



BUNDESMINISTERIUM
FÜR GESUNDHEIT

Alois Stöger
Bundesminister

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

XXIV. GP.-NR
14126 AB
10. Juni 2013

zu 14490 J

GZ: BMG-11001/01111-I/A/15/2013

Wien, am 9. Juni 2013

Sehr geehrte Frau Präsidentin!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische **Anfrage Nr. 14490/J des Abgeordneten Ing. Lugar und weiterer Abgeordneter** nach den mir vorliegenden Informationen wie folgt:

Frage 1:

Die Wiederherstellung und langfristige Absicherung der finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung war eines der Hauptanliegen meines Ressorts in der laufenden Gesetzgebungsperiode. Ein wesentlicher Beitrag zur Verbesserung der Gebarungsergebnisse und der Finanzlage der KV-Träger in den letzten Jahren wurde mit dem Budgetbegleitgesetz 2009, BGBl. I Nr. 52/2009, gesetzt, das eine Reihe von Maßnahmen zur Erreichung dieser Zielsetzung enthält. Dazu zählt z.B. die Einrichtung eines „Kassenstrukturfonds“ (Artikel 50 des Budgetbegleitgesetzes) mit der Aufgabe der finanziellen Unterstützung von Maßnahmen der zielorientierten Steuerung (Ausgabendämpfung, integrierte Versorgung, Qualitätssicherung, Nahtstellenmanagement) durch die Gebietskrankenkassen. Dieser Fonds wurde für das Jahr 2010 mit 100 Mio. Euro und für die Jahre 2011 bis 2015 mit jeweils 40 Mio. Euro dotiert. Korrespondierend dazu wurde den Gebietskrankenkassen ein Kostendämpfungspfad mit Finanzzielen in sechs Teilbereichen (im niedergelassenen Bereich bei der vertragsärztlichen Hilfe und den Instituten, im Heilmittelbereich, bei den Heilbehelfen und Hilfsmitteln, bei der Physiotherapie und bei den Transportkosten) vorgegeben, deren Erreichung die Vorbedingung für die Auszahlung der Kassenstrukturfondsmittel an die Gebietskrankenkassen darstellte. Die Kassen konnten diese Ziele nicht nur erreichen, sondern haben im Zeitraum 2010 bis 2013 sogar ein deutlich höheres Kostendämpfungspotential realisiert.

Im Budgetbegleitgesetz 2009 wurde (im Artikel 51) zusätzlich ein Verzicht auf Bundesforderungen in Höhe von insgesamt 450 Mio. Euro in den Jahren 2010 bis 2012 und eine Einmalzahlung in der Höhe von 45 Mio. Euro im Jahr 2009 (Artikel 48 – ASVG-Änderung) für die Gebietskrankenkassen mit negativem Reinvermögen vorgesehen. Schließlich ist die – ab dem Jahr 2009 durch die Senkung des Umsatzsteuersatzes für Arzneimittel von 20 % auf 10 % entstandene – Überdeckung der pauschalen Beihilfe nach dem Gesundheits- und Sozialbeihilfegesetz (GSBG), die im Jahr 2009 rund 96.107,40 Mio. Euro betrug, ab diesem Jahr ebenfalls auf die Versicherungsträger mit negativem Reinvermögen aufgeteilt worden.

Frage 2:

Die Gebarungsergebnisse der Krankenversicherungsträger stellen sich in den Jahren 2010 bis 2012 (vorläufige Gebarungsergebnisse 2012 per 15.5.2013) wie folgt dar:

Beträge in Euro	2010	2011	2012
Alle Krankenversicherungsträger	+ 362.437.132	+ 292.190.712	+ 181.919.912
Gebietskrankenkassen	+ 268.273.220	+ 165.715.154	+ 132.133.823
GKK Wien	+ 65.607.322	+ 9.164.389	+ 53.423.422
GKK Niederösterreich	+ 27.529.106	+ 24.861.276	0
GKK Burgenland	+ 7.185.972	+ 1.781.237	0
GKK Oberösterreich	+ 37.234.956	+ 41.506.523	+ 10.771.041
GKK Steiermark	+ 54.873.056	+ 48.635.115	+ 39.888.734
GKK Kärnten	+ 28.334.467	+ 30.129.888	+ 12.197.326
GKK Salzburg	+ 15.569.325	+ 9.636.726	+ 15.853.300
GKK Tirol	+ 26.440.182	0	0
GKK Vorarlberg	+ 5.498.834	0	0
Betriebskrankenkassen	+ 3.292.851	+ 4.379.390	+ 1.790.135
VA f. Eisenbahnen u. Bergbau	+ 6.433.069	+ 9.607.051	+ 4.176.755
VA öffentlich Bediensteter	+ 63.091.656	+ 81.969.192	+ 19.385.899
SVA der gewerbl. Wirtschaft	- 16.040.504	+ 4.618.791	- 8.896.700
SVA der Bauern	+ 37.386.840	+ 25.901.134	+ 33.330.000

