

**HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER**

A-1031 WIEN

KUNDMANNGASSE 21

POSTFACH 600 DVR 0024279

VORWAHL Inland: 01, Ausland: +43-1

TEL. 711 32 / Kl. 1201

TELEFAX 711 32 3777

Zl. 12-REP-42.31/09 Sd/Gm/Hak

Wien, 2. November 2009

An das  
Bundesministerium für  
**Gesundheit**

**Per E-Mail**

An das  
Bundesministerium für **Arbeit,  
Soziales und Konsumentenschutz**

**Per E-Mail**

An das  
**Präsidium des Nationalrats**

**Per E-Mail**

Betr.: Entwurf eines Bundesgesetzes, mit dem das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, das Bauern-Sozialversicherungsgesetz, das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz u.a. geändert werden  
(4. Sozialrechts-Änderungsgesetz 2009; 4. SRÄG 2009)

Bezug: E-Mail des BMG vom 13. Oktober 2009;  
GZ: BMG-96100/0054-I/B/9/2009

Sehr geehrte Damen und Herren!

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger nimmt hiermit zum Entwurf des 4. SRÄG 2009 Stellung, wobei sich die Anmerkungen, die beim ASVG gemacht werden, auch auf die Parallelbestimmungen der übrigen Sozialversicherungsgesetze erstrecken (betrifft hauptsächlich § 446 ASVG, § 218 GSVG, § 206 BSVG und § 152 B-KUVG).

### **Allgemeines**

Ziel des gegenständlichen Entwurfes soll es sein, das Sanierungskonzept „Gesundheit: Finanzierung sichern – langfristige Potentiale zur Steuerung der Ausgaben und zur nachhaltigen Kostendämpfung“, umzusetzen.

Die Sozialversicherungsträger und der Hauptverband haben durch den einstimmigen Beschluss der Trägerkonferenz vom 23. Juni 2009, TOP 2, bewiesen, dass sie bereit sind, die Maßnahmen, die diesem Ziel dienen sollen, mitzutragen.

Zielsetzung des vorliegenden Gesetzesentwurfes ist es u. a., einen ersten Teil von erforderlichen gesetzlichen Grundlagen zur Umsetzung des im Auftrag der Bundesregierung erarbeiteten ausgabenseitigen Sanierungskonzeptes (mit der Stoßrichtung einer nachhaltigen Kostendämpfung vor allem im Vertragspartnerbereich) zu schaffen.

Natürlich wäre es rein aus Sicht der finanziellen Situation der Träger der sozialen Krankenversicherung wünschenswert – und einige Träger haben dies auch in ihren Stellungnahmen so deponiert –, eine weit über den vorliegenden Entwurf hinausgehende Stärkung der Rechtsposition der Träger gegenüber den Vertragspartnern vorzunehmen.

Der Auftrag der Bundesregierung (im Ministerratsbeschluss von Sillian) stellte jedoch klar, dass das Sanierungskonzept mit den Systempartnern abzustimmen sei. Das Ende Juni der Bundesregierung überreichte Sanierungskonzept beruhte dementsprechend gerade in den hier gegenständlichen Materien auf einer Vereinbarung mit der Österreichischen Ärztekammer.

Auch die nunmehr im gegenständlichen Entwurf vorgelegten konkreten legislativen Umsetzungen sind Ergebnis von tripartischen Verhandlungen zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit, der sozialen Krankenversicherung vertreten durch den Hauptverband sowie der Österreichischen Ärztekammer.

Auch wenn also aus der alleinigen Sicht der sozialen Krankenversicherung weitergehende Schritte des Gesetzgebers wünschenswert wären, bekennt sich daher der Hauptverband zu dem partnerschaftlich erzielten Ergebnis, als das der vorliegende Entwurfstext im Wesentlichen zu betrachten ist.

Ausdrücklich hingewiesen wird freilich darauf, dass weitere Regelungen zur Verbesserung der Gestaltungsmöglichkeiten der Krankenversicherungsträger in nachfolgenden Gesetzgebungsschritten erfolgen müssen (insbesondere eine Neuordnung der Bestimmungen über die Kündigung von Verträgen), wie dies auch mit dem Systempartner Österreichische Ärztekammer vereinbart wurde. Allerdings werden erst die

direkten Verhandlungen zwischen den Krankenversicherungsträgern und den Vertragspartnern/partnerinnen werden zeigen, ob und wie bestimmte Kriterien umsetzbar sind.

### **Allgemeine Maßnahmen zur finanziellen Absicherung der Krankenversicherung**

Der Hauptverband hat bereits in seinen Stellungnahmen zu den letzten Novellierungsvorhaben der Sozialversicherungsgesetze eine Reihe von Vorschlägen gemacht, die die finanzielle Situation der sozialen Krankenversicherung verbessern sollten. Auf diese Vorschläge sei ausdrücklich verwiesen, sie sollten jedenfalls weiter verfolgt werden. Es handelt sich um Vorschläge zu den Bereichen

#### **Sicherheit des e-card-Systems weiter ausbauen – Prävention gegen Missbräuche stärken**

Die im vorliegenden Entwurf enthaltenen Bestimmungen bilden eine Linie, die weiter verfolgt werden muss. Es sollte auf Dauer jedoch nicht so sein, dass e-card-Missbrauch zwar in *Krankenanstalten* verpflichtend (aufgrund gesetzlicher Bestimmungen) durch Identitätsprüfungen gehemmt werden soll, dass es aber im Belieben von *freiberuflich oder gewerblich tätigen Vertragspartnern* steht, ob sie entsprechende Verpflichtungen auch tatsächlich in ihre Verträge aufnehmen wollen.

