
14901/AB XXIV. GP

Eingelangt am 16.08.2013

Dieser Text wurde elektronisch übermittelt. Abweichungen vom Original sind möglich.

BM für Gesundheit

Anfragebeantwortung



Alois Stöger
Bundesminister

Frau
Präsidentin des Nationalrates
Mag.^a Barbara Prammer
Parlament
1017 Wien

GZ: BMG-11001/0214-I/A/15/2013

Wien, am 14. August 2013

Sehr geehrte Frau Präsidentin!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische **Anfrage Nr. 15323/J der Abgeordneten Dr. Belakowitsch-Jenewein und weitere Abgeordnete** nach den mir vorliegenden Informationen wie folgt:

Frage 1:

Laut der Gebarungsvorschaurechnung per 15. Mai 2013 werden seitens der Wiener Gebietskrankenkasse Bilanzverluste in Höhe von € 26.391.553,-- für 2014 und € 56.516.960,-- für 2015 erwartet.

Frage 2:

Durch die vom Nationalrat beschlossene Vereinbarung gem. Art. § 15a B-VG „Zielsteuerung Gesundheit“ vom 26. April 2013 werden sowohl Versorgungs- als

Dieser Text wurde elektronisch übermittelt. Abweichungen vom Original sind möglich.

auch Finanzziele festgelegt. Demnach ist der Anstieg der öffentlichen Gesundheitsausgaben (ohne Langzeitpflege) über die Periode bis 2016 an das zu erwartende durchschnittliche nominelle Wachstum des Bruttoinlandsprodukts heranzuführen, was bedeutet, dass in der Perspektive bis 2020 der Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt stabil bei rund 7 Prozent liegt.

Zur Umsetzung der Gesundheitsreform wurden die Ausgabenobergrenzen (Modell des Hauptverbandes) in der Obleutebesprechung am 19. März 2013 innerhalb der Träger abgestimmt. Die festgelegten Ausgabenobergrenzen liegen bei der Wiener Gebietskrankenkasse (ausgehend vom Basiswert 2010 mit € 1.543,77 Mio.) im Jahr 2012 bei € 1.666,63 Mio. Für die Jahre 2013 bis 2016 werden die Ausgaben mit € 1.738,27 Mio., € 1.809,14 Mio., € 1.880,4 Mio. und € 1.947,11 Mio. begrenzt, wodurch es zu Kostendämpfungen kommen wird. Die Wiener Gebietskrankenkasse wird voraussichtlich diese Ziele in den Jahren 2012 bis 2015 um insgesamt € 141,82 Mio. übererfüllen.

Frage 3:

Dazu halte ich zunächst fest, dass die Träger der gesetzlichen Sozialversicherung bekanntlich Körperschaften öffentlichen Rechts mit eigener Rechtspersönlichkeit sind, die die ihnen vom Gesetzgeber zur Besorgung übertragenen Aufgaben autonom und in Eigenverantwortung wahrnehmen. Der Bundesminister für Gesundheit übt die Aufsicht des Bundes über die Träger der Kranken- und Unfallversicherung aus. In Angelegenheiten, die auch oder ausschließlich in den Wirkungsbereich des Bundesministers für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz fallen, ist das Einvernehmen mit diesem Bundesminister herzustellen.

Die Aufsichtsbehörden haben die Gebarung der Versicherungsträger zu überwachen und darauf hinzuwirken, dass im Zuge dieser Gebarung nicht gegen Rechtsvorschriften verstoßen wird. Sie können ihre Aufsicht auf Fragen der Zweckmäßigkeit, Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit erstrecken; sie sollen sich in diesen Fällen auf wichtige Fragen beschränken und in das Eigenleben und die Selbstverantwortung der Versicherungsträger nicht unnötig eingreifen.

Die Aufsicht über die Träger der gesetzlichen Kranken- und Unfallversicherung findet im Rahmen dieser gesetzlichen Vorgaben statt.

So wie alle anderen Kranken- und Unfallversicherungsträger hat die Wiener Gebietskrankenkasse laut den Rechnungsvorschriften ihre Jahresberichte (bestehend aus Geschäftsbericht, Rechnungsabschluss, statistischen Nachweisungen), Jahresvoranschläge, vierteljährliche Gebarungsvorschaurechnungen, Finanzpläne, Investitionspläne sowie ihre Kostenrechnung dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen, die seitens der Fachabteilung meines Ressorts auf Plausibilität und Richtigkeit überprüft werden.

