

## Vorblatt

### **Problem:**

Im Hinblick auf die derzeit prekäre finanzielle Situation der gesetzlichen Krankenversicherung ist eine Reihe inhaltlicher und finanzieller Maßnahmen erforderlich, um nachhaltig die Versorgung der Versicherten und ihrer Angehörigen und die Leistungsfähigkeit der Krankenversicherungsträger sicherzustellen.

### **Ziel:**

Nachhaltige Absicherung im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung.

### **Inhalt /Problemlösung:**

Durch eine Reihe von Maßnahmen erfolgt eine nachhaltige Absicherung der Finanzierung der Versicherungsleistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Hierzu gehören insbesondere eine Neuregelung im Bereich der Abgabe von Arzneyspezialitäten durch die Apotheken und eine Flexibilisierung im Bereich des Vertragspartnerrechtes.

Als finanzielle Maßnahmen sind ein Forderungsverzicht des Bundes im Ausmaß von 450 Millionen Euro sowie die vollständige Abgeltung der nicht-abziehbaren Vorsteuer, was einem Mehrertrag von 120 bis 130 Millionen Euro entspricht vorgesehen.

### **Alternativen:**

Keine.

### **Auswirkungen des Regelungsvorhabens:**

#### **– Finanzielle Auswirkungen:**

Es wird auf die finanziellen Erläuterungen verwiesen.

#### **– Wirtschaftspolitische Auswirkungen:**

##### **– Auswirkungen auf die Beschäftigung und den Wirtschaftsstandort Österreich:**

Absicherung der Beschäftigungslage im Gesundheitssektor, Schaffung hochqualifizierter Arbeitsplätze im Bereich der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen.

##### **– Auswirkungen auf die Verwaltungslasten für Unternehmen:**

Durch den vorgesehenen Nachweis über die erbrachten Leistungen („PatientInnenquittung“) ist mit jährlichen Verwaltungskosten von rund 20 Millionen Euro zu rechnen.

##### **– Auswirkungen in umweltpolitischer, konsumentenschutzpolitischer sowie sozialer Hinsicht:**

Sicherstellung von medizinischen Leistungen für die Versicherten und ihre Angehörigen.

##### **– Geschlechtsspezifische Auswirkungen:**

Keine.

### **Verhältnis zu Rechtsvorschriften der Europäischen Union:**

Durch die vorgesehenen Änderungen im Bereich der Verordnung und Abgabe von Arzneyspezialitäten soll den Vorgaben der Transparenz-Richtlinie, 89/105/EWG, entsprochen werden. Die sonstigen im Entwurf vorgesehenen Regelungen fallen nicht in den Anwendungsbereich des Rechts der Europäischen Union.

### **Besonderheiten des Normerzeugungsverfahrens:**

Keine.

## **Erläuterungen**

### **I. Allgemeiner Teil**

Grundsätzlich soll die Führung der Sozialen Krankenversicherung nach dem Prinzip einer einnahmenorientierten Ausgabengestaltung erfolgen. Im Jahr 2007 sind jedoch die Versicherungsleistungen um 6,0 % gewachsen, obwohl die Beitragseinnahmen „nur“ um 4,2 % gestiegen sind. Für das Jahr 2008 beträgt die prognostizierte Beitragssteigerung u.a. aufgrund der Beitragssatzerhöhung sogar 4,7 %. Für die Folgejahre wird mit einer durchschnittlichen Steigerung des Beitragsvolumens von ca. 3,6 % gerechnet.

**Zur Sicherstellung der finanziellen Leistungsfähigkeit der Krankenversicherung sind daher insbesondere folgende Maßnahmen hervorzuheben:**