Weiters ist die e-card als Zahlungsmittel im Gesundheitswesen auch im Strafrecht anzuerkennen und abzusichern. Derzeit wird dies in der Rechtsprechung abgelehnt, obwohl monatlich Millionen von (honorarzahlungsersetzenden) Verwendungen der e-card stattfinden.

#### **Quersubventionierung von Insolvenzverfahren mit Sozialversicherungsmitteln ist zu verhindern**

Die seit Jahren bestehenden Schwierigkeiten daraus, dass Sozialversicherungsträger bereits erhaltene Beiträge nach dem Anfechtungsrecht wieder zurückzahlen müssen, müssen im Rahmen der laufenden Gespräche der Insolvenzreform beseitigt werden. Vgl. dazu den Beitrag von Liebeg/Sommer, „Gedanken zur Anfechtbarkeit von Lohn- und Sozialabgaben in der Insolvenz“, SWK 31/2009, 1391.

#### **Provisionen im Gesundheitswesen sollten generell unerlaubt sein**

Das Provisionsverbot, das nach § 53 Ärztegesetz bereits für Ärzte und Grup-

penpraxen besteht, soll eine einheitliche Grundlage für alle Gesundheitsberufe erhalten. Die Bestimmung betrifft nicht nur Leistungen durch Patienten, sondern auch Leistungen von Vertragspartnern untereinander, so z. B. für die Vornahme von Verordnungen oder Zuweisungen an bestimmte andere Vertragspartner. Als Leistungen wären sowohl Behandlungen als auch administrative Tätigkeiten wie die Vornahme von Rezeptierungen, Überweisungen, Krankschreibungen, Kuranträgen usw. zu verstehen.

#### Klarstellung der Bemessungsgrundlage für die Berechnung des GSBG-Pauschales

Als Bemessungsgrundlage für die Ermittlung des GSBG-Pauschales werden derzeit die Krankenversicherungsaufwendungen abzüglich bestimmter Positionen herangezogen. Durch Steuerprüfungen werden laufend neue Abzugspositionen festgelegt. Erstrebenswert wäre eine klare Festlegung der Bemessungsgrundlage für die Berechnung des GSBG-Pauschales die durch Steuerprüfungen nicht mehr verändert werden kann.

#### Gebührensituation

Es wäre nicht sinnvoll, wenn es von Zufälligkeiten abhinge, ob ein Rechtsakt, der der Sanierung der Krankenkassen dient, gebührenbefreit wäre oder nicht. Es wird daher bereits an dieser Stelle vorgeschlagen, für Rechtshandlungen, die der Sicherstellung der finanziellen Leistungsfähigkeit der Krankenversicherungsträger dienen, eine klar formulierte Gebührenfreiheit vorzusehen.

#### Amtshilfebeziehungen

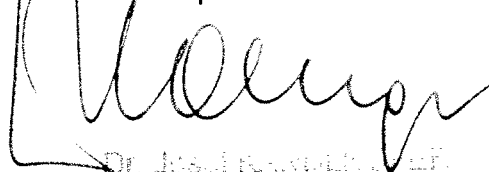
Angesichts der finanziellen Situation sollte versucht werden, Verwaltungsabläufe möglichst effizient zu gestalten und unnötige Hindernisse zu beseitigen. Das würde auch zur Kostenentlastung beitragen. Siehe dazu die bereits mehrfach vorgelegten Novellierungsvorschläge zu § 360 ASVG usw.

#### Organisationsthemen

Durch Organisationsveränderungen könnten ebenfalls Kostenvorteile erzielt werden. Zu den unten vorgeschlagenen Änderungen im Beitragsbereich darf darauf hingewiesen werden, dass vor legislatischen Maßnahmen eine Behandlung der Themen im Rahmen der Sozialpartnerschaft vereinbart wurde.