Frage 4:

Die Kontrollversammlung der Wiener Gebietskrankenkasse hat in ihrer Resolution vom 14. März 2013 primär auf die finanzielle Situation in der Krankenversicherung der Pensionist/inn/en hingewiesen und eine Anhebung der Hebesätze verlangt.

Es ist bekannt, dass die Krankenversicherung der Pensionist/inn/en eine Finanzierungslücke aufweist. Ich gebe aber zu bedenken, dass die angesprochenen Hebesätze über den Bundesbeitrag zur Pensionsversicherung zu finanzieren sind, wobei jede Erhöhung der Hebesätze zu einer zusätzlichen Belastung des Bundesbudgets führt.

Aus Gründen der Konsolidierung des Bundesbudgets mussten deshalb mit dem 2. Stabilitätsgesetz 2012, BGBl. I Nr. 35/2012, die Hebesätze bei der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau und bei der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft für die Jahre 2012 bis 2016 sogar gesenkt werden, wodurch sich der Bund laut den Erläuterungen zum genannten Gesetz insgesamt € 55 Mio. ersparen soll.

Eine Erhöhung des Hebesatzes bei der Pensionsversicherungsanstalt um beispielsweise 10 Prozentpunkte von 180% auf 190% würde zwar auf Basis des Geschäftsjahres 2012 bei den Gebiets- und Betriebskrankenkassen zu Mehreinnahmen in der Krankenversicherung der Pensionist/inn/en von rund € 131 Mio. führen, gleichzeitig jedoch das Bundesbudget in ebensolcher Höhe belasten.

Es soll nicht unerwähnt bleiben, dass (wie im Bereich der Pensionsversicherung) auch in der gesetzlichen Krankenversicherung von einer Art Generationenvertrag als Teil des Ausgleichs von Risiken ausgegangen werden muss: Wie eine Umverteilung zwischen Reichen und Armen oder zwischen Gesunden und Kranken stattfindet und auch gewünscht ist, so erfolgt auch ein Ausgleich zwischen Berufstätigen und Pensionist/inn/en und zwar in doppelter Hinsicht: Aus der statischen Perspektive betrachtet, tragen die aktiven Versicherten mit ihrem (höheren) Einkommen zur Finanzierung der Krankenversicherungsleistungen der Pensionist/inn/en zu einem bestimmten Zeitpunkt bei. Dynamisch betrachtet, erwirbt jede/r aktive Versicherte während der Zeit der Berufstätigkeit durch die entsprechende Beitragsleistung in gewisser Weise die Legitimation, in späteren Jahren von den aktiven Versicherten der nächsten Generation Unterstützung zu erfahren.

Im Jahr 2009 hatten sieben der neun Gebietskrankenkassen ein negatives Reinvermögen, weshalb auch seitens der Bundesregierung die bekannten Maßnahmen ergriffen wurden, um diese Situation zu verbessern. Ausgehend von einem Höchststand des negativen Reinvermögens der Wiener Gebietskrankenkasse in der Höhe von € 594,5 Mio. zum 31. Dezember 2008 konnte durch diese Maßnahmen bis zum 31. Dezember 2012 ein Stand von € 185,4 Mio. erreicht werden. Aufgrund der aktuellen Prognosezahlen bis zum 31. Dezember 2013 wird das negative Reinvermögen auf € 118,6 Mio. abgebaut werden.

Frage 5:

Wie bereits zu Frage 3 ausgeführt, obliegt die Gebarung eines Versicherungsträgers dessen Selbstverwaltung. Die finanzielle Situation der Krankenversicherungsträger - so auch der Wiener Gebietskrankenkasse - ist allgemein bekannt, zumal der jeweilige Rechnungsabschluss jährlich im Jahresbericht veröffentlicht wird.

Es trifft jedenfalls nicht zu, dass ich die diesbezüglichen Probleme - im Rahmen meiner Zuständigkeit - nicht „aktiv angegangen“ wäre. Ich darf daran erinnern, dass auf meine Initiative mit dem Budgetbegleitgesetz 2009, BGBl. I Nr. 52/2009, ein umfassendes Maßnahmenpaket zur finanziellen Konsolidierung der gesetzlichen Krankenversicherung mit folgenden wesentlichen Inhalten beschlossen wurde:

Als Sofortmaßnahme hat der Bund am 1. Juli 2009 für das Geschäftsjahr 2009 dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger einen Betrag von € 45 Mio. geleistet, der vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger an die Gebietskrankenkassen entsprechend deren negativem Reinvermögen zum Stichtag 31. Dezember 2008 aufzuteilen war.