Die aktuellsten Prognosezahlen der vorläufigen Erfolgsrechnungen 2013 und der Gebarungsvorschaurechnungen für die Jahre 2014 und 2015 (jeweils per 15.5.2013) lassen für die Jahre 2013 bis 2015 die folgende Ergebnisentwicklung erwarten:

Beträge in Euro	2013	2014	2015
KV insgesamt	+ 58.635.726	- 176.906.399	- 248.507.318
Gebietskrankenkassen	+66.203.744	- 117.975.569	- 192.600.966
GKK Wien	+63.564.205	- 26.391.552	- 56.516.959
GKK Niederösterreich	0	- 19.186.416	- 35.241.639
GKK Burgenland	0	0	0
GKK Oberösterreich	+4.250.665	- 25.055.401	- 46.622.568
GKK Steiermark	0	- 18.350.700	- 12.361.000

GKK Kärnten	- 11.686.100	-14.779.400	- 9.823.900
GKK Salzburg	+10.216.274	+7.172.700	+ 4.158.800
GKK Tirol	- 141.300	- 18.036.800	- 31.120.700
GKK Vorarlberg	0	- 3.348.000	- 5.073.000
Betriebskrankenkassen	- 91.121	- 1.645.727	- 2.851.862
VA f. Eisenbahnen und Bergbau	- 1.361.897	- 6.321.103	- 7.461.490
VA öffentlich Bediensteter	- 7.473.000	- 20.694.000	- 42.071.000
SVA der gewerbl. Wirtschaft	- 21.851.000	- 39.523.000	- 24.651.000
SVA der Bauern	+23.209.000	+9.253.000	+ 21.129.000

Ich möchte allerdings betonen, dass es sich bei diesen Prognosen um Schätzungen der einzelnen Versicherungsträger handelt, die nach dem Prinzip der kaufmännischen Vorsicht (dieses Prinzip besagt, dass Aufwendungen in voller Höhe und Erträge eher vorsichtig geschätzt in Ansatz zu bringen sind) vorgenommen werden und von mir nicht beeinflussbar sind. Besonders die Prognosen für die Jahre 2014 und 2015 sind aufgrund der Unsicherheit im Bereich der Wirtschaftsprognosen mit Vorsicht zu genießen. Weiters sind die geplanten kostendämpfenden Maßnahmen für diese Jahre noch nicht berücksichtigt.

Frage 3:

Zum Stichtag 31.12.2012 weist lediglich die GKK Wien Schulden in der Höhe von rd. 182,3 Mio. Euro auf (auf Basis des vorläufigen Jahresüberschusses des Jahres 2012 per 15.5.2013). Alle anderen KV-Träger waren per 31.12.2012 schuldenfrei.

Frage 4:

Die Beantwortung dieser Frage hängt – sofern ein „Überschuss“ nicht der allgemeinen Rücklage zuzuführen ist – von der Art der beabsichtigten Mittelverwendung im Einzelfall ab (etwa ob die Mittel veranlagt werden sollen, ob neue Leistungen in das Spektrum der Kassenvertragsleistungen aufgenommen werden sollen, ob satzungsmäßige (Mehr-)Leistungen erbracht werden sollen, ob der Unterstützungsfonds dotiert wird und aus diesem freiwillige Leistungen gewährt werden, ob sonstige freiwillige Leistungen – wie etwa Kuraufenthalte – erbracht werden oder ob die Mittel zur Finanzierung von Projekten zur Gesundheitsförderung und Prävention, zur Verhütung von Unfällen, zur Sicherstellung der Leistungen ärztlicher Hilfe oder Betreuung von Kranken oder auch zur Förderung der Niederlassung von Vertragsärzt/inn/en in medizinisch schlecht versorgten Gebieten und der Aufrechterhaltung der Praxis in solchen Gebieten im Sinne des § 116 Abs. 3 ASVG verwendet werden sollen) und ist daher nur überblicksartig möglich.

