich verbindlicher Delegationsvorschriften zu. Insofern erachten wir den Begriff der „schlanken Holding“ als bewusst missverständlich. Hier wird auch die bewusste Missachtung der Rechtsansicht des VfGH deutlich. Eine völlig neue Form abgehobener Selbstverwaltung in Form von SV-Holding und Verwaltungsrat bekommt weitreichendste Normsetzungskompetenzen zur Fremdsteuerung autonomer Kassen.

### **Zu Art. 1 Z 8 ( 30f Abs.1; bisher 31 Abs. 5 Zif. 1) – Dienstpostenpläne**

Die Richtlinien des Hauptverbandes zur Erstellung von Dienstpostenplänen sollen entfallen und damit auch die Verpflichtung zur Übermittlung dieser Pläne. Auch das Erfordernis der ausdrücklichen Zustimmung des Hauptverbandes zu Beschlüssen der Versicherungsträger über Dienstpostenpläne (in den beiden obersten Gehaltsgruppen F und G) soll entfallen.

Da die Übermittlung der jeweils aktuellen Dienstpostenpläne samt ihrer teilweisen Beschlussfassung aus unserer Sicht einen unnötigen administrativen Mehraufwand darstellt, können wir dieser geplanten Maßnahme zustimmen, da es ohnehin genügend andere und wesentlich geeignetere Maßnahmen des Personalcontrollings auf Ebene der einzelnen Träger gibt.

### **Zu Art. 1 Z 8 (§ 30f Abs.1; bisher 31 Abs. 5 Zif. 2) – soziale Zuwendungen**

Ebenso sollen die Richtlinien des Hauptverbandes über die Gewährung von freiwilligen sozialen Zuwendungen entfallen. Da es damit jedenfalls unsicher erscheint, ob und inwieweit auch in Zukunft solche Zuwendungen noch gewährt werden (offenbar von Beschlüssen im Vorstand und in der Kontrollversammlung auf Trägerebene abhängig), kann dieser Maßnahme aus Sicht der MitarbeiterInnen der OÖGKK nicht zugestimmt werden. Ersatzweise könnte eine Regelung geschaffen werden, die klar stellt unter welchen Voraussetzungen die SV-Träger soziale Zuwendungen gewähren können.

### **Zu Art. 1 Z 8 (§ 30f Abs. 2 in Verbindung mit § 456 a Abs. 4) – Mustergeschäftsordnung**

Die bisherigen Regelungen sehen vor, dass die Vorstände der Träger in den Anhängen zu den Geschäftsordnungen Delegationsbeschlüsse fassen und zur Erleichterung des Verwaltungshandelns einzelne Angelegenheiten an Ausschüsse bzw. an den Obmann oder das Büro delegieren. Es widerspricht dem Management-Anspruch der selbstverantwortlichen Wahrnehmung von Aufgaben und der Trägerautonomie, wenn nunmehr die Holding für die Erlassung der Delegationsvorschriften verbindliche Normen aufstellen wird. Diese Bestimmung



wird von der OÖ GKK abgelehnt. Delegationsvorschriften können nur innerhalb des Verantwortungskreises des Selbstverwaltungskörpers selbst erlassen werden.

#### **Zu Art. 1 Z 8 (§ 30f Abs. 2 Z. 4 und 5)**

Gerade in Hinblick auf die nach wie vor bestehende Möglichkeit per Verordnung einen Kostenbeitrag bei der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe zu erlassen, ist die vorgesehene Holdingstruktur entschieden abzulehnen.

#### **Zu Art. 1 Z 8 (§ 30g) – Verbindlichkeit von Richtlinien und Beschlüssen der SV-Holding**

Bereits auf Basis der bestehenden Rechtslage ist unstrittig, dass Richtlinien der Organe des Hauptverbandes, die von diesen im Rahmen ihrer Kompetenzen rechtskonform gefasst werden, für die Sozialversicherungsträger, wenn sie Normadressaten sind, anzuwenden sind. Die beabsichtigte Bestimmung ist in ihrem Anspruch auf Allgemeingültigkeit und Ausdehnbarkeit ein Bruch. Es wäre für die normunterworfenen Träger von vorne herein nicht berechenbar, worauf sie sich einzustellen hätten. Jeder Rechtsunterworfenen hat einen Anspruch, dass die rechtlichen Regelungen berechenbar, vorhersehbar und begründbar sind. Diese Bestimmung wird von der OÖ GKK als überschießend abgelehnt.

#### **Zu Art. 1 Z 9 (§ 31) – Rechtliche Stellung der Versicherungsträger und der SV-Holding**

§ 31 Abs. 1 regelt die rechtliche Stellung der Versicherungsträger und der SV-Holding, und stellt darüber hinaus fest, dass zukünftig die SV-Holding nicht nur – wie der Verfassungsgerichtshof (siehe oben) auf Basis der geltenden Rechtslage festgestellt hat - aus den Sozialversicherungsträgern besteht, sondern normiert auch eine Mitgliedschaft sämtlicher sozialversicherter Personen und deren DienstgeberInnen in der SV-Holding. Dieser Bestimmung kommt zentrale Bedeutung zu, stellt sie doch - als Verfassungsbestimmung konzipiert – den Rahmen für die geplante organisationsrechtliche Stellung der Sozialversicherungsträger und der SV-Holding dar.

Die OÖ GKK kritisiert diese Vorgehensweise, da sie dazu dient, die mit der Reform verbundenen zentralistischen Intentionen, welche in weiten Bereichen den derzeitigen rechtlichen Grundlagen widersprechen, umzusetzen. Diese Kritik betrifft insbesondere die dominante Errichtung einer SV-Holding bei gleichzeitiger Beschneidung der Kompetenzen der Sozialversicherungsträger, die Durchgriffs- und Weisungsrechte der SV-Holding, die Nicht-Repräsentanz der Sozialversicherungsträger in der SV-Holding (Verwaltungsrat), die mangelnde demokratische Kreation der Selbstverwaltungskörper aus dem Kreis der in den Sozialversicherungsträgern zusammengeschlossenen Personengruppen, oder die Frage der Steuerung mittels Zielvorgaben.

Aus Sicht der OÖ GKK ist es nahezu zynisch, wenn nunmehr auch die Sozialversicherungsträger neben der SV-Holding als Selbstverwaltungskörper im Verfassungsrang eingerichtet werden. Diese Bestimmung stellt zwar eine (an sich erfreuliche) Bestandsgarantie dar, gleichzeitig werden mit massiven gesetzlichen Eingriffen bzw. zu erwartenden Eingriffen durch die SV-Holding die Entscheidungs-, Finanzierungs- und Verantwortungsebenen zu Lasten der Versicherten und „ihrer Gebietskrankenkasse“ verschoben.

