

Vorblatt

Problem:

1. Nach Art. 120b Abs. 2 B-VG sind nunmehr Angelegenheiten des übertragenen Wirkungsbereiches von Selbstverwaltungskörpern ausdrücklich zu bezeichnen und eine Weisungsbindung vorzusehen. Die erforderlichen Anpassungen sind bis zum Ablauf des 31. Dezember 2009 zu erlassen.
2. Negative Gebarung der Träger der Krankenversicherung sowie Erforderlichkeit der Weiterentwicklung verschiedener Bereiche in den Sozialversicherungsgesetzen.
3. Auftreten von Missbrauchsfällen bei Bezug der Ausgleichszulage.
4. Adaptierungsbedarf bei der Aufwertungszahl.

Ziel:

1. Schaffung der erforderlichen gesetzlichen Grundlagen.
2. Flexibilisierung des Vertragspartnerrechts und Aktualisierung in weiteren Bereichen des Sozialversicherungsrechts durch Vornahme notwendiger Anpassungen.
3. Eindämmung von Missbrauchsfällen bezüglich des Ausgleichszulagenbezuges.
4. Adaptierungen bezüglich der Aufwertungszahlregelung.

Inhalt /Problemlösung:

1. Ausdrückliche Bezeichnung der im übertragenen Wirkungsbereich unter Weisungsbindung zu vollziehenden Aufgaben in den jeweiligen Materiengesetzen.
2. Die im gegenständlichen Entwurf des Bundesministeriums für Gesundheit vorgesehenen Änderungen des Sozialversicherungsrechtes sollen in einem ersten Schritt erforderliche gesetzliche Grundlagen zur Umsetzung des vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger im Auftrag der Bundesregierung erarbeiteten und mit den Gebietskrankenkassen sowie den Systempartnern abgestimmten ausgabenseitigen Sanierungskonzepts „Gesundheit: Finanzierung sichern – Langfristige Potenziale zur Steuerung der Ausgaben und zur nachhaltigen Kostendämpfung“ im Vertragspartnerbereich schaffen.
Im Entwurf sind auch Maßnahmen aus dem Ministerratsbeschluss vom 10. Februar 2009 (6/32: Möglichkeiten zur nachhaltigen Absicherung der Gebietskrankenkassen – Gesundheitsversorgung für alle garantieren) im Zusammenhang mit der Verwendung der e-card sowie der Stärkung der Aufsichtsrechte des Bundes enthalten.
3. Statuierung von Maßnahmen zur Eindämmung von Missbrauchsfällen bezüglich des Ausgleichszulagenbezuges.
4. Festlegung, dass die Aufwertungszahl den Wert 1 nicht unterschreiten darf.

Alternativen:

Keine.

Auswirkungen des Regelungsvorhabens:

– Finanzielle Auswirkungen:

Auf die finanziellen Erläuterungen wird hingewiesen.

– Wirtschaftspolitische Auswirkungen:

– – Auswirkungen auf die Beschäftigung und den Wirtschaftsstandort Österreich:

Die Absicherung der Finanzierung der sozialen Krankenversicherung führt zu positiven Effekten für die Beschäftigungslage im Gesundheitssektor und den Wirtschaftsstandort Österreich; es werden rund 10 % des Bruttoinlandproduktes im Bereich der Gesundheitsversorgung erwirtschaftet (Anteil am BIP im Jahr 2007: 10,1 %).

– – Auswirkungen auf die Verwaltungskosten für Bürger/innen und für Unternehmen:

Künftig hat die Meldung der für den Ausgleichszulagenanspruch wesentlichen Angaben jährlich (statt bisher dreijährlich) zu erfolgen.

– Auswirkungen in umweltpolitischer Hinsicht, insbesondere Klimaverträglichkeit:

Das Regelungsvorhaben ist nicht klimarelevant.

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

Die gesicherte Verwendung der e-card in Krankenanstalten dient der Sicherheit der Patientinnen und Patienten und somit konsumentenschutznahen Interessen.

– **Geschlechtsspezifische Auswirkungen:**

Das Vorsehen einer Altersgrenze (max. 70. Lebensjahr) gilt für Frauen und Männer gleichermaßen.

Verhältnis zu Rechtsvorschriften der Europäischen Union:

Die vorgesehenen Regelungen fallen nicht in den Anwendungsbereich des Rechts der Europäischen Union.

Besonderheiten des Normerzeugungsverfahrens:

Keine.

Erläuterungen:

I. Allgemeiner Teil

1. Der vorliegende Entwurf dient der Verankerung der ab 1. Jänner 2010 erforderlichen ausdrücklichen gesetzlichen Grundlagen für die Vollziehung bestimmter Verwaltungsaufgaben im Zuständigkeitsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz durch Selbstverwaltungskörper im übertragenen Wirkungsbereich.
2. Mit dem Ministerratsbeschluss von Sillian (6/32: Möglichkeiten zur nachhaltigen Absicherung der Gebietskrankenkassen – Gesundheitsversorgung für alle garantieren) vom 10. Februar 2009 hat die Bundesregierung ein umfassendes Bekenntnis für eine nachhaltige Konsolidierung der Gebietskrankenkassen abgegeben. Dieser Konsolidierungskurs beruht sowohl auf einnahmen- und ausgabenseitigen Maßnahmen, um eine ausgeglichene Gebarung der sozialen Krankenversicherung zu erreichen, als auch auf einer schrittweisen Entschuldung der Gebietskrankenkassen durch die Bundesregierung.

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger wurde aufgefordert, dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni 2009 „ein mit den Gebietskrankenkassen und den Systempartnern abgestimmtes ausgabenseitiges Sanierungskonzept mit dem Ziel einer mittelfristig ausgeglichenen Gebarung als Voraussetzung für eine vom Bund vorzunehmende Verbesserung der Einnahmensituation vorzulegen“. Weiters wurden die Krankenversicherungsträger aufgefordert, alle Anstrengungen zu unternehmen, um bestehende Kostendämpfungspotenziale zu realisieren.