- Zuständigkeitsänderung bei der **medizinischen Rehabilitation** wären vorzunehmen
- **unnötige Statistiken** wie die „Zentralstatistik elektrischer Unfälle“ wären abzuschaffen
- Ergänzungsvorschläge gegen **Schwarzarbeit**, Sozialbetrug und Beitragsvermeidung wären entsprechend den mehrfach vorgelegten Vorschlägen umzusetzen
- **Leistungsmissbrauch** wäre durch effizientere Gestaltung des Rückforderungsrechts besser ahndbar zu machen
- Eine **Geringfügigkeitsgrenze** (wie z. B. in der BAO) wäre zu schaffen, um nicht für Details unverhältnismäßigen Aufwand treiben zu müssen (dies würde eine soziale Rechtsanwendung im Interesse der Versicherten und Beitragszahler nicht ausschließen)
- Personalaufstockungen in Bereichen, die mehr Einnahmen (bzw. weniger Ausgaben) durch **intensivere Kontrollen** brächten, dürften nicht durch Verwaltungskostendeckelungen verhindert werden (z. B. bei gemeinsamer Prüfung lohnabhängiger Abgaben GPLA)
- Einführung einer **Erlagscheingebühr** bzw. Gebühr für Bareinzahlungen
- Wiedereinführung einer **Mahngebühr** (warum soll der Mahnaufwand von den pünktlichen Beitragszahlern finanziert werden?)
- **Anhebung der Verzugszinsen** (Nichtzahlung von SV-Beiträgen darf keinesfalls billiger werden als Kreditaufnahme am Geldmarkt)
- Verkürzung der Zahlungs- und **Respiro-Fristen** (vgl. § 59 Abs. 1 ASVG), weil das ZahlungsdiensteG nunmehr ohnedies eindeutige Regeln festhält, durch welche solche Fristen in der bisherigen Form nicht mehr notwendig erscheinen
- Erweiterung der Zahlungen durch den **Insolvenz-Ausfallgeld-Fonds** (Insolvenzversicherung)
- Gleichstellung der Sozialversicherung mit den Finanzbehörden bei **Haftungsregeln** für ausständige Beiträge (Klarstellung der Zahlungswidmung etc)
- Verpflichtende **Anwendung von elektronischen Meldeverfahren** (ELDA)
- Entfall des **Beitragsvorschreibeverfahrens** (Dienstgeber mit zumindest mehr als 15 Mitarbeitern sollten in der Lage sein, Lohnverrechnungsprogramme zu verwenden)
- **Prüfung von Sonderbestimmungen** in der Vollziehung auf weitere Sinnhaftigkeit bzw. die Möglichkeit einfacherer Gestaltung (z. B. für Lehrlinge [UV + KV], ältere Dienstnehmer [ALV + UV + IESG-Zuschlag])
- Einbeziehung der Maßnahmen, die eine **Verwaltungskonsolidierung** bewirken (z. B. die Rechenzentrumszusammenlegung in einer Tochtergesellschaft) in die **Befreiung von Steuern und Gebühren**, weil derzeit Konsolidierungsmaßnahmen zu erhöhten Steuerbelastungen führen, was kontraproduktiv ist (siehe den Vorschlag zu den §§ 109 und 110)
- Prüfung der sehr selten verwendeten Regeln über den **Dienstleistungsscheck** auf Notwendigkeit.

Mit freundlichen Grüßen  
Für den Hauptverband:



Dr. Josef R. ...

## Beilagen

# **Stellungnahme des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger**

## **zu Artikel 1**

### **71. Novelle zum ASVG**

**Zu Art. 1 Z 1, 3 und 5 sowie Z 28, 30 und 31 - §§ 31 Abs. 4 Z 2 und 4 sowie § 448 Abs. 1 und 3 ASVG – Redaktionsversehen**

Die Bezeichnungen der Bundesministerien in den genannten Bestimmungen entsprechen nicht den richtigen Bezeichnungen nach der Bundesministeriengesetz-Novelle 2009.

Der Bundesminister für Gesundheit und Frauen lautet nunmehr „*Bundesminister für Gesundheit*“, der Bundesminister für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz wurde geändert auf „*Bundesminister für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz*“.



**Zu Art. 1 Z 2 - § 31 Abs. 4 Z 3 lit. a – EDV der Sozialversicherung weisungsgebunden?**

In Z 2 eine Formulierung enthalten, die unseren Informationen zufolge nur den Bereich der Pflegegeldaten betreffen soll, die aber aufgrund der Textumgebung, in welcher sie nach dem Entwurf stehen würde, massive organisatorische Auswirkungen hätte – nämlich die Weisungsbindung der gesamten EDV der Sozialversicherung an das BMASK.

Der Hauptverband geht davon aus, dass dies nicht beabsichtigt war, es gab auch keinerlei Vorgespräche und keine Anmerkungen in den Erläuterungen dazu und es wäre (nachdem der HV nur Dienstleister nach § 31 Abs. 11 für die Sozialversicherungsträger ist) auch rechtlich schwer durchführbar, weil dadurch eine Doppelbindung an zwei weisungsberechtigte Stellen entstünde.

Unbestritten ist, dass die Administration der Pflegegeldaten zum übertragenen Wirkungsbereich gehören und das auch im Gesetzestext seinen Niederschlag finden soll (weil es Art. 151 Abs. 38 letzter Satz B-VG so vorsieht). Der Hauptverband erlaubt sich, hiemit eine Alternative zum Änderungsvorschlag vorzulegen und ersucht, diese Formulierung in die Regierungsvorlage aufzunehmen:

*2. Im § 31 Abs. 4 Z 3 lit. a wird nach dem Wort „Landespflegegeldgesetzen;“ der Ausdruck „, wobei dann, wenn hievon für das Pflegegeld bedeutsame Daten verwendet werden, dies im übertragenen Wirkungsbereich unter Bedachtnahme auf Weisungen des Bundesministers für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz zu geschehen hat;“ eingefügt.*



**Zu Art. 1 Z 4 und 5 - § 31 Abs. 5 Z 10 und Z 13 ASVG – Richtlinien**

Es ist bewusst, dass sich diese Änderungen aus Art. 151 Abs. 38 als eine Art „Fernwirkung des Hauptverbandserkenntnisses VfSlg 17.023“ bzw. der Judikatur des VfGH zur Selbstverwaltung und damit aus den Art. 120a ff B-VG ergeben:

Die Richtlinien über die ökonomischen Grundsätze der Krankenbehandlung (RöK) werden in § 31 Abs. 5 Z 10 ASVG ausdrücklich als für Vertragspartner verbindlich erklärt. Dieser Passus fehlt in der Verordnungsermächtigung für den HVB gemäß § 31 Abs. 5 Z 13 (Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen [RöV]).