### **Zu Art. 1 Z 197 (§ 432a) – Geschäftsführung**

Das aktuelle Organigramm der OÖ GKK sieht eine viergliedrige Bürogliederung vor, unter der Leitung des leitenden Angestellten, der selber die in einer Bürogruppe zusammengefassten strategischen Angelegenheiten wahrnimmt, werden die operativen Angelegenheiten von drei Ressortdirektoren (davon ein ständiger Stellvertreter des leitenden Angestellten) wahrgenommen. Diese Bürogliederung hat maßgeblichen Anteil am erfolgreichen Weg der OÖGKK in versorgungspolitischer und finanzieller Hinsicht. Die nunmehrige Bestimmung sieht lediglich zwei GeschäftsführerInnen vor, wobei diesen gemäß § 456 a Abs. 3 1. Satz aE eigene Geschäftsbereiche zuzuweisen sind. Die beabsichtigte Etablierung einer doppelten Geschäftsführung wird von der OÖn GKK aufgrund der beschriebenen sachlichen Notwendigkeiten abgelehnt. Eine tendenziell nach kurienpolitischen Überlegungen angelegte Bürogliederung macht aus einer Management-Perspektive wenig Sinn. Organigramme und Geschäftseinteilungen sind kein Selbstzweck sondern haben dem unternehmerischen Zweck, welchen die Selbstverwaltung verantwortet, zu dienen. In diesem Zusammenhang verweisen wir auch auf unsere negative Stellungnahme zu den Befugnissen der Holding in Bezug auf die Delegationsbeschlüsse. Es muss Aufgabe der Trägerselbstverwaltung bleiben, in Kenntnis des Trägers und der sich aus den Kundenbedürfnissen vor Ort ergebenden Erfordernisse die Büroorganisation und deren Organigramm zu beschließen.

### **Zu Art. 1 Z 198 (§ 434 Abs. 1a) – Aufgaben des Vorstandes**

Wenn wie vom Entwurf vorgeschlagen die Steuerung der Sozialversicherung mittels Zielen erfolgen soll, ist es entbehrlich auch noch das Erfordernis der Abstimmung von Jahresvoranschlägen vorzusehen. Dies entspricht einem wenig vertrauensbasierten Steuerungsverständnis und gerade für den Bereich komplexer Systeme ist in der Literatur umfassend belegt, dass nur vertrauens- und verständigungsorientierte Ansätze der Selbststeuerung erfolgversprechend sind.

### **Zu Art. 1 Z 200 (§ 437) – Kontrollversammlung**

Die derzeitigen Sozialversicherungsgesetze sehen im Bereich der Gremien auf Trägerebene ein ausgeklügeltes System des Zusammenwirkens von Vorstand, Kontrollversammlung, Generalversammlung vor. Der Vorstand ist das zentrale geschäftsführende Organ, gegenüber dem die Kontrollversammlung (neben ihren expliziten Zustimmungsrechten) Kontrollrechte im Rahmen der Überwachung der Gebarung ausübt. Die Generalversammlung stellt als quasi parlamentarische Versammlung das ranghöchste Organ dar, dem insbesondere das Satzungs- und Budgetrecht zukommt. Der geplante § 437 durchbricht dieses System und normiert, dass die Kontrollversammlung zukünftig zu sämtlichen Beschlüssen des Vorstandes zustimmen muss, um diese in Wirksamkeit zu setzen. Diese Konstruktion birgt die Gefahr einer Lähmung der Agenden der Geschäftsführung.

Mit dieser Gleichschaltung entfällt das unverzichtbare Element eines eigenständigen Kontrollorganes mit einer dieser Aufgabenstellung entsprechenden kurienpolitischen Zusammensetzung. In diesem Zusammenhang verweisen wir auch darauf, dass die Arbeitgeber



und ihre Kurie primär die Interessen eines Beitragszahlers vertreten. Die Arbeitnehmer-Kurie vertritt indessen die Interessen der Leistungsbezieher *und* der Beitragszahler. Diese Differenz ist in den gesetzlichen Regelungen adäquat abzubilden. Die Mitwirkungspflicht der Kontrollversammlung an der Geschäftsführung kann darüber hinaus zu unlösbaren Interessenkonflikten führen, wenn es um Verträge mit Mitgliedern der Wirtschaftskammer geht.

### **Zu Art. 1 Z 206 (§ 440 a Abs. 3) – Beirat**

Der Entwurf beabsichtigt, die bei den Trägern bzw. beim Hauptverband eingerichteten Beiräte ausschließlich auf Ebene der SV-Holding ersatzlos zu streichen. Aus Sicht der OÖ GKK zeigt sich, wie einseitig und unausgegoren dieser Entwurf mit den Interessen der Versicherten aber auch mit der Wahrnehmung der Aufgaben auf Träger bzw. Holding-Ebene umgeht. Während sich der Hauptverband bzw. die geplante SV-Holding zentrale Weisungs- und Normsetzungsrechte einräumt, werden jene Bereiche, wo die berechtigten Interessen der Pensionisten oder behinderter Personen vertreten werden auf Ebene der Holding ersatzlos gestrichen.

### **Zu Art. 1 Z 211 (§§ 441, 441a) – Verwaltungsrat und Spartenkonferenz**

§ 441 normiert, dass der Verwaltungsrat zukünftig der einzige Verwaltungskörper der SV-Holding ist. Dies bedeutet, dass der bestehende Vorstand des Hauptverbandes dem Grunde nach in den Verwaltungsrat umgewandelt wird, während die Trägerkonferenz als zentrales Gremium der Entscheidungsfindung und Repräsentanz der Sozialversicherungsträger ersatzlos abgeschafft werden soll. Dieses Vorhaben wird von der OÖ GKK abgelehnt. Die Angelegenheiten der Krankenversicherung sollten vielmehr ausschließlich in der dafür einzurichtenden Spartenkonferenz wahrgenommen werden.

Der geplante Verwaltungsrat ist für uns unausgewogen und nicht repräsentativ. In seiner geplanten Form ist er nicht geeignet, für ausgewogene und allgemein akzeptable Entscheidungen zu sorgen.

Am Beispiel der Sozialversicherung der Bauern (SVB) kann die geradezu absurde Konstruktion des Verwaltungsrates sichtbar gemacht werden: die SVB vollzieht die bäuerliche Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung nach dem BSVG und erfährt ihre Steuerung mit all den Möglichkeiten und zu all den dargestellten Angelegenheit durch 12 Verwaltungsräte, wovon 5 von der Bundesarbeiterkammer, 5 von der Wirtschaftskammer Österreich und je 1 vom Österreichischen Gewerkschaftsbund bzw. der Österreichischen Landwirtschaftskammer entsendet werden. Der gesetzliche Vertretungsanspruch des Verwaltungsrates in seiner geplanten Form für alle sozialversicherten Personen und deren Dienstgeber in allen Sparten der Sozialversicherung ist illegitim.