Auf Basis des Auftrags der Bundesregierung vom 10. Februar 2009 wurde dem Bundesminister für Gesundheit vom Vorsitzenden des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger am 26. Juni 2009 das Sanierungskonzept „Gesundheit: Finanzierung sichern – Langfristige Potenziale zur Steuerung der Ausgaben und zur nachhaltigen Kostendämpfung“ überreicht, welches vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger gemeinsam mit den in ihm zusammengefassten Krankenversicherungsträgern unter folgenden Prämissen erarbeitet wurde:

- Sicherstellung des Leistungsniveaus für alle
- Entwicklung einer zielgerichteten Versorgung bei gleichzeitiger Vermeidung von Fehlversorgung
- Verpflichtung zum Ökonomiegebot in allen Bereichen
- Transparenz

In der Ministerratsitzung vom 15. September 2009 hat die Bundesregierung das vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger vorgelegte Sanierungskonzept „Gesundheit: Finanzierung sichern – Langfristige Potenziale zur Steuerung der Ausgaben und zur nachhaltigen Kostendämpfung“ eingehend behandelt.

Die im gegenständlichen Entwurf des Bundesministeriums für Gesundheit enthaltenen vorgeschlagenen Änderungen des Sozialversicherungsrechtes sollen die erforderlichen gesetzlichen Grundlagen zur Umsetzung dieses Sanierungskonzepts durch umfassende Novellierungen im Vertragspartnerrecht bereitstellen. Weiters trägt der Entwurf den im Ministerratsbeschluss vom 10. Februar 2009 enthaltenen Vorschlägen im Zusammenhang mit der Verwendung der e-card sowie der Stärkung der Aufsichtsrechte des Bundes Rechnung.

Im Einzelnen sind folgende Maßnahmen hervorzuheben:**1. Im Zuständigkeitsbereich des Bundesministers für Gesundheit (Teil 1 der Art. 1 bis 3 und zu Art. 4):**

- Benennung des den Sozialversicherungsträgern und dem Hauptverband im Rahmen der Sozialversicherungsgesetze übertragenen Wirkungsbereichs nach den Vorgaben des Art. 120b Abs. 2 B-VG;
- Neuregelung im Bereich der Nachbesetzung von vertragsärztlichen Stellen (dynamische Stellenplanung);
- Investitionsablöse unter Anrechnung auf das Honorarvolumen im Falle der Nicht-Nachbesetzung einer Planstelle;
- Verpflichtung zur Verwendung der e-card und ihrer Infrastruktur in Krankenanstalten;
- gesetzliche Verpflichtung zur Überprüfung der Identität des/der Patienten/Patientin und der rechtmäßigen Verwendung der e-card im Zweifelsfall;
- Verankerung eines Ökonomiegebots im Folgekostenbereich als Teil der Gesamtverträge;
- Aufnahme einer Altersgrenze für Vertragspartner/innen, insbesondere im ärztlichen und zahnärztlichen Bereich, in die Gesamtverträge samt entsprechenden Übergangsregelungen;
- Kriterienkatalog für die Gesamtvertragspartner bei der Vereinbarung von Honorarordnungen;
- Stärkung des Aufsichtsrechts des Bundes über die Sozialversicherungsträger;
- Neuregelung der Bestimmungen über die Vermögensverlangung der Sozialversicherungsträger;
- Redaktionelle Anpassungen.

2. Im Zuständigkeitsbereich des Bundesministers für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (Teil 2 der Art. 1 bis 3 und zu den Art. 5 bis 12):

- Ausdrückliche Bezeichnung jener Aufgaben im Zuständigkeitsbereich des Sozial- und Arbeitsressorts, die im übertragenen Wirkungsbereich nach den Weisungen des Bundesministers für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz zu vollziehen sind;
- Maßnahmen zur Eindämmung von Missbrauchsfällen bezüglich des Ausgleichszulagenbezuges;
- Statuierung, dass die Aufwertungszahl den Wert 1 nicht unterschreiten darf.

Kompetenzgrundlage:

In kompetenzrechtlicher Hinsicht stützt sich das im Entwurf vorliegende Bundesgesetz auf Art. 10 Abs. 1 Z 11 B-VG („Arbeitsrecht“, „Sozialversicherungswesen“, „Kammern für Arbeiter und Angestellte“).

II. Besonderer Teil**Art. 1 Teil 1 Z 1 und 2, 6, 18 und 20 und Teil 2 Z 1 bis 4 (§§ 31 Abs. 4 Z 2, 3 lit. a und 4, Abs. 5 Z 10, 13 und 23, 340a, 348g sowie 349a ASVG):**

Mit der B-VG-Novelle BGBl. I Nr. 2/2008 wird im Art. 120b Abs. 2 klargestellt, dass Selbstverwaltungskörpern Aufgaben der staatlichen Verwaltung übertragen werden können. In einem solchen Fall müssen die übertragenen Aufgaben in den jeweiligen Gesetzen ausdrücklich als solche des übertragenen Wirkungsbereiches bezeichnet werden. Weiters muss ein Weisungsrecht gegenüber dem obersten zuständigen Verwaltungsorgan im Hinblick auf diese Aufgaben vorgesehen werden. Die erforderlichen Anpassungen sind bis zum Ablauf des 31. Dezember 2009 zu erlassen.

Diesen verfassungsrechtlichen Vorgaben soll im Zuständigkeitsbereich des Bundesministers für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz mit den vorgeschlagenen Regelungen (betreffend die Besorgung der Statistik, die Führung der Bundespflegegeld-Datenbank und die Erlassung der Richtlinien für die einheitliche Anwendung des Bundespflegegeldgesetzes sowie der SOZDOK durch den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger) entsprochen werden.