Es wäre auch diese Verbindlichkeitsregelung anzupassen, um weitere Streitigkeiten über den Anwendungsbereich dieser Normen hintanzuhalten.

## Ergänzungsvorschlag zu §§ 109, 110 ASVG – Kommunalsteuer

Die Kommunalsteuerbestimmungen führen dazu, dass die Zusammenlegung der Rechenzentren unnötig mit zusätzlichen Steuern belastet wird. Es sollte eine entsprechende Befreiungsbestimmung geschaffen werden.

Nach Durchführung der Rechenzentrumskonsolidierung fällt ohne Einführung einer entsprechenden Gesetzesänderung durch die nunmehrige Kommunalsteuerpflicht eine Kostenerhöhung in der Höhe von ca. 450.000 € pro Jahr an.

Da das Rechenzentrumskonsolidierungsvorhaben bei den Sozialversicherungsträgern durch die mit 1.7.2009 durchgeführte erfolgreiche Zusammenführung der 3 Zielrechenzentren (HVB, OÖGKK, WGKK) in der ITSV GmbH nun zügig voranschreitet (weitere Konsolidierungen in den Folgejahren werden bereits vorbereitet), wirkt sich eine erhebliche Erhöhung der Kosten - durch bisher durch die Sozialversicherungsträger nicht zu entrichtender Steuern und Gebühren - diametral entgegengesetzt zum Konsolidierungszweck aus.

Derzeit ist der Hauptverband davon weitgehend befreit (als öffentlich-rechtliche Körperschaft), die ITSV-GmbH (als privater Rechtsträger) jedoch nicht. Gemäß § 3 Abs. 3 KommStG sind die Körperschaften öffentlichen Rechts nur im Rahmen ihrer Betriebe gewerblicher Art (§ 2 KommStG 1988) gewerblich oder beruflich tätig. Bei Einrichtungen der im § 2 Abs. 4 Z 1 UStG 1972 (1994) genannten Sozialversicherungs- und öffentlichen Fürsorgeträger ist nur jeweils im Einzelfall zu prüfen, inwieweit auf diese die Befreiungsbestimmung des § 8 Z 2 KommStG 1993 Anwendung findet.

Ein Betrieb gewerblicher Art, der keine Einnahmen erzielt, weil er z. B. nur für andere Betriebe gewerblicher Art derselben Körperschaft öffentlichen Rechts tätig wird, zählt nicht zum Unternehmensbereich (VwGH 29. 1. 2003, 98/13/0205; UStR 2000 Rz 267); durch auch noch so geringfügige Einnahmen wird er jedoch zur Gänze Teil des Unternehmens der Körperschaft öffentlichen Rechts. Körperschaften öffentlichen Rechts, die in Ausübung der öffentlichen Gewalt und damit hoheitlich tätig werden, unterliegen nicht der KommSt (keine unternehmerische Tätigkeit). Eine solche Tätigkeit ist insbesondere anzunehmen, wenn es sich um Leistungen handelt, zu deren Annahme der Leistungsempfänger auf Grund gesetzlicher oder behördlicher Anordnungen verpflichtet ist. Das ist beim Hauptverband der Fall, nicht jedoch bei der

- 11 -

ITSV-GmbH (und auch nicht zwingend bei einem Sozialversicherungsträger im Rahmen der Rechenzentrumskonsolidierung). Nur eine hoheitliche Tätigkeit, nicht aber eine sonstige „staatliche“ Tätigkeit, also insbesondere eine solche im Bereich der Privatwirtschaftsverwaltung, schließt die Unternehmereigenschaft aus (VwGH 13. 10. 1999, 99/13/0010).

Dadurch fallen automatisch drei Prozent der Gehaltssumme mehr an (die ITSV-GmbH ist in ihrer Tätigkeit nicht wie die Chipkarten-GmbH einem Sozialversicherungsträger gleichgestellt, vgl. § 31b Abs. 2 Schlussteil ASVG). Diese Situation kann aus heutiger Sicht auf Dauer nur durch eine Gesetzesänderung vermieden werden.

Eine analoge Gleichstellung auch der ITSV-GmbH würde das Rechenzentrumskonsolidierungsvorhaben stärken und dadurch das Ziel der Bundesregierung zur Sicherung der Finanzierung des Gesundheitswesens durch Umsetzung langfristiger Sanierungskonzepte unterstützen. Ein Einnahmehausfall für den Bund ist durch diese Maßnahme nicht zu erwarten, da diese Steuern und Gebühren für die Sozialversicherung bislang nicht angefallen sind.