### **Zu Art. 1 Z 8 und Z 271 bis Z 283 (§ 30f Abs. 2 Z 1 bis 3, §§ 453 bis 456a) – verbindliche Musternormen**

Nach § 30f Abs. 2 Z 1 bis 3 soll die SV-Holding an verbindlichen Normen unter anderem eine Mustersatzung (§ 455 Abs. 2), eine Musterkrankensatzung (§ 456 Abs. 2) und eine verbindliche

Mustergeschäftsordnung (§ 456a Abs. 4) einschließlich verbindlicher Delegationsvorschriften aufzustellen haben. Nach dem derzeit geltenden § 455 Abs. 2, der mit Ausnahme der neuen Bezeichnungen („SV-Holding“ anstelle von „Hauptverband“ und „Verwaltungsrat“ anstelle von „Trägerkonferenz“) unverändert bleibt, wird festgelegt, unter welchen Voraussetzungen der Hauptverband (einzelne) Bestimmungen der Mustersatzung für verbindlich zu erklären hat. Diese Regelung gilt kraft der Bestimmungen der §§ 456 Abs. 2 und 456a Abs. 4 auch für Musterkrankenordnung und Mustergeschäftsordnungen. Durch die im Entwurf vorgesehene Regelung entsteht insofern ein Widerspruch, als der Einleitungssatz des § 30f Abs. 2 den Eindruck erweckt, die gesamten Musternormen seien verbindlich, während nach § 455 Abs. 2 der Gestaltungsspielraum nach wie vor besteht. Dieser Gestaltungsspielraum muss im Sinne der Aufrechterhaltung der Selbstverwaltung, deren zentrales Element das Satzungsrecht ist, erhalten bleiben. Dies gilt selbstverständlich auch für die Krankenordnung und die Geschäftsordnungen.

### **Zu Art. 1 Z 225 bis 227 (§§ 446b und 447) – Genehmigung von Großinvestitionen**

Nach § 446b sollen Beschlüsse der Verwaltungskörper über Investitionen, die das dreitausendfache der Höchstbeitragsgrundlage nach § 45 Abs. 1 übersteigen (derzeit € 393.000,00) und nicht im Jahresvoranschlag vorgesehen sind, der Genehmigung der SV-Holding bedürfen. Da sich die SV-Holding wohl nicht die Genehmigung für die Beschlüsse ihrer eigenen Verwaltungskörper erteilen kann, bezieht sich diese Bestimmung ausschließlich auf die Beschlüsse der Verwaltungskörper der Versicherungsträger. Für die Versicherungsträger ist dies insofern eine Verschärfung, weil nunmehr auch Investitionen betreffend Mobilien genehmigungspflichtig durch die SV-Holding werden, bisher waren dies nur „Bauinvestitionen“ (siehe derzeit § 31 Abs. 7 Z 1).

Die über dem Grenzbetrag liegenden Investitionsbeschlüsse der SV-Holding unterliegen jedoch weitgehend keiner Genehmigung, da sich die Genehmigungskompetenz der Bundesminister nach § 447 (bleibt nach dem Entwurf diesbezüglich unverändert) nur auf Veränderungen im Bestand von Liegenschaften, Errichtung und Umbau von Gebäuden sowie Bestandverträge bezieht. In diesem Zusammenhang wird daher gefordert, den § 447 insofern zu erweitern, dass auch die Großinvestitionen der SV-Holding, die nicht im Zusammenhang mit Liegenschaften und Bau stehen, unter seinen Anwendungsbereich fallen.

Diese Bestimmung steht im Widerspruch zu dem dem Grunde nach angelegten System der Steuerung über Ziele und dem Vorhaben einer schlanken Holding.

## **2. Vertragspartner- und Heilmittel-Angelegenheiten:**

### **2.1. allgemeine Anmerkungen**

Die OÖGKK begrüßt, dass die gesetzlichen Regelungen über Gesamtverträge überarbeitet werden sollen. Um jedoch eine faire und partnerschaftliche Lösung zu finden, ist eine ausgewogene Diskussion mit der Ärztekammer einem legislativen Schnellschuss vorzuziehen. Wir betrachten unsere Vertragsärzte als unsere wichtigsten Verbündeten zur Umsetzung der qualitätsvollen medizinischen Versorgung, Erreichung ökonomischer Ziele und Sicherung des Systemes der Pflichtversicherung durch zufriedene PatientInnen. Dieser besonderen Expertenrolle ist sowohl bei der Vorgangsweise als auch bei den Inhalten für geplante gesetzliche Neuordnungen adäquat Rechnung zu tragen.

In Hinblick auf die sehr notwendigen Maßnahmen zur Dämpfung der Heilmittelkosten erscheint es uns notwendig, generell die volkswirtschaftliche Angemessenheit eines neuen Medikamentes zu prüfen (zB durch Kosten-Wirksamkeitsanalysen bei der Medikamenten-Zulassung).

## **2.2. besonderer Teil:**

**Zu Art. 1 Z 2 und 25, Art. 5 Z 1 und 2, Art. 6 sowie Art. 7 (§§ 31d und 635 Abs. 3 ASVG, §§ 13a und 24 Abs. 7 Apothekengesetz, § 49 Abs. 1 ÄrzteG 1998 sowie § 16 ZÄG) – „eMedikation“:**

Der Aufbau einer zentralen Datenbank betreffend die Heilmittelverschreibungen für Versicherte und Anspruchsberechtigte ist grundsätzlich – ebenso wie eine verpflichtende Teilnahme durch die Vertragspartner – sinnvoll. Die Gesamtinformation über alle Heilmittelverschreibungen für einen Patienten ermöglicht, gesundheitsschädigende Wechselwirkungen zwischen einzelnen Heilmitteln zu erkennen und zu verhindern bzw. unökonomische Mehrfachverschreibungen zu vermeiden. Die Verpflichtung im Gesetz zur Teilnahme der Vertragspartner stellt sicher, dass die teure Investition in eine zentrale Medikamenten-Patienten-Datenbank auch entsprechenden Nutzen durch Einbindung aller Beteiligten bringt.

Die Realisierung darf aus Sicht der OÖ GKK aber nicht so erfolgen, dass der Apotheker ermächtigt wird, die gesamte Heilmittel-Situation eines Patienten zu „überwachen“ ohne über das medizinisch/pathologische Hintergrundwissen zu verfügen und ohne die Verantwortung für die Genesung zu tragen. Zu bevorzugen ist ausschließlich jene Variante, die den Arzt für die zentrale Übersicht der Heilmittel-Situation eines Patienten vorsieht. Er ist für die Untersuchung und Behandlung von Erkrankungen zuständig und ermächtigt, nur er kennt die Anamnese, die Compliance, die spezifischen Besonderheiten etc. seiner PatientInnen; mit anderen Worten: zwischen ÄrztInnen und PatientInnen besteht ein besonders sensibles Vertrauensverhältnis. Die Apothekerschaft ist ihrer Rolle entsprechend – zB hinsichtlich OTC-Präparaten – ebenfalls einzubeziehen.