Im Zuständigkeitsbereich des Bundesministers für Gesundheit bezüglich ASVG soll den verfassungsrechtlichen Vorgaben durch die vorgeschlagenen Regelungen hinsichtlich der Aufstellung der Richtlinien über die Berücksichtigung ökonomischer Grundsätze bei der Krankenbehandlung und der Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen durch den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungspartner zur Elektronischen Abrechnung entsprochen werden (§§ 31 Abs. 5 Z 10 und 13, 340a, 348g sowie 349a ASVG).

Wenn durch eine Verordnung unmittelbar Rechte und Pflichten von Nichtmitgliedern begründet werden sollen, dürfen die Selbstverwaltungskörper nicht im eigenen, sondern nur im übertragenen Wirkungsbereich - d.h. in Bindung an Weisungen des zuständigen obersten Organs - zur Verordnungserlassung berufen werden.

Der Verfassungsgerichtshof hat sich in der Vergangenheit bereits mehrfach mit der Thematik auseinandergesetzt und insbesondere einschlägige Aussagen zu den Richtlinien zur ökonomischen Krankenbehandlung und der elektronischen Abrechnung getroffen (Erk. des VfGH hinsichtlich der Festlegung der Grundsätze für die elektronische Abrechnung durch den Hauptverband vom 19. Juni 2006, G 145/05, V 106, 107/05). Auch im sog. „Hauptverbandserkenntnis“ (Erk. vom 10. Oktober 2003 G 222/02 ua) finden sich entsprechende Ausführungen.

Im Sinne einer Vereinheitlichung der Rechtslage soll auch bei der Verordnungsermächtigung im § 31 ASVG die Verbindlichkeit der Richtlinien über die ökonomische Verschreibeweise von Heilmitteln und Heilbehelfen für die Vertragspartner (wie dies bei der Richtlinie über die ökonomische Krankenbehandlung schon derzeit gilt) vorgesehen werden. In diesem Zusammenhang wird darauf hingewiesen, dass bereits nach § 342 Abs. 1 Z 6 ASVG idGF die Zusammenarbeit der (zahn)ärztlichen Vertragspartner unter Zugrundelegung der genannten Richtlinien zu erfolgen hat.

Zu Art. 1 Teil 2 Z 5 und 7 bis 9 sowie zu den Art. 2 Teil 2 und 3 Teil 2 (§§ 104 Abs. 6, 292 Abs. 14, 298 Abs. 2 und 459f ASVG; §§ 72 Abs. 5, 149 Abs. 13 und 155 Abs. 2 GSVG; §§ 68 Abs. 6, 140 Abs. 13 und 146 Abs. 2 BSVG):

Zur Eindämmung von Missbrauchsfällen bezüglich des Ausgleichszulagenbezuges sollen folgende Maßnahmen getroffen werden:

Bei Bestehen begründeter Zweifel am gewöhnlichen Aufenthalt im Inland sollen einerseits die pensionsberechtigten Personen diesen Aufenthalt selbst zu beweisen haben und andererseits die Versicherungsträger ermächtigt werden, auf Barauszahlung umzustellen. Außerdem ist in Hinkunft in diesen Fällen mindestens einmal jährlich (statt mindestens dreijährlich) die Meldung der für den Anspruch auf Ausgleichszulage wesentlichen Angaben einzuholen.

Begründete Zweifel am gewöhnlichen Aufenthalt im Inland werden etwa dann vorliegen, wenn die pensionsberechtigte Person längere Zeit keine Leistungen der österreichischen Krankenversicherung in Anspruch genommen und Kostenerstattung auf Grund ausländischer ärztlicher Honorare beantragt hat, keine Rechnungen österreichischer Energieversorgungsunternehmen vorlegen kann oder telefonische Anfragen vor allem aus dem Ausland getätigt werden.

Bezüglich der Prüfung, ob ein gewöhnlicher Aufenthalt im Inland vorliegt, ist außerdem zu beachten, dass eine Person immer nur einen (einigen) gewöhnlichen Aufenthaltsort haben kann und somit ein Mittelpunkt des Lebensinteresses im Ausland einen gewöhnlichen Aufenthalt im Inland ausschließt; dabei ist eine Gesamtbewertung aller einschlägigen Merkmale durchzuführen, zu denen insbesondere die Dauer und Kontinuität des Aufenthaltes, die familiären Verhältnisse und Bindungen der betreffenden Person, die Wohnsituation, insbesondere deren dauerhafter Charakter, und allenfalls auch der steuerliche Wohnsitz zählen.

Zu betonen ist, dass es sich bei der Umstellung auf bare Anweisung nach § 104 Abs. 6 ASVG (und Parallelrecht) im Zusammenhang mit der verfahrensrechtlichen Bestimmung nach § 292 Abs. 14 ASVG (und Parallelrecht) um ein gelinderes Mittel im Verhältnis zur Zurückhaltung der Leistung handelt. Damit wird der Leistungsfortbezug für die Dauer des jeweiligen Ermittlungsverfahrens sichergestellt.

Die Fremdenpolizei- und die Niederlassungs- und Aufenthaltsbehörden haben vor Erteilung eines Aufenthaltstitels bzw. einer Niederlassungsbewilligung ein hinreichendes Ermittlungsverfahren zur Dokumentation des Aufenthalts- und Niederlassungsrechtes zu führen. Viele diesbezügliche Ergebnisse sind auch für die Feststellung einer allenfalls gebührenden Ausgleichszulage sowohl dem Grunde als auch der Höhe nach unabdingbar. Durch die explizite Festlegung einer Mitwirkungspflicht dieser Behörden bei der Feststellung des gewöhnlichen Aufenthaltes im Inland kann im Bereich der Sozialversicherung jedenfalls eine erhebliche Verwaltungsvereinfachung erzielt sowie Sozialmissbrauch verhindert werden.

Zu Art. 1 Teil 2 Z 6 (§ 108a Abs. 1 ASVG):

Die Aufwertungszahl eines Kalenderjahres ist durch Teilung der durchschnittlichen Beitragsgrundlage des zweitvorangegangenen Kalenderjahres durch die durchschnittliche Beitragsgrundlage des drittvorangegangenen Kalenderjahres zu errechnen. Zur Ermittlung der durchschnittlichen Beitragsgrundlagen sind die in den Erfolgsrechnungen der Pensionsversicherungsträger ausgewiesenen Beiträge für Pflichtversicherte, die Beitragssätze und die Anzahl der im Jahresdurchschnitt in der Pensionsversicherung pflichtversicherten Personen heranzuziehen.