**Zu Art. 1 Z 8 - § 149 Abs. 2 ASVG – e-card, gesicherte technische Verfügbarkeit**

Nach dieser Bestimmung sind „*die Krankenanstalten verpflichtet, die e-card und die e-card Infrastruktur nach Maßgabe der gesicherten technischen Verfügbarkeit zu verwenden.*“

Es ist weder dem Entwurf selbst noch den Materialien zu entnehmen, was unter der **gesicherten** technischen Verfügbarkeit zu entnehmen ist.

Das Wort „*gesicherten*“ ist zu streichen, es hat keinen normativen Wert. Dass eine EDV-Anwendung nur dann verwendet werden kann, wenn sicher ist, dass sie funktioniert (also entsprechende Test erfolgreich waren und die laufende Kontrolle der Abläufe keine Fehler ergibt), muss im Gesetz nicht behandelt werden.

Die laufenden Aufzeichnungen über die Systemverfügbarkeit stehen den Aufsichtsbehörden und allen befugten Kontrollorganen jederzeit zur Verfügung. Das e-card-System muss, weil zur Dokumentation von Ansprüchen auf medizinische Leistungen rund um die Uhr bereitzustehen hat, bereits jetzt eine wesentlich höhere Verfügbarkeit aufweisen als viele andere Anwendungen des Bundes und der Privatwirtschaft (vgl. nur zuletzt Vorfälle bei Flugreservierungsprogrammen). Eine solche hohe Verfügbarkeit ist auch tatsächlich der Fall.

## Ergänzungsvorschlag zu § 149 Abs. 3a ASVG – Pauschalzahlungen/PRIKRAF

§ 149 Abs. 3a ASVG soll geändert werden: Es soll die folgende Änderung bzw. Ergänzung aufgenommen werden:

(3a) „... 380 000 €. **Im Jahr 2010 erhöht sich dieser Betrag um jenen Prozentsatz, um den die Beitragseinnahmen der Träger der Krankenversicherung im Jahr 2010 gegenüber dem Jahr 2009 gestiegen sind, abzüglich 2,070.000 €.** Die Pauschalbeträge für die Jahre **2011** bis 2013 errechnen sich aus dem jeweiligen Jahresbetrag des Vorjahres, ...“

Begründung: Basisjahr für die Ermittlung der Pauschalzahlungen an den PRIKRAF war das Kalenderjahr 2000 und der seinerzeit im Gesamtvertrag vorgesehene Limitbetrag. Im Jahr 2008 wurde eine neue Krankenanstalt in die Liste der PRIKRAF Krankenanstalten aufgenommen und wurde, um diesem Umstand Rechnung zu tragen, der Pauschalbetrag im Ausmaß der zu erwartenden Honorarsumme erhöht.

Es wurden aber auch auch fünf Krankenanstalten aus der Liste der PRIKRAF-Krankenanstalten gestrichen, deren zwei im Jahr 2000 noch maßgeblich leistungswirksam waren. Dies betrifft die Privatklinik Triumphpforte; deren Leistungen im letzten Jahr des Vollbetriebes hochgerechnet einen Aufwand von etwa 1,4 Mio. € ergeben. Ebenso betrifft dies die Privatklinik Grinzing, die 2004, dem letzten Jahr mit Vollbetrieb, 570 Fälle verzeichnete und dafür 1,439.080 Scoring Punkte verzeichnete; das entspricht mit dem endgültigen Punktwert 2008 einer fiktiven Honorarsumme von 669.171,20 € brutto. Die Pauschalzahlung an den Fonds ist daher in Umsetzung des Grundsatzes „Geld folgt Leistung“ um den Betrag von 2,07 Mio. € zu kürzen.

## **Ergänzungsvorschlag zu § 338 Abs. 2a ASVG – Bedarfsplanung**

In § 338 Abs. 2a ASVG soll die Wortfolge „ , *bezüglich der nicht landesfonds-finanzierten Krankenanstalten sowie des extramuralen Bereiches auch nach Abstimmung mit der für diese Krankenanstalten in Betracht kommenden gesetzlichen Interessensvertretung*“ entfallen.

Damit wäre sichergestellt, dass private gewinnorientierte Leistungserbringer nicht mit Entscheidungskompetenz in die gesundheitspolitisch notwendige Bedarfsplanung für Gesundheitsleistungen einbezogen werden.

## Zu Art. 1 Z 10 - § 342 Abs. 1 Z 1 ASVG – dynamischer Stellenplan

Siehe dazu die Anmerkungen in der Einleitung.

In § 342 Abs. 1 Z 1 ASVG wird nunmehr ein dynamischer Stellenplan ermöglicht, der sämtliche ambulante Versorgungsstrukturen mit einbezieht. Aus den Krankenversicherungsträgern wird dazu die Ansicht vertreten, dass diese Diktion mehr als gefährlich für die sozialen Krankenversicherungsträger anzusehen ist. Hintergrund und Ziel dieses dynamischen Stellenplanes ist die Erwartung, dass alle anderen ambulanten Versorgungsstrukturen, wie eben Krankenhausambulanzen, private Krankenanstalten, etc. in die Stellenplanung mit einzubeziehen, mit dem Ziel künftig auf einige Ärzteplanstellen verzichten zu können.