- Neuregelung im Bereich der Verordnung und Abgabe von wirkstoffidenten Arzneispezialitäten verbunden mit der Einführung eines Referenzpreismodells;
- Einführung einer Verpflichtung der Ärztinnen/Ärzte, Zahnärztinnen/Zahnärzte, Dentistinnen/Dentisten sowie Apothekerinnen/Apotheker zur Teilnahme an E-Medikationsdatenbanken;
- Abschöpfung der Mittel der Rücklage nach § 447a Abs. 5 ASVG („Katastrophenfonds“);
- Flexibilisierung des Vertragspartnerrechtes (Ermöglichung eines gesonderten Gesamtvertragsabschlusses sowie Teilkündigungen eines künftigen Gesamtvertrages für Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin und für Fachärztinnen/Fachärzte eines Sonderfaches, Sicherstellung der Leistungserbringung bei Fehlen vertraglicher Regelungen durch die Möglichkeit des Abschlusses von Leistungsverträgen);
- 1:1-Abgeltung der nicht abziehbaren Vorsteuer an die Sozialversicherungsträger durch den Bund;
- Entlastung der Gebietskrankenkassen durch eine teilweise Entschuldung aus Budgetmitteln des Bundes;
- Dämpfung der Heilmittelkosten für die Jahre 2008 bis 2010.

#### **Kompetenzgrundlage:**

In kompetenzrechtlicher Hinsicht stützt sich das im Entwurf vorliegende Bundesgesetz auf Art. 10 Abs. 1 Z 4 und 11 B-VG („Bundesfinanzen“ und „Sozialversicherungswesen“).

### **II. Besonderer Teil**

**Zu Art. 1 Z 13, 14, 16 und 17, Art. 2 Z 1, Art 3 Z 1 und Art. 4 Z 1 (§§ 31 Abs. 5 Z 13, 136 Abs. 2, 350 Abs. 1a und 3a sowie 351c Abs. 3a ASVG; § 92 Abs. 1 GSVG; § 86 Abs. 2 BSVG und § 64 Abs. 2 B-KUVG):**

Mit vorliegender Regelung soll es zur Einführung eines Referenzpreissystems kommen. Voraussetzung hierfür ist die Bildung von Referenzpreisgruppen im Erstattungskodex und die Ermöglichung der aut-idem Abgabe in den Apotheken.

Vom Hauptverband sind im Erstattungskodex Referenzgruppen abzubilden, wenn mindestens drei laut Warenverzeichnis des österreichischen Apothekerverlages lieferbare Arzneispezialitäten mit identem Wirkstoff oder identer Wirkstoffkombination (ATC-Code Ebene 5), identer Wirkstoffstärke oder identen Wirkstoffstärken, gleicher oder praktisch gleicher Darreichungsform sowie gleicher oder praktisch gleicher Packungsgröße im Grünen oder Gelben Bereich angeführt sind. Durch den ATC-Code Ebene 5 ist sichergestellt, dass nur Arzneimittel mit identem Wirkstoff oder identer Wirkstoffkombination in der jeweiligen Gruppe vertreten sind. Um eine entsprechende Wahlmöglichkeit sicherzustellen, kann eine Referenzgruppe nur dann gebildet werden, wenn zum Stichtag 1. Jänner und 1. Juli jeden Jahres mindestens drei Arzneispezialitäten im Gelben oder Grünem Bereich des Erstattungskodex enthalten sind.

Eine Referenzgruppe umfasst jene Arzneispezialitäten mit gleichen oder praktisch gleichen Packungsgrößen, die grundsätzlich geeignet sind, den Maßstab gemäß § 351c Abs. 4 zu erfüllen (zB sind im Regelfall Arzneispezialitäten mit einer Packungsgröße von 28 Stück und Arzneispezialitäten mit einer Packungsgröße von 30 Stück praktisch gleich).

Arzneispezialitäten mit gleicher oder praktisch gleicher Darreichungsform sind jene, die auf dem gleichen Weg appliziert werden und hinsichtlich Wirkstofffreisetzung, Dosierung und Dosierungsintervall vergleichbar sind. Dabei sind im Regelfall die gebrauchsfertigen Arzneiformen (zB fest, halbfest, flüssig, gasförmig) untereinander vergleichbar (zB sind im Regelfall orale, feste, unverzögert freisetzende Arzneispezialitäten hinsichtlich der Darreichungsform praktisch gleich).

Referenzpreis ist der jeweils zum 1. Jänner und 1. Juli eines jeden Jahres geltende Kassenverkaufspreis (inkl. USt) für die bezogen auf die Packungsgröße kostengünstigste Arzneispezialität innerhalb der Referenzgruppe. Durch die halbjährliche Festlegung soll hinsichtlich der Abgabe an die/den Versicherte/n die erforderliche Kontinuität in der medizinischen Behandlung (insbesondere im Hinblick auf die PatientInnen-Compliance) gewährleistet werden.