- Die im Rahmen des Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen gebundene Rücklage gemäß § 447a Abs. 5 ASVG wurde aufgelöst und diese Mittel in Höhe von rund € 42,548 Mio. (zum Stand 31. Dezember 2008) an die Gebietskrankenkassen verteilt.
- Die durch die Senkung des Umsatzsteuersatzes für Arzneimittel entstandene Überdeckung der pauschalen Beihilfe nach dem Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz (GSBG) , die für das Jahr 2009 mit rund € 96 Mio. geschätzt wurde, kam den Versicherungsträgern mit negativem Reinvermögen zugute.
- Weiters wurde der/die Bundesminister/in für Finanzen ermächtigt, in den Jahren 2010 bis 2012 gegenüber den Gebietskrankenkassen mit negativem Reinvermögen auf Forderungen des Bundes in Höhe von jeweils € 150 Mio., insgesamt somit € 450 Mio., zu verzichten, um eine zumindest teilweise Entschuldung der Gebietskrankenkassen zu bewirken. Voraussetzung für diesen Verzicht war die Vorlage eines vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger mit den Sozialversicherungsträgern abgestimmten und von der Bundesregierung zustimmend zur Kenntnis genommenen Sanierungskonzepts mit dem Ziel einer mittelfristig ausgeglichenen Gebarung.
- Schließlich wurde ein Kassenstrukturfonds beim Bundesminister für Gesundheit eingerichtet, welcher der finanziellen Unterstützung von Maßnahmen der zielorientierten Steuerung im jeweiligen Verantwortungs- und Zuständigkeitsbereich der Gebietskrankenkassen dient und zur langfristigen Sicherstellung einer ausgeglichenen Gebarung der Gebietskrankenkassen beitragen soll. Die Mittel des Fonds sind für Maßnahmen der Ausgabendämpfung und zur Verbesserung der Versorgung (insbesondere integrierte Versorgung, Qualitätssicherung und sektorenübergreifendes Nahtstellenmanagement) zu verwenden. Damit sollen im jeweiligen Verantwortungs- und Zuständigkeitsbereich der Gebietskrankenkassen bestehende Kostendämpfungspotenziale nachhaltig realisiert werden.

Dieses Maßnahmenpaket war und ist an ein entsprechendes Sanierungskonzept geknüpft, das den Versicherungsträgern mittel- und langfristig wirksame Maßnahmen zur Erreichung einer ausgeglichenen Gebarung auferlegt.

Fragen 6 und 7:

Neuerlich darf ich bei Beantwortung dieser Frage auf die Konzeption der Selbstverwaltung verweisen. Der Gesetzgeber hat die Besorgung bestimmter Aufgaben jenen Personengruppen übertragen, die von den diesbezüglichen Entscheidungen vital betroffen sind. Dies sind im Bereich der gesetzlichen Sozialversicherung einerseits die Versicherten und andererseits die Dienstgeber/innen derselben. Die Verwaltungskörper der Versicherungsträger werden im Wesentlichen von den Interessenvertretungen dieser beiden Personengruppen mit Versicherungsvertreter/inne/n besetzt. Das geschäftsführende (Kollegial-)Organ eines Versicherungsträgers ist der Vorstand. Dieser kann - unbeschadet seiner eigenen Verantwortlichkeit - bestimmte Obliegenheiten an einen aus Mitgliedern der Generalversammlung gebildeten Ausschuss oder an den/die (vom Vorstand unter Beachtung der einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen aus seiner Mitte zu wählende/n) Obmann/ Obfrau bzw. bestimmte laufende Angelegenheiten an das Büro des Versicherungsträgers delegieren.

Die Verantwortung für die sorgfältige Auswahl der Versicherungsvertreter/innen liegt somit bei den entsendeberechtigten Stellen, für die Wahl des Obmannes/der Obfrau bei den Vorstandsmitgliedern eines Versicherungsträgers.

Ich sehe keinen Grund, an dieser gesetzgeberischen Grundsatzentscheidung, welche sich seit Jahrzehnten bewährt hat, zu zweifeln.

Fragen 8 bis 10:

Zu den vom Rechnungshof im Jahr 2008 empfohlenen Vorgaben für den Krankenversicherungsträger, unter welchen Voraussetzungen eine weitere Kreditaufnahme zulässig ist bzw. welche Verbindlichkeiten verspätet beglichen werden sollen, ist anzumerken, dass derartige Entscheidungen grundsätzlich im Verantwortungsbereich der Selbstverwaltung der betroffenen Versicherungsträger liegen.