Diesbezüglich sollte jedoch nicht auf die ursprüngliche Diktion des Gesetzgebers zur Stammfassung des ASVG vergessen werden. Diesbezüglich sah der Gesetzgeber damals vor, dass der **Stellenplan immer von der finanziellen Leistungsfähigkeit der Krankenversicherungsträger abhängig** gemacht werden sollte und nur in diesem Rahmen die sonstigen Ziele wie die Verteilung unter Berücksichtigung der Nahverkehrsverhältnisse verfolgt werden sollte.

Wenn nunmehr auch sämtliche ambulante Versorgungsstrukturen miteinbezogen werden sollen, könnte das auch bedeuten, dass Krankenanstaltenambulanzen geschlossen werden, um die Leistungen in den niedergelassenen Bereich auszulagern und wären dann noch viel mehr Stellen im niedergelassenen Bereich notwendig. Diesbezüglich sollte eine Klarstellung in § 342 Abs. 1 Z 1 ASVG vorgenommen werden.



## Zu Art. 1 Z 11 - § 342 Abs. 1a ASVG – Investitionsabgeltungen

Siehe dazu die Anmerkungen in der Einleitung.

Da die Erläuterungen hiezu keine Ausführungen enthalten, wird ersucht, dort folgenden Text einzufügen:

*„Im Zusammenhang mit der geplanten Neuregelung im Bereich Nachbesetzung von Planstellen sind in den Gesamtverträgen allfällige Regelungen für Investitionsabgeltungen an den/die bisherige Stelleninhaber/in vorzusehen. Diese Investitionsabgeltungen sind aus dem zwischen den KV Trägern und den jeweiligen Ärztekammern vereinbarten Honorarvolumen zu bedecken. Die Verteilung und Verwaltung dieser Mittel soll durch die jeweilige Landesärztekammer erfolgen; entsprechende Regelungen im Ärztesgesetz wären vorzusehen.. Sie dienen in erster Linie zur Qualitätssicherung, um Ärzten, die vor Vertragsende Investitionen tätigen, allfällige Aufwendungen (stranded costs) vor allem zur Erhaltung von Qualitätsstandards für jenen Fall zu ersetzen, wo aufgrund von Nicht- Neuausschreibung dieser Kassenstelle keine Kassenstellennachfolger/in vorhanden ist. Es soll jedoch gewährleistet werden, dass dies nur für den Fall erfolgt, dass weder vom/von der bisherigen Stelleinhaber/in noch von einem/einer anderen Arzt/Ärztin in dessen/deren bisherigen Räumlichkeiten oder mit dessen/deren bisherigen Einrichtungen eine Vertrags- oder wahlärztliche Tätigkeit ausgeübt wird.“*

**Zu Art. 1 Z 12 - § 342 Abs. 1 Z 3 ASVG – rechtmäßige Verwendung der e-card**

Siehe dazu die Anmerkungen in der Einleitung.

Inhaltlich ist festzuhalten, dass das in den Erläuterungen formulierte Ziel, *„...die im Zweifelsfall erforderliche Überprüfung der Identität des/der Patienten/Patientin und die rechtmäßige Verwendung der e-card sowohl für den niedergelassenen als auch für den stationären Bereich gesetzlich [zu verankern] , mit der o. a. Formulierung nicht erreicht wird.*

Im Gegensatz zu den Krankenanstalten, wo die Verpflichtung sich aus der Grundsatzbestimmung und damit in weiterer Folge aus dem Ausführungsgesetz ableitet, sieht der Entwurf lediglich vor, dass in den Gesamtverträgen mit niedergelassenen Ärzten darüber eine Regelung zu treffen ist.

Dies wird nicht nur die Grundlage für langwierige Verhandlungen sondern auch für Entgeltforderungen seitens der Landesvertretungen als Gegenleistung die Überprüfung bilden.

Eine klare gesetzliche Grundlage für die triviale Tatsache, dass die Identität von Patienten im Rahmen von ärztlichen Behandlungen, die auf Kosten der sozialen Krankenversicherung erbracht werden sollen, festzustellen ist, würde den in den Erläuterungen genannten Zielen besser entsprechen.

**Zu Art. 1 Z 14 - § 342 Abs. 1 Z 10 ASVG – Festlegung einer Altersgrenze**

Siehe dazu die Anmerkungen in der Einleitung.

Die Festlegung einer Altersgrenze für die Beendigung der Einzelverträge von VertragsärztInnen ist grundsätzlich zu begrüßen.

## **Zu Art. 1 Z 16 - § 342 Abs. 2a ASVG – Kriterien für Honorarverhandlungen**

Siehe dazu die Anmerkungen in der Einleitung.

Die Einführung von gesetzlich normierten Kriterien für die Honorarverhandlungen entspricht dem Verhandlungsergebnis zwischen Österreichischer Ärztekammer und dem Hauptverband. Im Rahmen der Verhandlungen zum Sanierungspapier wurden gerade diese Kriterien als eine der wesentlichen Möglichkeiten gesehen, Kostendämpfungen zu erzielen.