Wurde eine Arzneispezialität nur unter ihrer Wirkstoffbezeichnung verordnet oder hat der/die Verschreibende die Ersetzung durch eine wirkstoffgleiche Arzneispezialität nicht ausgeschlossen, hat der/die Apotheker/in oder Hausapotheken führende Arzt/Ärztin eine zum oder unter dem jeweiligen Referenzpreis liegende Arzneispezialität abzugeben.

Wird auf Verlangen des/der Versicherten eine andere Arzneispezialität als die Referenzarzneispezialität abgegeben, so hat dieser/diese die Differenz zum Kassenverkaufspreis zu tragen. Im Falle der Abgabe einer Arzneispezialität auf Verlangen des/der Versicherten nach § 136 Abs. 2 3. Satz ASVG ist dies vom/von der Apotheker/in oder vom/von der Hausapotheken führenden Arzt/Ärztin auf der Verordnung zu dokumentieren.

Der Kassenverkaufspreis ist jener sich aus § 3 Österreichische Arzneitaxe ergebende Preis. Nach dieser Bestimmung hat der/die Apotheker/in und der/die Hausapotheken führende Arzt/Ärztin den begünstigten Bezieher/innen die in Abs. 2 leg. cit. festgelegten, ermäßigten Zuschläge auf den Apothekeneinstandspreis zu verrechnen. (Bei Suchtgiften beinhaltet der Kassenverkaufspreis weiters eine Suchtgiftgebühr gemäß Anlage A, I, Z 6 letzter Absatz der Österreichischen Arzneitaxe.)

Die Differenzzahlung des/der Versicherten hat in einem solchen Fall unabhängig von der vom/von der Versicherten zu entrichtenden Rezeptgebühr zu erfolgen.

Zur Förderung der PatientInnen-Compliance soll der/die Verschreibende aus medizinischen Gründen die Arzneispezialität weiterhin unter ihrem Produktnamen abgeben und die Ersetzung durch eine wirkstoffidentische Arzneispezialität ausschließen können. Unter diesen Gründen ist entsprechend der Liste der U.S. Food and Drug Administration (Orange Book) Folgendes zu verstehen:

- a) nachgewiesene Unverträglichkeit gegen die Hilfsstoffe der möglichen Referenzarzneispezialitäten (zB bei Allergien gegen bestimmte Salze),
- b) Sicherstellung der Akzeptanz der angeordnete Therapie bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres (zB Geschmack, Darreichungsform),
- c) Nichteignung der möglichen Referenzarzneispezialitäten zum Erreichen der medizinisch-therapeutisch notwendigen Dosierungen (zB in Folge fehlender Teilbarkeit einer Tablette) oder
- d) die medizinisch-therapeutische Unzweckmäßigkeit der Substitution durch eine mögliche Referenzarzneispezialität (zB bei Antiepileptika oder Immunsuppressiva nach Transplantation, wenn zusätzliche Blutspiegelkontrollen notwendig sind).

Im Fall des Ausschlusses der Ersetzung der Arzneispezialität durch den/die Verordner/in hat dieser/diese die Gründe für den Ausschluss zu dokumentieren. Diesbezüglich soll in den Richtlinien des Hauptverbandes über die ökonomische Verschreibeweise von Heilmitteln und Heilbehelfen (RöV) eine einheitliche Dokumentation festgelegt werden. Als Sanktionsmöglichkeiten bei Ausschluss der Ersetzung ohne oder mit mangelhafter Dokumentation sollen die Verwarnung bzw. im Wiederholungsfall der Kostenersatz der abgegebenen Arzneispezialitäten vorgesehen werden.

Im dem zwischen den Krankenversicherungsträgern und der Österreichischen Apothekerkammer nach § 348a Abs. 3 ASVG abgeschlossenen Gesamtvertrag sind unter der bereits bestehenden Z 1 Expedition (Abgabe) von Heilmitteln (§ 136 ASVG), Heilbehelfen (§ 137 ASVG) usw. auf Rechnung der Krankenversicherungsträger (§ 350 ASVG) Maßnahmen aufzunehmen, die die Vertragspartner ergreifen können, wenn die Apotheken gegen ihre Verpflichtungen aus der vorgesehenen Neuregelung der Abgabe von Arzneispezialitäten verstoßen.