**Zu Art. 1 Z 4, 13 und 25 (§§ 340b und 349b samt Überschrift sowie § 635 Abs. 4 ASVG) – PatientInnenquittung:**

In der Komplexität der Honorarordnung begründet, führt – zB durch Pauschalabgeltungen - nicht jede medizinische Leistung, die am Patienten erbracht wird, zu einer abrechenbaren Leistungsposition; umgekehrt kann eine Leistung eines Arztes zu mehreren abrechenbaren Leistungspositionen führen. Die beabsichtigte Einführung einer PatientInnenquittung ist für den Arzt zeitaufwendig und damit teuer. Sie ist als Kontrollinstrument für die Richtigkeit der verrechneten Leistungen unbrauchbar und auch nicht geeignet, ein unstelltes mangelndes Kostenbewusstsein der PatientInnen herzustellen.

**Zu Art. 1 Z 5 und 6 (§§ 341 Abs. 1 und 342 Abs. 1 Z 7 ASVG) – gesonderte Gesamtverträge / Teilkündigung:****Ad Abschluss der Verträge durch zuständigen Krankenversicherungsträger:**

Kein Einspruch besteht aus Sicht der OÖ GKK an und für sich dagegen, die Verträge der jeweils zuständigen Krankenversicherungsträger direkt mit den örtlich zuständigen Ärztekammern abschließen zu können. Es muss aber gewährleistet sein, dass alle Krankenversicherungsträger verantwortungsbewusste Verträge und Honorar-abschlüsse auf Basis einer abgestimmten Honorarpolitik vereinbaren. Dies setzt eine entsprechende Koordinierung voraus.

Auch § 342 Abs. 1 müsste an diese Regelung angepasst werden; richtiger Wortlaut: „Die zwischen den *Trägern der Krankenversicherung* und den *örtlich zuständigen Ärztekammern* abzuschließenden Gesamtverträge...“.

Konsequenter Weise muss den Kassen die Abschlusskompetenz auch bei allen sonstigen Vertragspartnern (Gesamtverträge mit Zahnärzten, Einzelverträge mit Physiotherapeuten und Psychologen, wenn es keine Gesamtverträge gibt) zukommen; dies ist im Gesetzesvorschlag nicht vorgesehen.

**Ad gesonderte Gesamtverträge**

Mit einer derartigen Lösung wird die Sozialversicherung gegenüber den Ärztekammern eindeutig gestärkt. „Schwierige“, sprich: teure Fachgruppen, die im Rahmen eines bisherigen Gesamtvertrags immer wieder ihre Macht ausspielen können, könnten damit zu ökonomischeren Abschlüssen bewogen werden. Für manche Bundesländer mag diese Möglichkeit eine große Hilfe zur Erlangung einer leistbaren medizinischen Versorgung darstellen, sie ist aber sicherlich kein partnerschaftlicher Ansatz und wird aus Sicht der OÖGKK daher nicht die Methode der Wahl sein – wir haben mit der partnerschaftlichen Zusammenarbeit zwischen Ärztekammer für OÖ und OÖ GKK bessere Erfahrungen gemacht: leistbare Verträge bei gleichzeitig hoher Zufriedenheit der VertragsärztInnen.

**Zu Art. 1 Z 7, 8 und 11 (§§ 343 Abs. 2 Z 7, 2a, 2b und 2c sowie 349 Abs. 2 ASVG) – Erlöschensmöglichkeit der Verträge nach fünf Jahren:**

Grundsätzlich begrüßen wir Initiativen zur Qualitätsverbesserung, sofern die geforderten Qualitätskriterien sinnvoll und praktisch umsetzbar sind. Leider sind im Gesetzesentwurf diesbezüglich keine näheren Informationen enthalten. Jedenfalls ist notwendig, dass auch die Servicequalität in der Verordnung mitberücksichtigt wird (Barrierefreier Zugang, ..) – dies sollte im Gesetz klargestellt werden.

Klar ist, dass es infolge der Qualitätsanforderungen zu zusätzlichen Investitionen in Arztpraxen kommen wird, die bei den Honorarverhandlungen sicherlich an die Kassen herangetragen werden.

Die generelle Erlöschensmöglichkeit nach fünf Jahren lehnen wir ab. Dies bewirkt auf Seiten der Ärzte eine massive Verunsicherung und wird zu einem deutlichen Rückgang an Interessenten für ausgeschriebene Stellen führen und somit den „Wahlarztboom“ fördern. Eine Ordinationseröffnung bzw. -Übernahme durch einen Nachfolger ist für die Ärzte mit hohen Investitionskosten verbunden, die geplante Regelung wird somit als massive Drohung empfunden werden und als enormer wirtschaftlicher Unsicherheitsfaktor.

Die OÖGKK schlägt statt der Erlöschensmöglichkeit vor, das derzeitige Kündigungsrecht in § 343 Abs. 4 für alle Vertragsverhältnisse unabhängig vom Zeitpunkt deren Zustandekommens so abzuändern, dass bei gravierenden Verstößen gegen ökonomische Grundsätze sowie bei erheblichen Qualitätsmängeln eine einseitige Kündigung des Versicherungsträgers möglich ist.

Aus Sicht der Krankenversicherung ist eine flexiblere Kündigungsmöglichkeit unerlässlich. Die aktuelle Kündigungsregelung, via die Härteklausele wäre dann überflüssig.

Für Vertragsverhältnisse die vor dem 31. Juli 2008 geschlossen wurden ist – statt der vorgesehenen „Kann-Bestimmung“ – ebenfalls eine verpflichtende Qualitätsanpassung mit einer entsprechenden Übergangsregelung vorzusehen. Andernfalls könnte eine Situation entstehen, wonach junge VertragsärztInnen einerseits für die – wie in der Praxis üblich – von Ihrem Vorgänger übernommen Ordinationen eine Ablöse bezahlen und zusätzlich die Kosten für allfällige Qualitätsanpassung tragen, währenddessen die bisherigen Ordinationsinhaber „verschont“ bleiben.

Betreffend die Evaluierung der Kriterien durch die Krankenversicherungsträger ist anzumerken, dass diese einen enormen Administrationsaufwand und einen zusätzlichen Personalbedarf verursacht.

Dass die Inanspruchnahme eines Schiedsverfahrens und eine Berufung nach § 344 Abs. 4 bei einer Nicht-Verlängerung des Vertrages keine aufschiebende Wirkung haben, sollte im Gesetz klar gestellt werden.