Es besteht die theoretische Möglichkeit, dass in einem Jahr die durchschnittliche Beitragsgrundlage des zweitvorangegangenen Kalenderjahres kleiner ist als die durchschnittliche Beitragsgrundlage des drittvorangegangenen Kalenderjahres. In diesem Fall würde die Aufwertungszahl einen Wert kleiner als 1 annehmen. Das würde bedeuten, dass in diesem Jahr jene veränderlichen Werte, die mit der Aufwertungszahl fortentwickelt werden, kleiner wären als im Vorjahr.

Um dieser Situation vorzubeugen wird normiert, dass die Aufwertungszahl zumindest den Wert 1 annehmen muss. Mit dieser Änderung sind derzeit keine finanziellen Auswirkungen verbunden.

Zu Art. 1 Teil 1 Z 3 bis 5 und 9, Art. 2 Teil 1 Z 2 und 3, Art. 3 Teil 1 Z 2 und 3 sowie Art. 4 Z 2 und 3 (§§ 148 Z 6, 149 Abs. 2 und 342 Abs. 1 Z 3 ASVG, § 98 Abs. 2 GSVG, § 92 Abs. 2 BSVG sowie § 68 Abs. 2 B-KUVG):

Bereits jetzt sehen die Musterkrankenordnung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger, der Mustergesamtvertrag sowie die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 105/2008, Regelungen über den Nachweis der Anspruchsberechtigung vor. Der für die Krankenversicherungsträger mit Ausnahme der Sozialversicherungsanstalt der Bauern, der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft sowie der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter verbindliche § 5 Abs. 11 der Musterkrankenordnung 2007 normiert eine Pflicht der Leistungsempfänger/innen, auf Verlangen der behandelnden Stelle Auskünfte über ihre Identität zu erteilen und deren Richtigkeit durch die Vorlage von Urkunden zu bescheinigen. Korrespondierend dazu bestimmt § 15 Mustergesamtvertrag, dass im Zweifelsfall nach Möglichkeit die Identität des Erkrankten geprüft werden soll. Art. 25 Abs. 10 der oben zitierten Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens sieht eine verpflichtende Verwendung der e-card sowie eine Feststellung des Vorliegens eines Versicherungsanspruches durch die jeweilige Krankenanstalt vor.

Durch die vorgeschlagene Neuregelung soll einerseits der in der Sitzung des Gesundheitsausschusses vom 12. März 2009 angenommene Entschließungsantrag 187/A(E) betreffend Identitätskontrollen bei Inanspruchnahme der e-card und andererseits die in Art. 25 Abs. 10 der oben zitierten Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens normierte Verpflichtung der Krankenanstalten zur Verwendung der e-card und der e-card-Infrastruktur nach Maßgabe der technischen Verfügbarkeit auf bundesgesetzlicher Ebene umgesetzt werden.

Im Zusammenhang mit den durch den Entschließungsantrag 187/A(E) aufgeworfenen Fragestellungen soll nunmehr 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 verankert werden. Diese Verpflichtung soll nunmehr zwingender Inhalt der zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und den Ärztekammern abzuschließenden Gesamtverträge sowie der von den Versicherungsträgern mit den Rechtsträgern privater Krankenanstalten geschlossenen Verträge sein. Krankenanstalten, die über Landesgesundheitsfonds finanziert werden, sollen im Zweifelsfall ebenfalls eine erforderliche Überprüfung der Identität des/der Patienten/Patientin und die rechtmäßige Verwendung der e-card vornehmen. Bestehen somit seitens der behandelnden Stelle Bedenken (zB aufgrund eines auffälligen Nutzungsverhalten der/des Karteninhaberin/Karteninhabers), ob die vorgelegte e-card tatsächlich der als Patientin/Patient auftretenden Person gehört, soll eine Überprüfung der Identität u.a. im Wege einer Ausweiskontrolle erfolgen. Dazu soll in den Verträgen eine detaillierte Vorgehensweise verankert werden (zB auch die Möglichkeit der/des Patientin/Patienten, einen Geldbetrag als Einsatz im Falle einer nicht möglichen Identitätszuordnung zu leisten).

Zu Art. 1 Teil 1 Z 7 (§ 342 Abs. 1 Z 1 ASVG):

Für die Festsetzung der Zahl und der örtlichen Verteilung der Vertragsärztinnen und –ärzte (Vertragsgruppenpraxen) sollen neben der örtlichen Verhältnisse und Verkehrsverhältnisse sowie der Bevölkerungsdichte und –struktur künftig sämtliche ambulante Versorgungsstrukturen sowie die Veränderung der Morbidität als Kriterium (dynamische Stellenplanung) berücksichtigt werden. Die Regelung ist auch für Zahnärztinnen/Zahnärzte, Dentistinnen/Dentisten und die in § 349 Abs. 2 genannten Personen, sobald ein Gesamtvertrag zu Stande kommt, durch gesetzliche Verweise entsprechend anzuwenden.

Nach § 84a ASVG haben sich der Hauptverband und die Sozialversicherungsträger an einer regionen- und sektorenübergreifenden Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens zu beteiligen und die dabei abgestimmten Ergebnisse in ihrem Verwaltungshandeln und bei der Planung und Umsetzung der Versorgung der Versicherten mit dem Ziel eines optimierten Mitteleinsatzes durch koordiniertes Vorgehen zu beachten. Diesem Auftrag kann die Sozialversicherung nur nachkommen,

wenn eine gewisse Flexibilisierung bei den Stellenplänen, die ja Teil des Gesamtvertrages sind, möglich ist.