Dies wurde seinerzeit im Schriftverkehr zwischen dem Rechnungshof und dem (damaligen) Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend von letzterem im Wesentlichen wie folgt begründet:

„Der Rechnungshof selbst stellt fest, dass der jeweilige Krankenversicherungsträger über die Finanzgebarung im engeren Sinn - also über Kreditaufnahmen und über die Reihenfolge der Zahlung von Verbindlichkeiten - zu entscheiden hat. Der Gesetzgeber geht davon aus, dass die laufenden Ausgaben durch die jeweiligen Einnahmen des Trägers abzudecken sind (einnahmenorientierte Ausgabenpolitik), wofür gleichfalls die Selbstverwaltung Verantwortung zu tragen hat. Sollten dennoch (vorübergehend) Liquiditätsengpässe auftreten, so haben die betroffenen Träger ihre diesbezüglichen

Entscheidungen zur Überbrückung solcher Engpässe selbstverständlich an den im Wirtschaftsleben geltenden Gesetzen und Regeln zu orientieren.

So ist die Aufnahme von (weiteren) Krediten nur zulässig, wenn deren Rückzahlung gesichert erscheint (vgl. Punkt 3.2 (2) der Rechnungshofmitteilungen), was das Unternehmen (der Versicherungsträger) selbst aufgrund von Analysen (bzw. Prognosen lt. Finanzplan) der täglichen Finanzströme beurteilen muss bzw. kann (externe Stellen wie z.B. der Hauptverband oder das Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend haben ja nur über die Berichte des jeweiligen Krankenversicherungsträgers Einblick in die tatsächliche finanzielle Gebarung - wie der Rechnungshof im Punkt 29.1 sinngemäß auch ausführt). <...>

Auf Grund der bei den einzelnen Krankenversicherungsträgern unterschiedlichen vertraglichen Regelungen und daher auch unterschiedlichen Zahlungsfristen im Vertragspartnerbereich, aber auch auf Grund der unterschiedlichen Zahlungsfristen und Fristen für die Gewährung von Skontoerträgen von Lieferfirmen ist die vom Rechnungshof empfohlene Vorgabe, welche Verbindlichkeiten verspätet beglichen werden sollen ohne Prüfung des Einzelfalles in der Praxis einer für alle Träger geltenden einheitlichen Regelung im Gesetz nicht zugänglich. Eine derartige Festlegung „von außen“ würde außerdem zwangsläufig eine Gläubigerbegünstigung mit sich bringen, was jedoch auch der Rechnungshof ausdrücklich ausschließt.“ Die Empfehlung eines Eskalationsszenarios wurde übrigens in der follow-up Prüfung des Rechnungshofes im Jahr 2011 nicht wiederholt.

Fragen 11 und 12:

Im Bereich der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (und des Gesundheitswesens allgemein) werden - unabhängig von Empfehlungen des Rechnungshofes - ständig Überlegungen hinsichtlich eines effizienteren Einsatzes der zur Verfügung stehenden Mittel angestellt.

Zuletzt wurde bekanntlich eine Gesundheitsreform auf den Weg gebracht: In Umsetzung der zwischen Bund und Ländern geschlossenen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit, in der die Eckpunkte und Inhalte eines partnerschaftlichen Zielsteuerungssystems festgelegt sind, hat der Nationalrat das Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz - G-ZG) als Teil des Gesundheitsreformgesetzes 2013, BGBl. I Nr. 81/2013, beschlossen. Aufbauend auf diese gesetzliche Regelung wurde mittlerweile zwischen dem Bund, dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und den Bundesländern der Bundes-Zielsteuerungsvertrag geschlossen.

Die bisher geltende Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 105/2008, wurde einerseits verlängert und andererseits an die Erfordernisse der Zielsteuerung-Gesundheit angepasst.

Mit der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit soll sichergestellt werden, dass das öffentliche Gesundheitswesen durch einen vereinbarten und nachhaltigen Ausgabendämpfungspfad weiter und langfristig gestärkt wird. Der Anstieg der öffentlichen Gesundheitsausgaben wird dafür bis 2016 an die prognostizierte Entwicklung des nominellen Wirtschaftswachstums (von derzeit 3,6 Prozent) herangeführt und in den weiteren Perioden daran gekoppelt. Dadurch wird eine Dämpfung der öffentlichen Gesundheitsausgaben (somit auch jener der gesetzlichen Krankenversicherung) in der Periode bis 2016 in der Höhe von € 3,4 Milliarden erzielt und somit ein wesentlicher Beitrag zur Erfüllung des Österreichischen Stabilitätspakts geleistet.