**Zu Art. 1 Z 2 und 25, Art. 5 Z 1 und 2, Art. 6 sowie Art. 7 (§§ 31d und 635 Abs. 3 ASVG, §§ 13a und 24 Abs. 7 Apothekengesetz, § 49 Abs. 1 ÄrzteG 1998 sowie § 16 ZÄG):**

Im Hinblick auf den geplanten Aufbau von E-Medikations-Datenbanken sollen Ärzte/Ärztinnen, Zahnärzte/Zahnärztinnen, Dentisten/Dentistinnen sowie Apotheker/Apothekerinnen zur Teilnahme verpflichtet werden. E-Medikations-Datenbanken sollen als Teil der Elektronischen Gesundheitsakte damit auch Voraussetzung für die Vertragspartnerregelungen sein.

Nach der Durchführung eines Pilotprojektes im Bundesland Salzburg ist nunmehr das Ziel, E-Medikations-Datenbanken österreichweit bereits mit 1. Jänner 2010 in Betrieb zu nehmen. Die Einführung soll schrittweise erfolgen, sodass auch in anderen Bundesländern Pilotprojekte bereits vor dem 1. Jänner 2010 durchgeführt werden können.

**Zu Art. 1 Z 4, 13 und 25 (§§ 340b und 349b samt Überschrift sowie § 635 Abs. 4 ASVG):**

Die Sozialpartner sprechen sich in ihrem gemeinsam erarbeiteten Konzept über die Zukunftssicherung für die soziale Krankenversicherung vom 7. April 2008 für die Einführung einer „PatientInnenquittung“ aus.

Bereits jetzt besteht nach § 81 Abs. 1 letzter Satz ASVG sowie Parallelbestimmungen in den Sondergesetzen eine jährliche Informationspflicht der Krankenversicherungsträger an die Versicherten über die Kosten der in Anspruch genommenen Sachleistungen (ärztliche und zahnärztliche Hilfe, Heilmittel, Heilbehelfe, Transporte sowie Spitalstage). Aufgrund des zeitlichen Abstandes zur tatsächlichen Inanspruchnahme der Leistungen können allerdings Versicherte die damit erhaltene Information teilweise nicht mehr in Zusammenhang mit den in Anspruch genommenen Leistungen bringen. Daher soll diese Informationspflicht durch einen auf unmittelbar nach der Inanspruchnahme der Vertragspartner/innen ausgestellten Leistungsnachweis ergänzt und somit eine weitergehende Sensibilisierung der Versicherten für die mit einer Inanspruchnahme der Vertragspartner/innen einhergehenden Leistungen erreicht werden.

Der Hauptverband soll nach Abs. 2 nach Weisungen der Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend durch Verordnung Grundsätze über Inhalt und Umfang der Nachweise festzulegen haben.

Die Anwendbarkeit auf Zahnärztinnen/Zahnärzte ergibt sich aus § 343d Abs. 1 ASVG, wobei die verwiesenen Bestimmungen mit der Maßgabe sinngemäß anzuwenden sind, dass an die Stelle der Österreichischen Ärztekammer und der Ärztekammern die Österreichische Zahnärztekammer tritt. Apothekerinnen/Apotheker sind von der Neuregelung ausgenommen.

Die Regelungen der §§ 340b und 349b sollen mit 1. August 2008 in Kraft treten.

Für Vertragsverhältnisse, die bis zum 31. Juli 2008 geschlossen wurden, sollen die §§ 340b und 349b aus Gründen der Rechtssicherheit zur Gewährung einer angemessenen Umstellungsfrist erst mit 1. Jänner 2012 zur Anwendung kommen.

**Zu Art. 1 Z 5 und 6 (§§ 341 Abs. 1 und 342 Abs. 1 Z 7 ASVG):**

Die Berücksichtigung der unterschiedlichen Bedürfnisse der Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin und der Fachärztinnen/Fachärzte eines Sonderfaches insbesondere im Bereich der Honorarordnungen führt zu immer komplexer werdenden Gesamtvertragsinhalten. Daher soll es nunmehr möglich sein, für Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärztinnen/Fachärzte eines Sonderfaches eigene Gesamtverträge abzuschließen. Dadurch ist insbesondere auch die Möglichkeit gegeben, die einen Bestandteil des Gesamtvertrages bildenden Honorarordnungen auf die Sonderfächer abzustimmen.