#### **Zu Art. 1 Z 7, 8 und 11 (§§ 343 Abs. 2 Z 7, 2a, 2b und 2c sowie 349 Abs. 2 ASVG) - Einzelverträge:**

Das System der Pflichtversicherung und seine Umsetzung über gesamtvertraglich eingebundene Ärzte sind eine in sich geschlossene Logik. Sollte es im bestehenden System Unausgewogenheiten („Erpressbarkeiten“) geben, so wären diese auch ausgewogen zu beseitigen. Die Verpflichtung zur Zusammenarbeit und die gemeinsame Verantwortung für das Gesamtsystem sind zu stärken. In diesem Sinne könnte ein Abschluss von Leistungsverträgen allenfalls dann vorgesehen werden, wenn die Ärztekammer den Gesamtvertrag kündigt.

#### **Zu Artikel 1 Z 3 (§ 136 Abs. 2), Z 14, Z 16 (§ 350), Z 19 (§ 351f) – Einführung eines Referenzpreissystems verbunden mit einer aut idem Regelung:**

Bei der Einführung eines Referenzpreissystems verbunden mit einer aut idem Regelung sieht die OÖ GKK durch die Möglichkeit einer Zuzahlung für Heilmittel (Aufzahlung vom Referenzpreis auf den Kassenpreis des abgegebenen Heilmittels) durch die PatientInnen ein sozialpolitisches Problem: ein neuer Selbstbehalt wird eingeführt.

Auch die in den Finanziellen Erläuterungen erwähnte Studie des ÖBIG zu Referenzpreissystemen in Europa endet mit folgender Empfehlung: „Die Implementierung eines Referenzpreissystems in den österreichischen Arzneimittelerstattungsmarkt sollte *nach sorgfältiger Abwägung aller Auswirkungen auf die Patientenschaft, schrittweise und unter rechtzeitiger Einbindung aller Entscheidungsträger erfolgen.*“

Die OÖGKK begrüßt eine Regelung, welche sicherstellt, dass generell von mehreren gleichwertigen Präparaten das günstigste zur Anwendung kommt, wenn dies medizinisch vertretbar ist. Diese gesetzliche Anordnung sollte direkt an den Arzt gehen (wie auch bei den Krankenanstalten vorgesehen). Alternativ könnte man den Systempartnern (Ärztekammer, Apothekerkammer, Kassen) flexiblere Vereinbarungen als bisher ermöglichen.

#### **Zu Artikel 1 Z 14 (§ 350 Abs 1a):**

Bei der Heilmittelverordnung – und nachfolgender Abgabe in einer Apotheke – von frei praktizierenden Ärzten bzw. einer Krankenanstalt kommt es zu unterschiedlichen Regelungen. Der Prozess der Verordnung des günstigsten Medikamentes bei vorgesehener Ausnahmemöglichkeit in medizinisch begründeten Fällen soll generell bei einer Heilmittelverordnung umgesetzt werden. D.h. der Arzt soll bei der Verordnung bereits das ökonomisch günstigste verordnen. Eine Aufzahlungsmöglichkeit für PatientInnen soll nicht geschaffen werden.

Textvorschlag: *"(1a) Die Verordnung einer Arzneispezialität hat bei Vorliegen einer entsprechenden Referenzgruppe im Erstattungskodex unter Beachtung des vom Hauptverband festgelegten Referenzpreises zu erfolgen. Beim Vorliegen nachstehender medizinischer Gründe kann auch aus der entsprechenden Referenzpreisgruppe ein anderes als das günstigste Heilmittel verordnet werden."*

Die folgenden Paragraphen sind entsprechend anzupassen:

Artikel 1 Z 3 § 136 Abs. 2 - die Änderung ist nicht notwendig; Artikel 1 Z 16 § 350 Abs. 3a ist nicht notwendig, Artikel 1 Z 19 § 351f Abs. 3 - die Evaluierung kann von der Sozialversicherung eigenständig durchgeführt werden. Eine Einbindung des ÖBIG ist nicht notwendig; Artikel 8 Änderung des Rezeptpflichtgesetzes Z 1 und 2 sind nicht notwendig

#### **Zu Artikel 1 des Art. 9 Z 1 (§ 19a Abs. 4 Z. 3), Z 2 (§ 24 Abs. 1a) sowie Z 3 (§ 24 Abs. 2) („Änderung des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten – Grundsatzbestimmungen“):**

Grundsätzlich sind die darin enthaltenen Änderungen, insbesondere die durch den § 24 Abs.1a vorgesehene Einbindung des chefarztlichen Dienstes bei der Medikationsabstimmung für aus der stationären Anstaltspflege entlassene Patienten sehr positiv zu bewerten. Sie entsprechen einer bereits lange deponierten Forderung der Sozialversicherung, auch die Krankenanstalten an den Erstattungskodex und die Regelungen bezüglich der Chefarztpflicht zu binden.

Wir möchten aber bei dieser Gelegenheit dazu noch folgende Anmerkungen vorbringen: Im Hinblick auf die mit der Einführung des ABS – Systemes gemachten Erfahrungen sollte im Zuge des KV – ÄG gleichzeitig mit den Regelungen über die Berücksichtigung der Chefarztpflicht durch die Krankenanstalten auch vorgesehen werden, dass das ABS – System



von den Spitälern verpflichtend eingesetzt werden soll, sobald dieses System bei den Krankenhäusern implementiert ist (derzeit laufen ja Pilotversuche in einigen ausgewählten Spitälern). Dies auch vor dem Hintergrund, dass sich die in der Heilmittel-Bewilligungs- und Kontrollverordnung alternativ vorgesehene Fax – Lösung nicht unbedingt bewährt hat. Weiters schlagen wir vor, dass bei dieser Gelegenheit auch Vorkehrungen für den Fall in das Gesetz eingebaut werden, dass sich einzelne Spitäler weigern sollten, ABS zu verwenden.

Auch sollte die Möglichkeit geschaffen werden, Zielvereinbarungen auch bei den Krankenanstalten abzuschließen. Die Heilmittel-Bewilligungs- und Kontrollverordnung sieht dies nämlich derzeit nur für die Gesamtvertragsparteien und somit für die Vertragsärzte vor.

Generell sollte außerdem gesetzlich klargestellt werden, dass die Regelungen betreffend die Einhaltung der Chefarztpflicht sowie die Berücksichtigung des Erstattungskodex auch bei ambulanten Patienten gelten. Die Verordnungstätigkeit der Krankenanstalten beschränkt sich ja nicht bloß auf Patienten, die aus der stationären Anstaltspflege entlassen werden, sondern werden Verordnungen sehr oft auch bei ambulanten Patienten ausgestellt.