Das partnerschaftliche Zielsteuerungssystem soll eine bessere Abstimmung zwischen dem Krankenanstaltenbereich und dem niedergelassenen Versorgungsbereich garantieren. Bund und gesetzliche Krankenversicherung werden verpflichtet, an diesem Zielsteuerungssystem mitzuwirken. Im Rahmen der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit stehen die Patientinnen und Patienten und ihre bestmögliche medizinische Behandlung im Mittelpunkt. Das bedeutet eine weitere Stärkung des öffentlichen solidarischen Gesundheitswesens, das sich in Österreich bewährt hat. Mit der nunmehr festgelegten Zielsteuerung-Gesundheit wird ein Mechanismus geschaffen, der die Ausgabensteigerungen in der Gesundheitsversorgung an das prognostizierte Wirtschaftswachstum heranführt, damit die kontinuierliche Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheitssystems gewährleistet und dessen Finanzierung auch für kommende Generationen leistbar bleibt.

Frage 13:

Die Wiener Gebietskrankenkasse konnte in ihren Rechnungsabschlüssen seit 2009 vier Jahre in Folge Gebarungüberschüsse ausweisen, für die jeweils das außerordentliche Ergebnis (mit Erträgen aus dem Ausgleichsfonds, aus dem Krankenkassen-Strukturfonds sowie aus der Überdeckung der Mittel nach dem GSBG) verantwortlich war. Ab 2014 wird die pauschale Beihilfenregelung nach § 1 Abs. 2 GSBG in eine 1:1 Abgeltung der nicht abziehbaren Vorsteuer umgewandelt. Damit entfällt die Überdeckung aus der pauschalen Vorsteuerabgeltung, die seit 2009 (Silian-Papier) für den Abbau von Schulden von Krankenversicherungsträgern mit negativem Reinvermögen zweckgewidmet war. Für die Wiener Gebietskrankenkasse bedeutet dies ab 2014 Mindereinnahmen von jährlich rund € 54 Mio.

Das Institut für höhere Studien (IHS) stellte im Rahmen der Studie „Ärztedichte im urbanen Umfeld“ (März 2002) Vergleiche bezüglich der ärztlichen Versorgung der Städte Wien, Hamburg, Paris, Lyon und Berlin an, indem einerseits die Ärztinnen-/Ärztedichte und andererseits Stadt/Land-Unterschiede in der Ärztinnen-/Ärztedichte untersucht wurden. Die Studie kommt zu dem Ergebnis, dass in allen fünf Städten die Ärztinnen-/Ärztedichte beträchtlich höher ist als die des jeweiligen Umlandes bzw. Staates. Für Wien wurde auf Kassennarzebene ein Überhang von 47% mehr Arzt/inn/en pro Kopf der Bevölkerung gegenüber dem öster-

reichischen Durchschnitt errechnet, wobei Wien damit an dritter Stelle hinter Paris (227%) und Lyon (183%) liegt. Das IHS kommt zu dem Ergebnis, dass sich der Überhang in den Städten fast ausschließlich durch den hohen Anteil an Fachärzt/inn/en erklärt. Die Autor/inn/en der Studie sehen eine Erklärung für die ungleich höhere Dichte an Fachärzt/inn/en als Allgemeinärzt/inn/en im Stadt/Landvergleich darin, dass die Stadtbewohner/innen gleich direkt das Angebot an Fachärzt/inn/en annehmen und nicht zuvor eine Ärztin/einen Arzt für Allgemeinmedizin konsultieren. Als Nachteil bringt eine höhere Ärztinnen-/Ärztedichte, wie empirisch auch in anderen Ländern nachgewiesen, höhere Kosten des Gesundheitswesens pro Kopf. Dieses Problem ist - wie das IHS ausführt - zum Teil sicher auch auf das Problem der anbieterinduzierten Nachfrage zurückzuführen.

Daraus resultiert, dass die Ausgaben der Krankenkassen pro Kopf für ärztliche Hilfe in den Städten höher als auf dem Land sind. Das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) kommt in einer methodisch völlig anders angelegten Studie („Großstadtfaktor Wien“, Jänner 2003) zu einem ähnlichen Ergebnis und beziffert die Mehrbelastung Wiens mit 15%.

Zudem kommt, dass das Durchschnittsalter der bei der Wiener Gebietskrankenkasse versicherten Beschäftigten etwas höher als im Gebietskrankenkassenschnitt ist (im Jahre 2011 liegen die Werte bei 38,9 Jahre vs. 38,3 Jahre). Auch der Anteil der Arbeitslosen, die im Schnitt auch mehr Versicherungsleistungen in Anspruch nehmen, liegt bei der Wiener Gebietskrankenkasse erfahrungsgemäß über dem Durchschnitt aller Gebietskrankenkassen (2011: 7,51% vs. 6,19%).