Unterschiedliche, insbesondere die Honorarordnungen betreffende Ansichten der Gesamtvertragsparteien im Bereich einzelner Sonderfächer und der Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin sollen nicht zur vollständigen Kündigung oder Auflösung eines für alle freiberuflich tätigen Ärztinnen/Ärzte geltenden Gesamtvertrages führen. Daher soll die Möglichkeit von Teilkündigungen eines Gesamtvertrages für Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärztinnen/Fachärzte eines Sonderfaches geschaffen werden.

Die Möglichkeit des Gesamtvertragsabschlusses durch die Krankenversicherungsträger selbst dient der von den Sozialpartnern in ihrem gemeinsam erarbeiteten Konzept über die Zukunftssicherung für die soziale Krankenversicherung vom 7. April 2008 vorgesehenen Flexibilisierung des Vertragspartnerrechts.

**Zu Art. 1 Z 7, 8 und 11 (§§ 343 Abs. 2 Z 7, 2a, 2b und 2c sowie 349 Abs. 2 ASVG):**

Die vorgeschlagene Regelung soll im Interesse der Versicherten und ihrer Angehörigen Qualität, Effektivität und Effizienz der Behandlung durch niedergelassene Ärztinnen/Ärzte, Zahnärztinnen/Zahnärzte und Dentistinnen/Dentisten dadurch sicherstellen, dass Einzel- bzw. Leistungsverträge nach Ablauf von fünf Jahren erlöschen, wenn den in einer Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend festgelegten Kriterien nicht entsprochen wird. Die

Anwendbarkeit auf Zahnärztinnen/Zahnärzte bzw. Dentistinnen/Dentisten ergibt sich aus den Verweisen in den §§ 343 bzw. 349 Abs. 1 ASVG, wobei die verwiesenen Bestimmungen mit der Maßgabe sinngemäß anzuwenden sind, dass an die Stelle der Österreichischen Ärztekammer und der Ärztekammern die Österreichische Zahnärztekammer tritt. Eine Ausweitung auf weitere Vertragspartner/innen ist nicht vorgesehen.

Auf Verfahren im Zusammenhang mit der Nicht-Verlängerung eines Einzel- oder Leistungsvertrages nach den gegenständlichen Bestimmungen sind die §§ 344, 345 und 347 ASVG anzuwenden. Die Inanspruchnahme des Schiedsverfahrens und die Berufung nach § 344 Abs. 4 ASVG haben keine aufschiebende Wirkung.

Die in der Neuregelung vorgesehene Verordnung ist bis 31. Juli 2009 zu erlassen.

In der Verordnung sind unter Heranziehung der von der Gesundheit Österreich GmbH/Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen erarbeiteten Grundlagen sowie nach Anhörung der Österreichischen Ärztekammer (Österreichische Zahnärztekammer) und des Hauptverbandes folgende Gegenstände zu regeln:

- Standards, denen Vertragsärztinnen/Vertragsärzte bzw. Vertrags-Gruppenpraxen entsprechen müssen, um nach Ablauf von fünf Jahren einen Rechtsanspruch auf Verlängerung des Vertrages zu haben. Es ist auf die möglichen Unterschiede im Leistungskatalog der einzelnen Vertragspartner/innen Bedacht zu nehmen und eine Gewichtung der Standards zueinander vorzunehmen. Es sind insbesondere folgende Kriterien festzulegen: Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualitätskriterien; Fort- und Weiterbildung; effizientes Vorgehen bei ärztlichen und ärztlich veranlassten Leistungen; Dokumentationspflichten sowie die Einhaltung festgelegter Behandlungsleitlinien und -richtlinien, wobei diese Behandlungspfade Teil der Prozessqualitätskriterien sind.
- Verfahren zur Durchführung der Evaluierung; hierbei ist jedenfalls festzulegen, wie und wann die Krankenversicherungsträger die Evaluierung durchzuführen haben. Um der Vertragsärztin/dem Vertragsarzt bzw. der Vertrags-Gruppenpraxis Sicherheit über das Erlöschen bzw. die Verlängerung des Einzel- oder Leistungsvertrages zu geben, wird in der Verordnung zu berücksichtigen sein, dass die Evaluierung so rechtzeitig stattfindet, dass diese ein halbes Jahr vor dem möglichen Erlöschen des Vertrages abgeschlossen ist.