In Übereinstimmung dazu sieht die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens im Art. 1 Abs. 2 Z 9 auch vor, dass bei der gemeinsamen Steuerung und Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheitswesens der Grundsatz zu beachten ist, dass [...] zwischen den Gesundheitssektoren das Prinzip „Geld folgt Leistung“ gilt.

Zu Art. 1 Teil 1 Z 8 (§ 342 Abs. 1 Z 1a ASVG):

Im Zusammenhang mit der geplanten Neuregelung im Bereich der Nachbesetzung von Planstellen, sind in den Gesamtverträgen allfällige Regelungen für Investitionsabteilungen an den/die bisherigen/bisherige Stelleninhaber/in unter anteiliger Anrechnung auf das Honorarvolumen vorzusehen. Ist ein bestimmtes Honorarvolumen zwischen den Trägern der Krankenversicherung und den jeweiligen Ärztekammern vereinbart, so ist von diesem auszugehen. Die Investitionsabteilung steht für den Fall einer Vereinbarung im Gesamtvertrag zu, falls eine im Stellenplan enthaltene Planstelle gestrichen und somit nicht nachbesetzt wird, und weder vom/von der bisherigen Stelleninhaber/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; dies gilt auch für Gesellschafter/innen einer Gruppen-Praxis. Die Investitionsabteilung stellt einen Teil der Honorarsumme dar, es darf dadurch zu keinen zusätzlichen Kosten für die Träger der Krankenversicherung kommen.

Die Verteilung und Verwaltung dieser Mittel soll durch die jeweilige Landesärztekammer erfolgen. 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. Derartige Investitionen sind mit dem jeweiligen tatsächlichen Wert der Sachgüter zum Ende der (zahn)ärztlichen Tätigkeit zu berücksichtigen. Veräußerungserlöse sind weiters auf die Investitionsabteilung anzurechnen.

Wenn ein Arzt/eine Ärztin Einzelverträge mit mehreren Krankenversicherungsträgern hat, sind für die Investitionsablässe die jeweiligen Honorarvolumina der beteiligten Träger anteilmäßig nach objektiven ökonomischen Kriterien heranzuziehen.

Die Regelung ist auch für Zahnärztinnen/Zahnärzte, Dentistinnen/Dentisten und die in § 349 Abs. 2 ASVG genannten Personen, sobald ein Gesamtvertrag zu Stande kommt, durch gesetzliche Verweise entsprechend anzuwenden.

Zu Art. 1 Teil 1 Z 10 (§ 342 Abs. 1 Z 4 ASVG):

Durch die vorgeschlagene Ergänzung sollen zur Sicherstellung einer wirtschaftlichen Behandlung und Verschreibweise im Gesamtvertrag auch Steuerungsmaßnahmen bei Heilmitteln sowie hinsichtlich der ärztlich veranlassten Kosten, zB in den Bereichen Zuweisung und Überweisung zu niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten (Gruppenpraxen), Heilbehelfe, Hilfsmittel und Transporte verankert werden (Beachtung des Ökonomieprinzips im Bereich der Folgekosten). Die Bestimmung bezieht sich auch auf Überweisungen zu Personen, deren Leistungen der ärztlichen Hilfe gleichgestellt sind (ausgenommen Psychotherapeuten, bei denen es keine ärztliche Zuweisung gibt) und auf die Zuweisung zu Ambulatorien. Die Regelung ist auch für Zahnärztinnen/Zahnärzte, Dentistinnen/Dentisten und die in § 349 Abs. 2 ASVG genannten Personen, sobald ein Gesamtvertrag zu Stande kommt, durch gesetzliche Verweise entsprechend anzuwenden.

Zu Art. 1 Teil 1 Z 11, 15, 16 und 34 (§§ 342 Abs. 1 Z 10, 343 Abs. 2 Z 7 und Abs. 2 vorletzter Satz sowie 647 Abs. 4 ASVG):

Als zwingender Bestandteil der Gesamtverträge hat zukünftig die Festlegung einer Altersgrenze (längstens bis zur Vollendung des 70. Lebensjahres) für die Beendigung der Einzelverträge von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten (persönlich haftenden Gesellschafterinnen/Gesellschaftern einer Vertrags-Gruppenpraxis) sowie mögliche Ausnahmen davon bei ansonsten drohender ärztlicher Unterversorgung vorgesehen zu sein. Kommt keine Einigung über eine Altersgrenze zustande, hat das vollendete 70. Lebensjahr als Altersgrenze zu gelten.

Die gegenständliche Regelung soll dem Zweck dienen, nachrückenden Generationen an ausgebildeten Ärztinnen und -ärzten die Möglichkeit zu sichern, als Vertragsarzt/-ärztin tätig zu werden. Sie soll somit den Generationswechsel fördern und einen gerechten Ausgleich zwischen bereits in Vertrag genommenen Personen und jenen jungen, die sich um eine Zulassung bemühen, schaffen. Dabei handelt es sich bei der Festsetzung der Altersgrenze mit höchstens 70 Lebensjahren auch im Hinblick auf das gesetzliche Pensionsalter in Österreich nicht um eine unverhältnismäßige Beschränkung der Erwerbsausübung, die zu einer unzulässigen Diskriminierung auf Grund des Alters führen könnte.

Bei Erreichen der Altersgrenze soll der Einzelvertrag mit dem Ende des jeweiligen Kalendervierteljahres ohne Kündigung erlöschen, wobei eine Vertrags-Gruppenpraxis das Erlöschen eines Einzelvertrages verhindern kann, wenn sie innerhalb von vier Wochen ab Erreichen der Altersgrenze die/den betroffene/n persönlich haftenden Gesellschafterin/Gesellschafter aus der Vertrags-Gruppenpraxis ausschließt. Gegenständliche Regelung soll für jene Einzelverträge zur Anwendung gelangen, die ab dem 1. Jänner 2010 geschlossen werden. Für bestehende Einzelverträge sollen in den Gesamtverträgen Übergangsregelungen unter Berücksichtigung von Lebensalter und Vertrauensschutz vorgesehen werden. Auch für „Altverträge“ hat das vollendete 70. Lebensjahr als Altersgrenze zu gelten, falls bis zum Ablauf des 31. Dezember 2010 keine vertragliche Einigung darüber erfolgt.