Wir schlagen daher vor, den § 19a Abs. 4 Z.3 nach der Wortfolge „nach der Entlassung“ in der ersten Zeile um die Wortfolge „sowie nach einer ambulanten Untersuchung bzw. Behandlung“ zu ergänzen. In diesem Zusammenhang sollte auch die korrelierende Bestimmung des § 350 Abs. 1 Z 2 lit. b ASVG dahingehend abgeändert werden, dass die Verordnungstätigkeit der Krankenanstalten in ambulanten Fällen nicht mehr so wie bisher bloß auf die Nachtstunden sowie Wochenenden oder Feiertagen wegen Unaufschiebbarkeit der ärztlichen oder zahnärztlichen Behandlung eingeschränkt ist. Ganz im Gegenteil sollte eine Verpflichtung der Krankenanstalten festgeschrieben werden, Heilmittelverordnungen in bestimmten Fallkonstellationen (Akutbehandlungen bzw. Erste-Hilfe-Fälle) auszustellen.

Es ist zu fordern, die Spitäler dazu zu verpflichten, ihren Medikamenteeinsatz bereits während der Anstaltspflege nach dem Erstattungskodex bzw. den Richtlinien über die ökonomische Verschreibeweise auszurichten.

### **Zu Art. 12 (Bundesgesetz zur Dämpfung der Heilmittelkosten für die Jahre 2008 bis 2010) § 1 (Rabatte der pharmazeutischen Unternehmer Depositäre)**

Grundsätzlich ist das Vorhaben, die pharmazeutische Industrie gesetzlich zu Preisnachlässen zu verpflichten, zu begrüßen. Die Zuwachsraten der letzten Jahre geben sicherlich die notwendige wirtschaftliche Begründung, derartige Rabatte einzufordern.

Der gewählte Weg der Verrechnung der Rabatte durch die letzte Distributionsstufe an die Sozialversicherungsträger kann absichern, dass die Beträge tatsächlich in den Kassen der Träger landen. Es ist dies daher als Verbesserung des Finanzierungssicherungsbeitrages zu sehen, der am Ende eines Jahres rückwirkend von den pharmazeutischen Unternehmen eingefordert werden musste und bis heute nicht zur Gänze bezahlt ist bzw in seiner Grundstruktur zur Gänze rechtlich angefochten wurde. Eine sinnvolle administrative Abwicklung dieses Stufenmodells muss allerdings erst entwickelt werden und ist diese dann – wie der Absatz 2 des § 1 letzter Satz vorsieht – in den Apothekengesamtvertrag einzubauen.

Ein Versuch, auf Basis der Entschließung des Nationalrates, wonach die Heilmittelkostensteigerungen der KV - Träger durchschnittlich maximal 4 % pro Jahr im Zeitraum 2007 bis 2010 (Basisjahr 2006) betragen soll, den Prozentsatz zu ermitteln, ergibt unter der Prognose, dass das Jahr 2008 mit 9 % und die Jahre 2009 und 2010 jeweils mit 7 %

steigen werden, einen Kürzungsprozentsatz ab 1. August 2008 bis 31. Dezember 2010 von rund 14,6 % vom Fabriksabgabepreis (FAP). Auf Basis der Prognose 2008 wird die OÖGKK für dieses Jahr rund 340,7 Mio. Euro für Medikamente aufwenden. Dies entspricht einem FAP von etwa 200 Mio. Euro. 1% Rabatt auf den FAP würde daher der OÖGKK rund 2 Mio. Euro bringen. Die OÖ GKK betont daher eindringlich, dass diese Maßnahme zwar richtig ist, in Ausmaß und Umfang wird sie allerdings realistisch kaum so durchzuführen sein, dass die Entschließung des Nationalrates umgesetzt werden kann.

Wir sind der Meinung, dass die Heilmitteldistributionsketten über Großhandel und Apotheken auch in die Dämpfung der Heilmittelkosten eingebunden werden müssen. Vertragsärzte in OÖ erzielten von 2000 bis 2007 eine Honorar-Steigerung in der Höhe von durchschnittlich 22% pro Vertragsarzt. Öffentliche Apotheken steigerten ihren Umsatz pro Apotheke im Vergleichszeitraum um 32% und Hausapotheken sogar um 44% pro Hausapotheke. Eine Absenkung der Spannen ist daher notwendig und auch argumentierbar.

Insbesondere ist auch eine gesetzliche Verpflichtung aufzunehmen, Naturalrabatte und Preisnachlässe an die Kassen weiter zu geben. Die einzige noch nennenswerte Einsparung im Heilmittelbereich dieses Gesetzesentwurfes, nämlich das Referenzpreismodell, wird mit rund 35 Mio. Euro per anno in den „finanziellen Erläuterungen“ eingestuft. Weitere finanziell bewertbare Maßnahmen im Bereich der Heilmittel sind nicht ersichtlich. Wir weisen weiters darauf hin, dass es sich unter den vorgeschlagenen Bedingungen des Referenzpreismodelles, auch nicht lückenlos um echte Einsparungen handelt, sondern um die Überwälzung zusätzlicher Finanzierungslasten auf die PatientInnen.

An dieser Stelle fordert die OÖ GKK auch, dass der wie oben erwähnt rechtlich umkämpfte Finanzierungssicherungsbeitrag endgültig im Gesetz als ein an die Sozialversicherungsträger auszuzahlender Betrag verankert wird. Es geht hier alleine für OÖ GKK um immerhin 9 Mio. Euro.

### **Zu Art. 1 (Änderung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes) § 31 d (Elektronische Gesundheitsakte – ELGA)**

Grundsätzlich ist die Teilnahme an den E-Medikations-Datenbanken zu begrüßen. Sollte darunter lediglich der Arzneimittel-Sicherheitsgurt der Österreichischen Apothekerkammer zu verstehen sein, möchten wir eindringlich davor warnen. Eine Einbindung der hausapothekenführenden Ärzte wird kaum möglich sein, da die Ärzte ihre Umsätze (in OÖ ca. 20% der Heilmittelkosten) damit der Pharmazeutischen Gehaltskasse der Österreichischen Apothekerkammer bekannt geben müßten. Weiters besteht bei der gesamten Projektplanung, außer bei der technischen Lösung, kein Mitspracherecht der Sozialversicherung.

Wir gehen allerdings davon aus, dass unter dem Begriff E-Medikations-Datenbank das Projekt „eRezept“ gemeint ist, wo in einer derzeit laufenden Machbarkeitsstudie, unter Beteiligung aller Stakeholder vor allem der Ärzte des niedergelassenen Bereichs und der Krankenanstalten und der Apotheker, eine umfassende elektronische Prozessabbildung der Medikation vom Arzt bis zur Abrechnung beim Krankenversicherungsträger entworfen wird. Es ist geplant, den Arzneimittel-Sicherheitsgurt der Österreichischen Apothekerkammer als Teil von „eRezept“ zu integrieren.