Des Weiteren soll im Falle einer Änderung der gegenständlichen Verordnung dafür Sorge getragen werden, dass den Vertragsärztinnen/Vertragsärzten bzw. Vertrags-Gruppenpraxen ausreichend Zeit für die Umsetzung der Änderungen bleibt.

Im Hinblick auf diese Neuregelung ist das Zitat im § 349 Abs. 2 ASVG anzupassen.

Durch die vorgeschlagene Neuregelung des § 343 Abs. 2c ASVG soll im Interesse der Versicherten und ihrer Angehörigen auch für Vertragsverhältnisse, die bis zum 31. Juli 2008 geschlossen wurden, Qualität, Effektivität und Effizienz der Behandlung durch niedergelassene Ärztinnen/Ärzte, Zahnärztinnen/Zahnärzte und Dentistinnen/Dentisten sichergestellt werden. Dabei sollen dem/der Vertragspartner/Vertragspartnerin nach einer alle fünf Jahre vorgenommenen Evaluierung vom Krankenversicherungsträger entsprechende Auflagen erteilt werden können, wenn die in der Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend nach Abs. 2b genannten Voraussetzungen nicht erfüllt werden. Bei zweimaliger Nichteinhaltung erteilter Auflagen soll das Vertragsverhältnis unbeschadet der bereits bestehenden Kündigungsbestimmungen der Abs. 2 bis 4 unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist zum Ende eines Kalendervierteljahres vom Träger der Krankenversicherung gekündigt werden können. Im Übrigen sind die Regelungen des Abs. 4 (etwa hinsichtlich der Möglichkeit der Anfechtung der Kündigung und aufschiebenden Wirkung der Anfechtung) anzuwenden.

#### **Zu Art. 1 Z 9, 10 und 12 (§§ 343e sowie 349 Abs. 1 und 3 ASVG):**

Das Vertragspartnerrecht ist eine tragende Säule der Krankenversicherung. Der Versorgungsauftrag der Träger der Krankenversicherung nach § 23 Abs. 5 ASVG, wonach diese für die Krankenbehandlung der Versicherten und ihrer Familienangehörigen ausreichend Vorsorge zu treffen haben, besteht auch bei Fehlen eines Gesamtvertrages.

Um für den gesetzlichen Auftrag zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung für die gesamte in der gesetzlichen Sozialversicherung versicherte Bevölkerung die erforderlichen zweifelsfreien Voraussetzungen zu schaffen, wird die Möglichkeit des Vertragsabschlusses von einzelnen Verträgen (Leistungsverträgen) im Falle des Fehlens von Gesamtverträgen oder im Falle der Kündigung einer großen Zahl von Einzelverträgen, sodass die Versorgung nicht mehr sichergestellt ist, vorgesehen. Dem

Gesamtvertragsmodell wird weiterhin der Vorrang gegeben, ebenso wie dem Sachleistungsprinzip gegenüber der Kostenerstattung.

Der herrschenden Lehre (vgl. Schrammel, Vertragsloser Zustand im Vertragspartnerrecht der Krankenversicherung, RdA 2007, 347; Krejci, Probleme des individuellen Kassenarztvertrages, ZAS 1989, 109) folgend, ist die Möglichkeit des Einzelvertrags- bzw. Leistungsvertragsabschlusses im Falle des Fehlens eines Gesamtvertrages aus dem bisherigen Gesetzeswortlaut nicht abzuleiten.

Für den Leistungsvertrag gelten jedenfalls die Bestimmungen über Einzelverträge hinsichtlich der Auflösungsgründe der Vertragsverhältnisse, der Schiedsverfahren sowie der Evaluierung nach § 343 Abs. 2a und 2b ASVG. Ein besonderer Kündigungsschutz im Sinne der Möglichkeit der Unwirksamkeitserklärung einer Kündigung wegen sozialer Härte durch die Landesschiedskommission, sofern nicht eine so beharrliche oder so eine schwerwiegende Verletzung des Vertrages vorliegt, dass die Aufrechterhaltung des Vertragsverhältnisses für den Träger der Krankenversicherung nicht zumutbar ist, besteht allerdings nicht.