**Zu Art. 1 Z 22 - § 349 Abs. 2b und Abs. 3 ASVG – Gesamtverträge**

In den Erläuternden Bemerkungen zu § 349 Abs. 2b (wenn dieser nicht aufgehoben werden sollte, siehe sogleich) und 3 ASVG sollte klargestellt werden, dass eine „entsprechende Anwendung“ von § 342 Abs. 2a ASVG nicht bedeutet, dass unterschiedliche Vertragspartnergruppen automatisch eine gleiche Honorarentwicklung erfahren sollen. Im Gegenteil erfordert die entsprechende Anwendung der Kriterien des § 342 Abs. 2a insbesondere auch eine Berücksichtigung der pro Vertragspartnergruppe unterschiedlichen Ausgangssituation und erwarteten Entwicklung wie z. B. Mengensteigerung und Ausgabenentwicklung in diesem Bereich.

**Zu Art. 1 Z 22 - § 349 Abs. 2b ASVG – Gesamtverträge**

§ 349 Abs. 2b ASVG soll ersatzlos entfallen.

Durch Wegfall des § 349 Abs. 2b ASVG würde § 349 **Abs. 3** ASVG wieder für Großgeräte-Ambulatorien in Kraft treten, wonach die Beziehungen zu solchen (ebenso wie zu allen übrigen Leistungserbringern) durch Gesamtverträge abgeschlossen werden **können** (aber nicht zwingend müssen); dadurch können auch Einzelverträge zu Ambulatorien ohne Gesamtvertrag geschlossen werden, was wesentlich mehr Gestaltungsspielraum ermöglichen würde.

Gerade die derzeit laufenden Verhandlungen im Zusammenhang mit der Umsetzung des Sanierungskonzeptes lassen auf Grund der derzeitigen Rechtslage kein ausreichendes Ergebnis erwarten.

Werden die Beziehungen hingegen durch Einzelverträge geregelt, könnten wesentlich besser individuell abgestimmte Verhandlungen mit den Vertragseinrichtungen geführt werden.

## Zu Art. 1 Z 25 - § 446 ASVG – zinsbringende Veranlagung

(siehe auch § 218 GSVG, § 206 BSVG und § 152 B-KUVG)

Die Änderung zu **Abs. 1 erster Satz** ist überschießend. Es dürfte ein Versehen vorliegen.

Der vorgeschlagene Text ist höchst unzweckmäßig – er würde sogar die Veranlagung auf Sparbüchern oder die Führung von Girokonten verhindern, geschweige denn andere (heute noch gesetzlich zulässige) Veranlagungsformen, weil nicht einmal bei Sparbüchern oder Girokonten (über den Grenzen der Einlagensicherung) „der Erhalt der veranlagten Mittel sichergestellt sein“ kann. Das ist in der Praxis nicht realisierbar. Wie die jüngste Vergangenheit zeigt, kann eine Kapitalgarantie am Geldmarkt nicht gewährleistet werden. Selbst bei in der Bankenbranche bekannten äußerst konservativen Veranlagungsformen wie Sparbuch oder Staatsanleihen ist eine Sicherstellung im Sinne des Gesetzestextes nicht möglich.

In den ergänzenden Erläuterungen wird ausgeführt, dass eine Kapitalgarantie in diesem Zusammenhang jedoch nicht verlangt wird. Das ist durch den vorgeschlagenen Gesetzestext nicht verwirklicht.

Jede zinsenbringende Veranlagung birgt – von wenigen Ausnahmen wie einem täglich fälligen Sparbuch bei Anlagegarantie abgesehen – per se ein Veranlagungs- bzw. Spekulationsrisiko in sich, wobei in diesem Zusammenhang auch offen ist, was unter dem Begriff der „Spekulation“, auch wenn dieser nicht wörtlich im Gesetz angeführt wird, zu verstehen ist.

Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass, wenn § 446 Abs. 1 ASVG in der vorgeschlagenen Fassung bestehen bleibt, es zwar bei Veranlagungen zu einer maximalen Sicherheitsorientierung kommen wird, jedoch **die Folge** davon **ein nur minimaler Ertrag** sein kann. Ist das tatsächlich gewollt (die Ausfälle träfen im Wesentlichen über den Bundesbeitrag direkt den Bund)?

Der Zusatz „*nicht jedoch in Immobilienaktiefonds*“ (**Abs. 1 Z 5**) ist entbehrlich, da generell nicht in Aktien investiert werden darf, die Formulierung könnte sogar zu - unerwünschten! - Umkehrschlüssen führen (dahin, dass andere Aktien nun vielleicht doch zulässig seien, weil eine lex posterior das zuließe).



Dienlich wäre folgende, allgemeine Präzisierung: „*Veranlagungen in Aktien bzw. Aktienfonds sind nicht zulässig.*“

Der Vorschlag nach **Abs. 4** über die Veranlagung ist offenbar dem Pensionskassenrecht (§ 25 PKG usw.) übernommen, aber ohne dass dessen Rahmenbedingungen und die umfangreichen Details dieses (den Banken näher stehenden) Rechtsbereiches berücksichtigt wurden.

Nachdem das **Umlageverfahren der Sozialversicherung** (anders als die **Kapitaldeckung** der Pensionskassen!) dazu führt, dass nur *vergleichsweise* geringe Beträge (und keine Kapitalstöcke) für relativ kurze Zeiten (im Vergleich zu Kapitaldeckungsverfahren) anzulegen wären, würde nach solchen Rahmenbedingungen davon auszugehen sein, dass mögliche Veranlagungserträge nicht mehr lukriert werden könnten (Taggeldveranlagung verlangt rasche Entscheidungen) oder dass Erträge weitgehend durch den Zusatzaufwand wieder aufgezehrt würden.