## **Zu Art. 9 (Änderung des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten) Art. 1 (Grundsatzbestimmungen)**

Auch die Einbindung der Krankenanstalten in die Bemühungen um eine elektronische Gesundheitsakte (ELGA) muss verpflichtend sein.

### **3. Finanzierung und finanzielle Maßnahmen:**

#### **3.1. allgemeine Anmerkungen:**

Die neuen finanziellen Zusatzmittel sind in der Form nicht geeignet, die Krankenversicherung nachhaltig zu sanieren. Durch diese Maßnahmen wird nicht einmal kurzfristig eine Konsolidierung der Ergebnisse der Erfolgsrechnungen erreicht. Die zugeführten Gelder sind auch nur ein Teil der in den letzten Jahren durch gesetzliche Maßnahmen entzogenen Gelder. Wie auch der Rechnungshof in seinem Bericht zum Vergleich Wiener und OÖ GKK festgestellt hat, ist Fairness bei der Finanzierung erforderlich: jene Gelder, die aufgrund gesetzlicher Maßnahmen der Versichertengemeinschaft entzogen wurden sind der Versichertengemeinschaft wieder zurück zu geben. Der Rechnungshof führt als Beispiele an: nicht deckende Ausgleichszahlungen durch Wegfall der Vorsteuerabzugsfähigkeit, Mindereinnahmen durch die Neuregelung der Krankenversicherung der Arbeitslosen, nur teilweiser Ersatz der Aufwendungen für Krankengeld durch den Familienlastenausgleichsfonds, Mehrbelastungen im Bereich der Spitalsfinanzierung, Herauslösung der Gruppe der Vertragsbediensteten aus den Versicherungsverhältnissen mit den Gebietskrankenkassen.

#### **3.2. besonderer Teil:**

##### **Zu Art. 1 Z 36 (§ 73 Abs. 2, § 447f Abs. 1) - Hebesatz**

Bei der Erhöhung des Hebesatzes um 3 % von 180 auf 183 handelt es sich um eine Maßnahme, die sich finanziell in der Erfolgsrechnung der OÖGKK grundsätzlich positiv auswirkt. Es ist grundsätzlich ebenfalls zu befürworten, dass im § 447f Abs. 1 diese zusätzlichen 3 % zu 100 % beim Krankenversicherungsträger bleiben und nicht anteilmäßig an die Spitäler abgeführt werden müssen. Die gesetzliche Befristung bis 2012 ist aus Sicht der OÖGKK abzulehnen.

Weiters möchten wir in diesem Zusammenhang festhalten, dass die auf Grund der Beitragssatzerhöhung der Pensionistinnen und Pensionisten durchgeführten Hebesatzsenkungen der letzten Jahre mehr als 20 % betragen haben. Die 3 % sind daher keinesfalls ein geeigneter Ausgleich für die vom Gesetzgeber in den letzten Jahren gesetzten Maßnahmen, welche sich bei den Krankenversicherungsträgern in diesem Bereich finanziell negativ ausgewirkt haben.

##### **Zu Art. 1 (§ 441f) – Mittel der SV-Holding**

Im § 30b werden der Holding Kompetenzen im Bereich der strategischen Zielsteuerung übertragen. Nachdem weder konkrete Aufgaben noch deren Finanzierung feststeht, ist der im § 441f angeführte xy-Prozentsatz aller eingehobenen Beiträge als Beiträge der Versicherten

abzulehnen. Vielmehr wird gefordert, dass die Holding im Sinne einer sorgsamem Verwendung der Versichertengelder ihren Finanzbedarf mit den Trägern zu vereinbaren hat.

#### **Zu Art. 1 Z 22 (§ 447a Abs. 10)**

Grundsätzlich bedeutet die Neuformulierung nur eine Zusammenführung der alten Absätze 10 und 11. Wir möchten jedoch in diesem Zusammenhang festhalten und anmerken, dass der Gesetzgeber in der Gesundheitsreform 2005 den Gebietskrankkassen aus diesem Titel 90 Mio. Euro an Zusatzeinnahmen an Tabaksteuer zugesagt hat. Demnach sollte aus Sicht der OÖGKK der Betrag von € 12.423.759,09 auf 90 Mio. Euro angehoben werden.

#### **Zu Art. 1 Z 23 (§ 447a Abs. 11)**

Grundsätzlich ist gegen eine Überweisung des Bundesministers für Finanzen in der Höhe von 76 Mio. Euro an den Ausgleichsfonds der GKKn nichts einzuwenden. Bei den 76 Mio. Euro handelt es sich offensichtlich um jenen Betrag der bis April 2008 für die Rückführung der Darlehen verwendet wurde. Wir möchten jedoch in diesem Zusammenhang festhalten, dass das Verhältnis zwischen der SVA der Bauern mit 24 Mio. Euro und den GKKn mit 76 Mio. Euro unausgewogen ist. Bedeuten diese 24 Mio. Euro rund € 57,- je Anspruchsberechtigten bei der SVA der Bauern, so sind es bei den GKKn nur € 11,- je Anspruchsberechtigten. Nachdem die SVA der Bauern in den letzten Jahren bereits immer positive Ergebnisse erwirtschaftet hat, ist diese Relation in Anbetracht der prekären finanziellen Situation der Gebietskrankkassen noch unverständlicher. Wir schlagen daher vor, die gesamten 100 Mio. Euro entsprechend dem Verbandsbeitragschlüssel auf die Gebietskrankkassen und die SVA der Bauern gleichmäßig zu verteilen.

#### **Zu Art. 1 Z 25 (§ 635 Abs. 7) – Schlussbestimmung zu Artikel 1 des Bundesgesetzes**

Die im § 635 Abs. 7 vorgeschlagene Verteilung der Mittel aus dem Katastrophenfonds gemäß Punkt 1 – 80 % im Verhältnis des negativen Reinvermögens und 20 % zu Deckung eines besonderen Ausgleichsbedarfes – ist aus Sicht der OÖGKK abzulehnen.

Aus Sicht der OÖGKK sollte der Katastrophenfonds im Verhältnis der einbezahlten Beiträge aufgelöst werden.

#### **Art. 10 – Änderung des Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetzes**

##### **Zu Art. 10 Z 1 (§ 1 Abs. 2)**

Grundsätzlich ist diese Neuregelung der vollen Mehrwertsteuerabgeltung zu befürworten. Damit wird eine langjährige Forderung der OÖGKK umgesetzt.

##### **Zu Art. 10 Z 5 (§ 8)**

In den Erläuterungen zum § 8 steht, dass jene 18 % rund 125 Mio. Euro darstellen. Diese sollen entsprechend den Erläuterungen ausschließlich im Jahr 2008 nur auf die Krankenversicherung verteilt werden. Aus Sicht der OÖGKK sollte im Gesetz präzisiert werden, dass diese 18 % entsprechend den nicht abziehbaren Vorsteuern der betroffenen Krankenversicherungsträger aufzuteilen sind.