Im Falle eines Gesamtvertragsabschlusses erlöschen die Leistungsverträge. Die/Der bisherige Vertragspartnerin/Vertragspartner des Leistungsvertrages hat jedoch unter Berücksichtigung des neuen Stellenplans Anspruch auf Abschluss eines Einzelvertrages, wobei § 343 Abs. 1 zweiter Satz ASVG nicht anzuwenden ist. Bei der Vergabe von Leistungsverträgen wird die Sozialversicherung auf eine in die Zukunft gerichtete Bedarfsplanung Bedacht zu nehmen haben. Durch diese Neuregelung soll derjenigen/demjenigen Ärztin/Arzt eine Absicherung angeboten werden, die/der zu einem Leistungsvertragsabschluss zur Sicherstellung der Leistungserbringung nach § 23 Abs. 5 ASVG bereit war. Der Abschluss eines (gesonderten) Gesamtvertrages für Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin und für Fachärztinnen/Fachärzte eines Sonderfaches nach § 341 Abs. 1 ASVG hindert nicht am Abschluss von Leistungsverträgen in diesem Bereich.

Die Anwendbarkeit auf Zahnärztinnen/Zahnärzte ergibt sich aus § 343d Abs. 1 ASVG, wobei die verwiesenen Bestimmungen mit der Maßgabe sinngemäß anzuwenden sind, dass an die Stelle der Österreichischen Ärztekammer und der Ärztekammern die Österreichische Zahnärztekammer tritt.

Da die Bestimmung über den Leistungsvertrag auch für Dentistinnen/Dentisten und Vertragspartnerinnen/Vertragspartner im Sinne des § 349 Abs. 3 ASVG anwendbar sein soll, ist eine Zitat Anpassung in § 349 Abs. 1 und 3 leg. cit. erforderlich.

#### **Zu Art. 1 Z 15 (§§ 350 Abs. 1a und 635 Abs. 2 Z 2 ASVG):**

Ab dem 1. Jänner 2012 sollen Verschreibungen von Arzneispezialitäten für den Fall, dass diese in eine bestehende Referenzgruppe eingeordnet werden können, nur mehr unter der Wirkstoffbezeichnung zu erfolgen haben. Es soll jedoch weiterhin aus medizinischen Gründen möglich sein, eine Arzneispezialität unter ihrem Produktnamen mit Ausschluss der Ersetzung durch eine wirkstoffidentente Arzneispezialität zu verordnen.

#### **Zu Art. 1 Z 18, 19 und 25 (Überschrift zu § 351f sowie §§ 351f Abs. 3 und 635 Abs. 2 ASVG):**

Durch die vorgeschlagene Neuregelung soll die Gesundheit Österreich GmbH/Geschäftsbereich Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen jährlich der Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend und dem Hauptverband über die Entwicklung der Abgabe von Arzneispezialitäten berichten. Bis 31. Dezember 2012 soll nach § 635 Abs. 2 ASVG die Berichterstattung halbjährlich erfolgen.

#### **Zu Art. 1 Z 20, 22, 23 und 25 (§ 447a Abs. 3 Z 2, Abs. 10 und 11 sowie 635 Abs. 8 ASVG):**

Da die Sozialversicherungsträger den vollen Ausgleich für die nicht abzugsfähigen Vorsteuern erhalten sollen, müssen auch die bisher gemäß § 1 Abs. 2 GSBG erfolgten Pauschalzahlungen an den Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen und an die Sozialversicherungsanstalt der Bauern in Höhe von 0,585% und 0,185% der Krankenversicherungsaufwendungen der Sozialversicherungsträger umgestellt werden. Die für 2008 erwarteten Pauschalzahlungen in Höhe von rund 100 Millionen Euro werden unter Anrechnung der bereits im Jahr 2008 erfolgten Pauschalzahlungen in Hinkunft als Fixbeträge von 76 Millionen Euro an den Ausgleichsfonds und 24 Millionen Euro an die Sozialversicherungsanstalt der Bauern vom Bundesminister für Finanzen aus Mitteln der Tabaksteuer geleistet. Durch diese Umschichtung tritt keine Änderung bei der Verteilung für die Gebietskörperschaften ein.