Der Hauptverband unterstützt alle Bestrebungen, die Geldgebarung der Sozialversicherung abzusichern. Es sollten aber – abgesehen davon, dass die laufenden Untersuchungen der Veranlagungen dem Vernehmen nach ohnedies nur sehr wenige Schwierigkeiten mit der geltenden Rechtslage aufgezeigt haben – nur einzelfallbezogene Veränderungen vorgenommen, nicht jedoch das bisherige Gesamtsystem der Veranlagung in Frage gestellt bzw. verhindert werden.

Anders als etwa bei der Veranlagung von Pensionskassengeldern werden aber in den gesetzlichen Sozialversicherungen keine „Assetüberlegungen“ (Allocation in Anleihen, Aktien, alternative Instrumente) schlagend. Für die überaus engen Veranlagungsmöglichkeiten im Bereich der Sozialversicherung (keine Aktien und keine Fremdwährungen) sind die bisherigen gesetzlichen Bestimmungen ausreichend.

Des Weiteren würden durch Abs. 4 in der Praxis große Interpretationsspielräume entstehen; hier müssten noch etliche Klarstellungen geschaffen werden:

Es fehlt z. B. jegliche Definition, welche Personen fachlich für die Veranlagung geeignet sind und was unter dem Nachweis einer „entsprechenden Berufserfahrung“ zu verstehen ist. Handelt es sich dabei z. B. um einen Börsenhändler oder aber einen Wirtschaftstreuhänder? Sollen die Sozialversicherungsträger in Zukunft tatsächlich –

wie Pensionskassen – auch Aktuare beschäftigen und eine Art Treasury-Abteilungen führen müssen?

**Zu Art. 1 Z 31 - § 448 Abs. 3 ASVG – Redaktionsversehen**

Die Umstellung der Aufsichtsbehörden ist unseren Informationen zufolge Teil der einschlägigen Regierungsbeschlüsse. Dagegen wird daher kein Einwand erhoben, allerdings darf ersucht werden, die bisherige Verwaltungspraxis, die eine zeit- und ortsnahe aufsichtsbehördliche Tätigkeit auch bei den GKKs im Westen Österreichs ermöglichte, durch geeignete Organisationsmaßnahmen beizubehalten.

Eine Vervielfachung des Zeit- und Reiseaufwandes für die MitarbeiterInnen der Aufsichtsbehörden sollte nicht Ergebnis der Novelle werden.

Im Entwurf ist weiters vorgesehen, dass in § 448 Abs. 3 ASVG im vorletzten Satz der Ausdruck „*finanziellen*“ entfällt.

Demgegenüber ist der Ausdruck in der Textgegenüberstellung noch vorgesehen.

## **Ergänzungsvorschlag zu § 625 Abs. 9 ASVG – Verwaltungskostendeckel / Fusionskosten**

Der Hauptverband ersucht neuerlich um eine Ergänzung des § 625 Abs. 9 ASVG letzter Satz. § 625 Abs. 9 letzter Satz lautete in der Fassung des Ministerialentwurfes zur 70. ASVG-Novelle wie folgt:

*„Der Basiswert wird errechnet aus dem Nettoverwaltungs- und Verrechnungsaufwand der amtlichen Erfolgsrechnung der Versicherungsträger; der Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand ist sodann um die Einhebungsvergütung nach § 82 dieses Bundesgesetzes und nach § 250 Abs. 2 GSVG zu erhöhen und um die Aufwandsarten „Pensionen“, „Abfertigungen und Sterbegelder“, jeweils zu 50%, sowie „Miete- und Leasingaufwendungen“, „Abschreibungen von Hardware und Aktivierungspflichtiger Software von Standardprodukten und des Zielrechenzentrums“, um die Pauschalbeiträge für Lehrlinge nach Abs. 11 sowie um träger- bzw. versicherungsspezifische Abzugsposten nach Abs. 12 zu vermindern.“*

Sinn dieser Ergänzung ist, dass die Konzentration der Rechenzentren der Sozialversicherung nachzuvollziehen und ihr auch im Verwaltungskostenbereich keine Hindernisse in den Weg zu legen.

# **Stellungnahme des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger**

## **zu Artikel 4**

### **Änderung des B-KUVG**

## **Zu Art. 4 Z 1 - § 53a Abs. 1 B-KUVG – Redaktionsversehen**

Der neue Verweis müsste richtig „§ 53 Abs. 1 Z 1“ lauten.

### **Zu Art. 4 Z 3 - § 68 Abs. 2 B-KUVG – Redaktionsversehen**

Der im Entwurf enthaltene Verweis auf „Abs. 1“ ist nicht richtig, da in diesem Absatz die Beziehungen der BVA zu den landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten normiert werden.

Die geplante Bestimmung betrifft aber die Beziehungen der BVA zu „anderen“ Krankenanstalten, die in § 68 Abs. 2 und 3 B-KUVG geregelt werden.