

## 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.

### Ziel:

1. Schaffung der erforderlichen gesetzlichen Grundlagen.
2. Flexibilisierung des Vertragspartnerrechts und Aktualisierung in weiteren Bereichen des Sozialversicherungsrechts durch Vornahme notwendiger Anpassungen.

### Inhalt /Problemlösung:

1. Klarstellung des übertragenen Wirkungsbereiches und der Weisungsbindung in den betroffenen 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.

### Alternativen:

Keine.

### Auswirkungen des Regelungsvorhabens:

#### – Finanzielle Auswirkungen:

1. Keine.
2. 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:

Es sind keine neuen Informationsverpflichtungen für Bürgerinnen und Bürger sowie Unternehmen vorgesehen.

#### – 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 bereits langjährig bestehende und bewährte Vollziehung bestimmter Verwaltungsaufgaben der Sozialversicherungsträger und des Hauptverbandes und im Zuständigkeitsbereich des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz durch Selbstverwaltungskörper.
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 Ministerratssitzung 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:**

- Benennung des den Sozialversicherungsträgern und dem Hauptverband im Rahmen der Sozialversicherungsgesetze übertragenen Wirkungsbereichs nach den Vorgaben des Art. 120b Abs. 2 B-VG sowie entsprechende Anpassungen in den in den Zuständigkeitsbereich des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz fallenden Materiengesetzen;
- Normierung eines Mindestwertes für die Aufwertungszahl;

- Neuregelung im Bereich der Nachbesetzung von vertragsärztlichen Stellen (dynamische Stellenplanung);
- Investitionsablässe 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.

#### **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**

### **Zu Art. 1 Z 1 bis 5, 9, 21 und 23 (§§ 31 Abs. 4 Z 2, 3 lit. a und 4, Abs. 5 Z 10 und 13, 340a, 348g sowie 349a ASVG):**

Mit der B-VG Novelle, BGBl. I Nr. 2/2008, wird im Artikel 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 Vorgaben soll mit den vorgeschlagenen Regelungen der §§ 31 Abs. 5 Z 10 und 13, 340a, 348g sowie 349a ASVG entsprochen und klargestellt werden, dass es sich dabei um Aufgaben des übertragenen Wirkungsbereiches handelt, bei deren Wahrnehmung der Hauptverband dem Weisungsrecht des Bundesministers für Gesundheit unterliegt.

Im Zuständigkeitsbereich des Bundesministers für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz bezüglich ASVG soll diesen verfassungsrechtlichen Vorgaben mit den vorgeschlagenen Regelungen (betreffend die Besorgung der Statistik und die Führung der Bundespflegegeld-Datenbank sowie der SOZDOK durch den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger) entsprochen werden.

### **Zu Art. 1 Z 5a (§ 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 Z 6 bis 8 und 12, Art. 2 Z 2 und 3, Art. 3 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 gesicherten 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 Z 10 (§ 342 Abs. 1 Z 1 ASVG):**

Für die Festsetzung der Zahl und der örtlichen Verteilung der Vertragsärztinnen und –ärzte (Vertrags-Gruppenpraxen) sollen neben der örtlichen- 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.

**Zu Art. 1 Z 11 (§ 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 vereinbarte Honorarvolumen vorzusehen. Dies für den Fall, dass 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 einer Gruppen-Praxis.

Wenn ein Arzt/eine Ärztin Einzelverträge mit mehreren Krankenversicherungsträgern hat, sind die jeweiligen Honorarvolumina anteilmäßig heranzuziehen.

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.

**Zu Art. 1 Z 13 (§ 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 genannten Personen, sobald ein Gesamtvertrag zu Stande kommt, durch gesetzliche Verweise entsprechend anzuwenden.

**Zu Art. 1 Z 14, 18, 19 und 37 (§§ 342 Abs. 1 Z 10, 343 Abs. 2 Z 7 und Abs. 2 vorletzter Satz sowie 647 Abs. 2 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. 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. 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.

**Zu Art. 1 Z 15, 16 und 22 (§§ 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 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 Z 17 und 20 (§§ 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 Z 24, 28 bis 36, Art. 2 Z 7 und Art. 3 Z 7 (§§ 442 Abs. 5, 448 Abs. 1 bis 5, 449 Abs. 2 und 4, 450 Abs. 1 und 451 Abs. 1 ASVG, § 220 Abs. 2 GSVG, § 208 Abs. 2 BSVG):**

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.

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

**Zu Art. 1 Z 25 bis 27, Art. 2 Z 4 bis 6, Art. 3 Z 4 bis 6 sowie Art. 4 Z 4 bis 6 (§ 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):**

Obleich 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.

So soll durch die Ergänzung des § 446 Abs. 1 ausdrücklich normiert werden, dass der Erhalt der veranlagten Mittel sichergestellt sein muss, wenngleich eine Kapitalgarantie nicht verlangt wird. Im Falle riskanter Anlageformen wird diese Voraussetzung sicher nicht gegeben sein.

Des Weiteren wird nunmehr klargestellt, dass die Mittel der Versicherungsträger in Immobilienfonds, nicht jedoch in Immobilienaktienfonds (auch nicht in gemischte Fonds) veranlagt werden dürfen.

Die Vermögensveranlagung hat nach dem allgemeinen Vorsichtsprinzip durch fachlich versierte Personen zu erfolgen. Jedenfalls ist für jede Vermögensanlage begleitend ein Risikomanagement durchzuführen.

**Zu Art. 2 Z 1, Art. 3 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 auf Weisung 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 auf Weisung 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 auf Weisung 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 auf Weisung 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 Versicherungsträger und dem Hauptverbandes 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.

**Finanzielle Erläuterungen:**

**Zu Art. 1 Z 6 bis 8 und 12, Art. 2 Z 2 und 3, Art. 3 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):**

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 Z 10 und 11, 13 bis 20 und 22 (§§ 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 sowie 349 Abs. 2b und 3 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.