Die Regelung ist auch für Zahnärztinnen/Zahnärzte, Dentistinnen/Dentisten und die in § 349 Abs. 2 ASVG genannten Personen, sobald ein Gesamtvertrag zu Stande kommt, durch gesetzliche Verweise entsprechend anzuwenden.

Zu Art. 1 Teil 1 Z 12, 13 und 19 (§§ 342 Abs. 2 und 2a sowie 349 Abs. 2b und 3 ASVG):

Durch die vorgeschlagene Neuregelung sollen nunmehr bei der Vereinbarung der Honorarordnungen ausdrücklich verschiedene Parameter als Rahmenbedingungen herangezogen werden. Zielsetzung ist dabei eine qualitativ hochwertige Versorgung, eine nachhaltig ausgeglichene Gebarung des Trägers der Krankenversicherung und eine angemessene Honorarentwicklung der Vertragsärztinnen und -ärzte (Vertrags-Gruppenpraxen).

1. Die Entwicklung der Beitragseinnahmen des Krankenversicherungsträgers, wobei gesetzlich für andere Zwecke gebundene Beitragsanhebungen nicht zu berücksichtigen sind;
2. die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Krankenversicherungsträgers ohne Berücksichtigung der eigenen Einrichtungen und der Verwaltungskosten;
3. die gesamtwirtschaftliche Situation (einschließlich Lohn- und Gehaltsentwicklungen);
4. die allgemeine Kostenentwicklung bei den Vertragsärztinnen und -ärzten (Vertrags-Gruppenpraxen);
5. die Auswirkung von Mengensteigerungen der ärztlichen Leistungen (Leistungen von Gruppenpraxen) auf die Ausgaben des Krankenversicherungsträgers;
6. Ausgabenentwicklung des Krankenversicherungsträgers mit Ausnahme jener Leistungen, die nicht in Zusammenhang mit der vertragsärztlichen Hilfe entstehen;
7. der Stand der ärztlichen Wissenschaft und Erfahrung sowie die Auswirkungen der demographischen Entwicklung und der Veränderungen der Morbidität;
8. die im Rahmen der Planung der Gesundheitsversorgungsstruktur beschlossenen Qualitätsvorgaben.

Unter der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Krankenversicherungsträger nach Z 2 sind deren jeweiliges positives oder negatives Reinvermögen und der Bilanzgewinn/-verlust zu verstehen. Im Bereich der Z 6 ist etwa die Ausgabenentwicklung im Bereich von EDV-Anschaffungen, Verwaltungskosten oder Baukosten auszublenden. Im Zusammenhang mit der vertragsärztlichen Hilfe stehen jedenfalls Folgekosten etwa im Bereich Heil- oder Hilfsmittel Heilbehelfe sowie Transportkosten.

Hinsichtlich der allgemeinen Kostenentwicklungen bei den Vertragsärztinnen und -ärzten (Vertrags-Gruppenpraxen) ist von einer durchschnittlichen Kostenentwicklung im ärztlichen Bereich und nicht von Kostenentwicklungen in einzelnen Arztpraxen auszugehen. Die genannten Kriterien sollen eine Richtschnur für die Gesamtvertragspartner darstellen, sie sollen aber jedenfalls keine individuellen Ansprüche der Vertragsärztinnen und -ärzte (Vertrags-Gruppenpraxen) begründen. Durch die nunmehrige Einbeziehung der im Rahmen der Planung der Gesundheitsversorgungsstruktur beschlossenen Qualitätsvorgaben bei der Vereinbarung der Vergütung der ärztlichen Tätigkeit in den neu geschaffenen § 342 Abs. 2a ASVG kann der letzte Satz des Abs. 2 leg. cit. entfallen. Die Rahmenbedingungen sind auch für die anderen Vertragspartnerinnen und -partner (zB Zahnärztinnen/Zahnärzte, Institute) mit Ausnahme der Apothekerinnen und Apotheker durch gesetzliche Verweise entsprechend anzuwenden.

Zu Art. 1 Teil 1 Z 14 und 17 (§§ 343 Abs. 1a, 1b und 345a Abs. 2 Z 1 bis 3 ASVG):

Im Zuge der Umsetzung einer dynamischen Stellenplanung soll ab 1. Jänner 2010 für den Fall, dass kein Einvernehmen zwischen dem zuständigen Träger der Krankenversicherung und der jeweiligen Ärztekammer über den Bedarf der Nachbesetzung einer frei werdenden Planstelle (dynamische Stellenplanung) besteht, diese Planstelle nicht ausgeschrieben werden. Gibt es nach Ablauf eines Jahres nach Beendigung eines Einzelvertrages immer noch kein Einvernehmen, entscheidet die Landesschiedskommission (§ 345a ASVG) auf Antrag einer der beiden Vertragsparteien unter Berücksichtigung der Kriterien nach § 342 Abs. 1 Z 1 ASVG über den Bedarf der Nachbesetzung. Bis zur Rechtskraft dieser Entscheidung kann die Planstelle nicht ausgeschrieben werden.

Die Regelung ist auch für Zahnärztinnen/Zahnärzte, Dentistinnen/Dentisten und die in § 349 Abs. 2 ASVG genannten Personen, sobald ein Gesamtvertrag zu Stande kommt, durch gesetzliche Verweise entsprechend anzuwenden.