Grundsätzlich ist zu sagen, dass die Geschäftsführung eines Versicherungsträgers gemäß § 434 Abs. 1 ASVG dem Vorstand obliegt, soweit diese nicht durch das Gesetz der Generalversammlung oder einem Landesstellenausschuss zugewiesen ist (siehe hierzu auch die §§ 433 und 435 ASVG). Der Vorstand kann unbeschadet seiner eigenen Verantwortlichkeit Ausschüsse aus Mitgliedern der Generalversammlung einsetzen

und diesen sowie einem Landesstellenausschuss einzelne seiner Obliegenheiten übertragen; darüber hinaus kann er einzelne seiner Obliegenheiten der Obfrau/dem Obmann bzw. der/dem Vorsitzenden eines Landesstellenausschusses und die Besorgung bestimmter laufender Angelegenheiten dem Büro des Versicherungsträgers übertragen. Die diesbezüglichen Delegationsbeschlüsse finden sich in den Anhängen zu den Geschäftsordnungen der Vorstände der Versicherungsträger, welche auf der Homepage www.sozdok.at nachzulesen sind.

Die Aufnahme neuer vertraglicher Leistungen in den sozialversicherungsrechtlichen Leistungskatalog ist das Ergebnis von Vertragsverhandlungen mit den Interessenvertretungen der Leistungserbringer, insbesondere den Ärztekammern. Formal erfolgt der Abschluss von Gesamtverträgen für die ärztlichen Leistungen durch den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger im Namen und mit Zustimmung des jeweiligen Krankenversicherungsträgers mit der örtlich zuständigen Ärztekammer. Teil eines solchen Gesamtvertrages ist die Honorarordnung, welche die Leistungen und die dafür vom Krankenversicherungsträger bezahlten Tarife enthält. Der Gesamtvertrag ist Teil des mit einem/einer einzelnen Vertragsarzt/-ärztin oder einer Vertragsgruppenpraxis abgeschlossenen Einzelvertrages.

Die entsprechenden Beschlüsse werden im Krankenversicherungsträger vom Vorstand (diese bedürfen gemäß § 437 Abs. 1 Z 6 ASVG der Zustimmung der Kontrollversammlung, wenn die abzuschließenden Verträge eine wesentliche dauernde Belastung des Versicherungsträgers herbeiführen) und beim Hauptverband vom Vorstandsvorstand gefasst.

Beschlüsse über satzungsmäßige (Mehr-)Leistungen eines KV-Trägers fasst dessen Generalversammlung (§ 433 Abs. 1 Z 3 ASVG).

Frage 5:

Die Mittel der Sozialversicherung dürfen gemäß § 81 ASVG nur für die gesetzlich vorgeschriebenen oder zulässigen Zwecke verwendet werden.

Mehrfach nennt das Gesetz als Kriterium für die grundsätzliche Entscheidung über eine Leistungserbringung die „finanzielle Leistungsfähigkeit“ (vgl. §§ 116 Abs. 5, 121 Abs. 3, 123 Abs. 8, 131a, 131b Abs. 1, 132c Abs. 3, 150a und 155 Abs. 1 ASVG) und das „wirtschaftliche Bedürfnis der Versicherten“ (vgl. §§ 131a, 131b Abs. 1 und 121 Abs. 3 ASVG). Die hier angegebenen Bestimmungen des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes finden in den sozialversicherungsrechtlichen Parallelgesetzen ihre Entsprechung.

Nach den sozialversicherungsrechtlichen Vorschriften muss die Krankenbehandlung ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Diese grundsätzliche Anordnung des Gesetzgebers ist als Maßstab des Handelns der Krankenversicherungsträger im Leistungsrecht zu betrachten.

Selbstverständlich müssen auch der medizinische Fortschritt und aktuelle Erkenntnisse, etwa bezüglich des effektiven Einsatzes von vermehrten Gesundheitsförderungs- oder Präventionsmaßnahmen, in die grundsätzlichen Überlegungen zur Mittelverwendung Eingang finden.

Frage 6:

Der Gesetzgeber hat die Angelegenheiten der gesetzlichen Sozialversicherung den hiervon betroffenen Personenkreisen der Versicherten und ihrer Dienstgeber/innen (diese beiden Gruppen bilden auch die gemeinsame Gruppe der Beitragszahler/innen) zur Besorgung in Selbstverwaltung übertragen. Die hinter dieser Konzeption stehende Erwartung ist die eines Interessenausgleichs zwischen diesen Gruppen und somit auch der Schaffung einer entsprechenden Basis zur Kompromissfindung.

Darüber hinaus hat auch der Gesetzgeber durch verschiedene Regelungen, siehe etwa die Ausführungen zu Frage 1, aber auch durch eine Vielzahl anderer dem Leistungsrecht zuzurechnender Maßnahmen entsprechende wegweisende Vorgaben gesetzt. Nicht zuletzt durch das Gesundheitsreformgesetz 2013 wird durch die angestrebte Vernetzung zwischen Bund, Länder und Sozialversicherung eine breite Basis für eine abgestimmte Planung im Gesundheitsbereich gelegt.