## **Art. 11 – Bundesgesetz mit dem der Bundesminister für Finanzen ermächtigt wird auf Bundesforderungen gegenüber den Gebietskrankenkassen zu verzichten**

### **Zu Art. 11 (§ 1)**

Diese vom Gesetzgeber vorgesehene Maßnahme bedeutet eine Korrektur der Bilanzen. Demnach können die in den finanziellen Erläuterungen genannten Gebietskrankenkassen ihr negatives Reinvermögen durch Rückführung ihrer Verbindlichkeiten verringern. Inwieweit eine Ermächtigung auch eine tatsächliche Zusage ist, einen derartigen Schuldenerlass durchzuführen ist zu klären.

#### **4. Angelegenheiten des Melde-, Versicherungs- und Beitragsrechts:**

##### **4.1 allgemeine Anmerkungen:**

Die Finanz-Behörden verfolgen das langfristige Ziel, dass die Sozialversicherungsbeiträge gemeinsam mit der Lohnsteuer an diese abzuführen sind. Hier besteht die Gefahr, dass vom "Anspruchsprinzip" im Bereich der Sozialversicherung abgegangen wird und das bereits jetzt für die Berechnung der Lohnsteuer geltende "Zuflussprinzip" generell Anwendung findet.

Derzeit wird für die Berechnung der Sozialversicherungsbeiträge zumindest jener Anspruch herangezogen, auf den der Arbeitnehmer lt. Kollektivvertrag oder gesetzlicher Bestimmungen Anspruch hat.

Beispiele:

Arbeitnehmer leistet Überstunden - erhält diese aber nicht ausbezahlt.

Arbeitnehmer wird unterkollektivvertraglich bezahlt.

Arbeitnehmer erhält im Urlaub, Krankenstand und an Feiertagen keine Überstunden und Zulagen ausbezahlt.

In diesen Fällen werden von den Gebietskrankenkassen Nachverrechnungen vorgenommen und so die Beitragsgrundlage für die Versicherten entsprechend angehoben bzw. gesichert.

##### **4.2. besonderer Teil:**

#### **Zu Art. 1 Z. 7 (§ 29 a (neu) Abs. 6):**

Grundsätzlich werden von der OÖGKK gesetzliche Änderungen, die eine Verwaltungsvereinfachung bewirken, begrüßt. Wird jedoch – wie in dieser Bestimmung vorgesehen – bei bundesländerübergreifend tätigen Dienstgebern nur mehr eine einzige Kasse für Melde- und Beitragsangelegenheiten zuständig, bewirkt dies keinerlei Verwaltungsvereinfachung. Schon jetzt wird nur von einem (gemeinsamen) Prüfer für alle Kassen geprüft, es gibt auch jetzt schon nur einen Ansprechpartner. Eine Änderung im Zuge der Prüfung ergibt sich dadurch nicht.

Im übrigen ist auch im Standardprodukt MVB nur eine einzige Dienstgebernummer vorgesehen. Zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des § 29a (neu) Abs. 6 ASVG wird diese einzige Nummer bereits österreichweit in Verwendung stehen. Eine Neuregelung in diesem Zusammenhang erübrigt sich daher.

Die OÖGKK weist allerdings daraufhin, dass eine neue Zuständigkeit der „Sitz-Kasse“ für die österreichweiten (technischen) Melde- und Beitragsangelegenheiten bedeuten würde, dass das bereits bestehende österreichweite ELDA (das bereits seit Jahren „*alle technischen Aufgaben im Zusammenhang mit Melde- und Beitragsangelegenheiten*“ wahrnimmt) in 9 „kleine Kassen-ELDAs“ umgestaltet werden müsste und die bisherige hohe Zufriedenheit der Dienstgeber mit diesem System sehr stark in Frage gestellt würde. Ein für Versicherte und Dienstgeber gleich bleibendes Ergebnis würde dann nur mehr mit einem enormen zusätzlichen Verwaltungsmehraufwand für die betroffene Kasse erreicht werden können. Die Meldungen und Beiträge müssen von den „Sitz-Kassen“ für ganz Österreich eingehoben, verbucht, verwaltet und dann korrekt an die anderen Kassen verteilt werden, da sich die Leistungszuständigkeit der einzelnen Kassen durch die geplante Bestimmung nicht ändern kann. Durch die - naturgemäß - verzögerte Weiterleitung der Beiträge ergibt sich außerdem ein (möglicherweise) fraprierender Zinsverlust für alle anderen Kassen.

Zusammenfassend halten wir daher fest, dass durch diese geplante Änderung weder für die Finanz-Behörden noch für Dienstgeber oder Versicherte noch für die Krankenversicherungsträger eine Verbesserung oder Vereinfachung erkennbar ist. Von Seiten der OÖGKK wird diese Regelung daher abgelehnt.

## 5. Schlussbemerkung

Insgesamt richtet sich die Kritik der OÖGKK insbesondere gegen folgende Punkte:

- Einführung einer teuren, zentralen, versicherten-fernen Holding-Struktur
- gesetzliche Etablierung eines Zielsystemes, das aufgrund vieler wissenschaftlicher Erkenntnisse in der vorliegenden Weise ungeeignet erscheint, nachhaltig Verbesserungsprozesse anzustossen
- Überbewertung der rein ökonomischen Interessen der DienstgeberInnen
- Unterbewertung der leistungsrechtlichen und ökonomischen Interessen der DienstnehmerInnen
- neue Selbstbehalte/Eigenanteile für die von den Versicherten und Anspruchsberechtigten benötigten Leistungen
- die in den vorliegenden Entwürfen angeführten Maßnahmen sind nicht geeignet, die soziale Krankenversicherung finanziell nachhaltig abzusichern sondern prolongieren das Problem. Bezieht man die o.a. ungeeignete gleichzeitig eingeführte Steuerungsstruktur mit ein, werden die Probleme sogar verschärft. Der intramurale Bereich bleibt – entgegen dem eingangs erwähnten Sozialpartner-Papier – zur Gänze ausgespart.

Positiv erscheinen der OÖGKK die Ansätze in Richtung:

- Dämpfung der Heilmittelkosten



Wir bekräftigen daher unsere eingangs genannte Forderung, die beabsichtigten gesetzlichen Maßnahmen auszusetzen und unter Einbeziehung aller Betroffenen in einen intensiven und konstruktiven Diskussionsprozess einzusteigen und bekunden gleichzeitig unsere Bereitschaft an einem solchen Prozess konstruktiv im Interesse der sozialen Krankenversicherung mitzuwirken.

Freundliche Grüße

OÖ GEBIETSKRANKENKASSE



Alois Stöger diplômé  
Obmann



Dr. Dr. Hans Popper  
Leitender Angestellter