Zu Art. 1 Teil 1 Z 21, 25 bis 34, Art. 2 Teil 1 Z 6 und 7, Art. 3 Teil 1 Z 6 und 7 sowie Art. 4 Z 6 (§§ 442 Abs. 5, 448 Abs. 1 bis 5, 449 Abs. 1, 2 und 4, 450 Abs. 1 und 451 Abs. 1 ASVG, §§ 220 Abs. 2 und 221 Abs. 1 GSVG, §§ 208 Abs. 2 und 209 Abs. 1 BSVG, § 155 Abs. 1 B-KUVG):

Ab dem Jahr 2010 soll die gesamte Aufsicht über die Krankenversicherungsträger unmittelbar vom Gesundheitsressort ausgeübt werden (derzeit obliegt die Aufsicht über die „kleineren“ Träger der Krankenversicherung den Landeshauptleuten in mittelbarer Bundesverwaltung). Durch diese Maßnahme soll die Einheitlichkeit und Effizienz im Bereich der Bundesaufsicht erhöht werden. Durch die vorgeschlagene Ergänzung soll klargestellt werden, dass die Aufsichtsrechte gegenüber der Selbstverwaltung in der Weise auszuüben sind, dass neben der Rechtmäßigkeitsprüfung sich die Prüfung zusätzlich auch auf die Prinzipien der Wirtschaftlichkeit und der Sparsamkeit erstrecken, somit auf das gesamte Verwaltungshandeln des Versicherungsträgers abzustellen ist. Der bereits bestehende Prüfmaßstab der Zweckmäßigkeit bleibt unberührt. Das Aufsichtsrecht erstreckt sich dabei auf den jeweiligen fachlichen Zuständigkeitsbereich des Bundesministers für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, des Bundesministers für Gesundheit und des Bundesministers für Finanzen.

Die rechtliche Unterscheidung zwischen unmittelbarer und oberster Aufsicht kann nunmehr entfallen. Der Entfall des Wortes „finanziellen“ ist eine legistische Klarstellung.

Zu Art. 1 Teil 1 Z 22 und 24, Art. 2 Teil 1 Z 4 und 5, Art. 3 Teil 1 Z 4 und 5 sowie Art. 4 Z 4 und 5 (§ 446 Abs. 1 und 4 ASVG, § 218 Abs. 1 und 4 GSVG, § 206 Abs. 1 und 4 BSVG, § 152 Abs. 1 und 4 B-KUVG):

Ogleich durch die derzeit geltenden Bestimmungen der Abs. 1 und 2 des § 446 ASVG und die Parallelbestimmungen in den Sondergesetzen über die ohne besonderes Verfahren zulässigen Veranlagungsformen die Sicherheit der veranlagten Mittel gewährleistet sein sollte, scheint es angesichts der Finanzkrise angebracht, eine weitere Klarstellung gesetzlich festzulegen.

Es wird nunmehr klargestellt, dass die Mittel der Versicherungsträger nicht in Aktien und Aktienfonds veranlagt werden dürfen.

Die Vermögensveranlagung hat durch fachlich versierte Personen zu erfolgen. Jedenfalls ist für jede Vermögensanlage begleitend ein laufendes Risikomanagement durchzuführen.

Zu Art. 1 Teil 1 Z 23 (§ 446 Abs. 3 Z 1 ASVG):

Es handelt sich um eine redaktionelle Berichtigung.

Zu Art. 2 Teil 1 Z 1, Art. 3 Teil 1 Z 1 und Art. 4 Z 1 (§§ 80a GSVG, 76a BSVG und 53a B-KUVG):

Bei den vorgesehenen Änderungen handelt sich jeweils um eine Zitatsberichtigung.

Zu Art. 5 (Änderung des AMPFG):

Die Neufassung der Durchführung der Beitragseinhebung durch die zuständigen Sozialversicherungsträger für den Bereich der Arbeitslosenversicherung (einschließlich Insolvenz-Entgeltsicherung) dient ausschließlich der verfassungsrechtlich gebotenen Klarstellung der Vollziehung im übertragenen Wirkungsbereich nach den Weisungen des Bundesministers für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz.

Zu Art. 6 (Änderung des BSchEG):

Die Neufassung der Durchführung der Einhebung des Schlechtwetterentschädigungsbeitrags durch die gesetzlichen Krankenversicherungsträger und der Rückerstattung der Schlechtwetterentschädigung durch die Arbeiter- und Abfertigungskasse dient ausschließlich der verfassungsrechtlich gebotenen Klarstellung der Vollziehung im übertragenen Wirkungsbereich nach den Weisungen des Bundesministers für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz.

Zu Art. 7 (Änderung des SUG):

Die Neufassung des Verfahrens über Anträge auf Zuerkennung der Sonderunterstützung durch die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau dient ausschließlich der verfassungsrechtlich gebotenen Klarstellung der Vollziehung im übertragenen Wirkungsbereich nach den Weisungen des Bundesministers für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz.

Zu Art. 8 (Änderung des KGG):

Die Neufassung des Verfahrens nach dem Karenzgeldgesetz dient ausschließlich der verfassungsrechtlich gebotenen Klarstellung der Vollziehung im übertragenen Wirkungsbereich (die bereits bisher vorgesehen

ist) der Gebietskrankenkassen nach den Weisungen des Bundesministers für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (relevant für allfällige Rückforderungen betreffend Karenzgeld, Teilzeitbeihilfe für unselbständig erwerbstätige Mütter und des Zuschusses zu diesen Leistungen sowie die Wiedereinstellungsbeihilfe).

Zu Art. 9 (Änderung des AKG):

Die Änderung des § 61 Abs. 4 AKG legt – entsprechend den Anforderungen des Art. 120b Abs. 2 B-VG – fest, dass die Einhebung der Arbeiterkammerumlage im übertragenen Wirkungsbereich erfolgt und insoweit ein Weisungsrecht des für die Arbeiterkammern zuständigen Bundesministers für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz besteht.

Zu Art. 10 (Änderung des BMSVG):

§ 71a BMSVG legt entsprechend den Anforderungen des Art. 120b Abs. 2 B-VG fest, dass die nach dem BMSVG den Versicherungsträgern und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger übertragenen Aufgaben (insb. Nach den §§ 6 Abs. 1 bis 3, 7, 27 Abs. 4 bis 6 und 8, 27a sowie 52 und 64) im übertragenen Wirkungsbereich erfolgen und insoweit ein Weisungsrecht des Bundesministers für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz besteht. In den Angelegenheiten des § 27 Abs. 4 bis 6 BMSVG ist hinsichtlich des Weisungsrechts das Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen herzustellen.

Zu den Art. 11 und 12 (Änderung des BPGG und des KEGG):

Die vorgesehenen Änderungen dienen der verfassungsrechtlich gebotenen Klarstellung der Vollziehung im übertragenen Wirkungsbereich bei den Sozialversicherungsträgern nach den Weisungen des Bundesministers für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz und bei dem Entscheidungsträger nach den §§ 22 Abs. 1 Z 7a BPGG und 11 Abs. 1 Z 5 KEGG nach den Weisungen des Bundesministers für Finanzen.

Finanzielle Erläuterungen:

Finanzielle Erläuterungen

Zu Art. 1 Teil 2 Z 5 und 7 bis 9 sowie zu Art. 2 Teil 2 und zu Art. 3 Teil 2 (§§ 104 Abs. 6, 292 Abs. 14, 298 Abs. 2 und 459f ASVG; §§ 72 Abs. 5, 149 Abs. 13 und 155 Abs. 2 GSVG; §§ 68 Abs. 6, 140 Abs. 13 und 146 Abs. 2 BSVG):

Die im Ausgleichszulagenrecht vorgeschlagenen Änderungen dienen der Missbrauchsprävention und -bekämpfung.

Derzeit beziehen ca. 500 Personen in Österreich eine Ausgleichszulage, ohne Anspruch auf eine österreichische Pension zu haben. Sie beziehen eine Pension aus einem anderen EU-Mitgliedstaat oder aus einem EWR-Staat. Die Problematik besteht darin, dass die Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts zum Schein nach Österreich erfolgen könnte, um einen Anspruch auf Ausgleichszulage zu erlangen, ohne dass der tatsächliche Lebensmittelpunkt in Österreich liegt. Daraus ist ersichtlich, dass diesbezügliche Anfragen der Pensionsversicherungsträger an die Fremdenpolizei (§ 459f ASVG) nur in Ausnahmefällen erfolgen werden.

Dazu kommt, dass im Entwurf eines Fremdenrechts-Änderungsgesetzes 2009 dem § 37 des Niederlassungs- und Aufenthaltsgesetzes ein Abs. 6 angefügt werden soll, in dem ebenso eine Amtshilfe zwischen den betreffenden Behörden und der Fremdenpolizei vorgesehen ist.

Zusammenfassend ist daher davon auszugehen, dass die beabsichtigten Änderungen des Ausgleichszulagenrechts tendenziell zu Einsparungen führen werden.

Zu Art. 1 Teil 2 Z 6 (§ 108a Abs. 1 ASVG):

Diese Änderung zeitigt aus heutiger Sicht keinerlei finanzielle Auswirkungen.

Zu Art. 1 Teil 1 Z 3 bis 5 und 9, Art. 2 Teil 1 Z 2 und 3, Art. 3 Teil 1 Z 2 und 3 sowie Art. 4 Teil 1 Z 2 und 3 (§§ 148 Z 6, 149 Abs. 2 und 342 Abs. 1 Z 3 ASVG, § 98 Abs. 2 GSVG, § 92 Abs. 2 BSVG sowie § 68 Abs. 2 B-KUVG):

Da schon bisher, wie in den Erläuterungen im Besonderen Teil dargestellt, die Möglichkeit der Überprüfung der Identität gegeben war, sind aus der nunmehr vorgesehenen Verpflichtung, Entsprechendes auch in den Verträgen festzuhalten, keine Mehrkosten zu erwarten.

Zu Art. 1 Teil 1 Z 7 und 8, 10 bis 17, 19 und 34 (§§ 342 Abs. 1 Z 1, 1a, 3, 4 und 10, Abs. 2 und 2a, 343 Abs. 1a, 1b, Abs. 2 und Abs. 2 Z 7, 345a Abs. 2 Z 3, 349 Abs. 2b und 3 sowie 647 Abs. 4 ASVG):

Die Maßnahmen im Vertragspartnerbereich (es sind dies die Honorarkriterien mit dem Ökonomiegebot, die Bedachtnahme auf die Folgekosten und die Optimierung der Stellenpläne) können nicht im Einzelnen sondern lediglich als Paket, das sich aus gesetzlichen Vorgaben, Vertragsrecht und Verwaltungshandeln zusammensetzt, betrachtet werden.

Aus den Beschlüssen des Verbandsvorstands und der Trägerkonferenz des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger vom 23. Juni 2009 ergibt sich aus dem vorgeschlagenen Maßnahmenbündel im Rahmen des Konzeptes „Gesundheit: Finanzierung sichern – langfristige Potenziale zur Steuerung der Ausgaben und zur nachhaltigen Kostendämpfung“ ein Kostendämpfungsvolumen von insgesamt 1,725 Mrd. Euro in den Jahren 2010 bis Ende 2013 wie folgt:

Jahr(e)	2010	2011	2012	2013	2010-2013
Kostendämpfungsvolumina in Mio. Euro	197	361	510	657	1.725

Die im vorliegenden Entwurf geplanten Änderungen stellen einen ersten legislativen Umsetzungsschritt im Vertragspartnerrecht dar, um die Versicherungsträger bei dem Ziel „Erreichen des Kostendämpfungspfades“ zu unterstützen. Eine Zuordnung der Einsparungsvolumina auf die einzelnen Maßnahmen ist nicht möglich. Gemeinsames Ziel im oben genannten Konzept ist, die ohne Maßnahmen zu erwartende Kostensteigerung nachhaltig zu reduzieren.

Unmittelbare – dh, durch die gesetzliche Anordnung sofort wirksame – finanzielle Auswirkungen sind mit dem vorliegenden Maßnahmenbündel nicht verbunden, da erst die konkrete Umsetzung im Vertragswege zu den gewünschten Einsparungen führen wird.