#### **Zu Art. 1 Z 21 und 25 (§§ 447a Abs. 5 und 635 Abs. 5 ASVG):**

Die Sozialpartner sprechen sich in ihrem gemeinsam erarbeiteten Konzept über die Zukunftssicherung für die soziale Krankenversicherung vom 7. April 2008 für eine Abschöpfung der Mittel der Rücklage nach § 447a Abs. 5 ASVG („Katastrophenfonds“) aus. Im Jahr 2006 wurden zuletzt 206 000 Euro in Folge der

Hochwasserkatastrophen in einigen Bundesländern ausbezahlt. Derzeit ist der Fonds mit 42,5 Millionen Euro dotiert. Die Aufteilung der Mittel ist vom Hauptverband nach folgenden Kriterien auf die Gebietskrankenkassen vorzunehmen:

1. zu 80 % im Verhältnis des negativen Reinvermögens der Gebietskrankenkassen des vorangegangenen Jahres, wobei eine vorschussweise Aufteilung zulässig ist und
2. zu 20 % zur Deckung eines besonderen Ausgleichsbedarfes nach § 447a Abs. 6 Z 4 aufgrund eines Schlüssels, der jährlich vom Verwaltungsrat der SV-Holding festzusetzen ist.

**Zu Art. 1 Z 24 (§ 634 Abs. 8 ASVG):**

Da der Hauptverband am 8. April 2008, somit fristgerecht bis zum 30. Juni 2008, in der Trägerkonferenz konkrete Maßnahmen zur Effizienzsteigerung und Kostendämpfung in der gesetzlichen Krankenversicherung im Ausmaß von jedenfalls 150 Millionen Euro beschlossen hat, konnte gegenständliche Regelung des § 634 Abs. 8 ersatzlos entfallen.

**Zu Art. 8 Z 1 (§ 3 Abs. 1 lit. c Rezeptpflichtgesetz):**

Hier erfolgt eine Anpassung an die Diktion des Arzneimittelgesetzes (vgl. § 1 Abs. 15 AMG).

**Zu Art. 8 Z 2 (§ 3 Abs. 1a Rezeptpflichtgesetz):**

Die vorgesehene Regelung dient der Anpassung des Rezeptpflichtgesetzes an das im ASVG zu schaffende Referenzpreissystem.

Für die Einführung eines Referenzpreissystems in Österreich ist es erforderlich, im Rahmen des Rezeptpflichtgesetzes die Möglichkeit zu eröffnen, eine Verschreibung auch unter der Anführung des Wirkstoffs/der Wirkstoffgruppe anstelle des Namens der Arzneispezialität zuzulassen.

Erfolgt die Verschreibung unter Anführung des Wirkstoffs/der Wirkstoffgruppe, hat dies unter Verwendung des von der Weltgesundheitsorganisation empfohlenen internationalen Freinamens (INN) zu erfolgen, sofern ein solcher vorhanden ist.

**Zu Art. 9 Z 1 (§ 19a Abs. 4 Z 3 KAKuG):**

Entsprechend dem Vorschlag der Sozialpartner soll bei der Erarbeitung von Richtlinien über die Beschaffung und den Umgang mit Arzneimitteln bei der Verordnung von Arzneimitteln für die Versorgung nach der Entlassung aus einer Krankenanstalt die Beachtung des vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger herausgegebenen Erstattungskodex und der Richtlinie über die ökonomische Verschreibweise (RöV) verbindlich sein.

**Zu Art. 9 Z 2 (§ 24 Abs. 1a KAKuG):**

Im Rahmen des Entlassungsmanagements werden die Krankenanstalten verpflichtet, den chef- und kontrollärztlichen Dienst beratend zu konsultieren, um die Medikationsempfehlung im Entlassungsbrief in Übereinstimmung mit dem vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger herausgegebenen Erstattungskodex und der Richtlinie über die ökonomische Verschreibweise zu gestalten. Diese Verpflichtung wird für solche Fälle vorgesehen, in denen es nach Art und Umfang der Medikation erforderlich ist, zB bei älteren multimorbiden PatientInnen.

**Zu Art. 9 Z 3 (§ 24 Abs. 2 KAKuG):**

Es wird einerseits klargestellt, dass der vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger herausgegebene Erstattungskodex und die Richtlinie über die ökonomische Verschreibweise im Rahmen des Entlassungsbriefes zwingend zu beachten sind, weiters soll ab 1. Jänner 2010 die Medikationsempfehlung grundsätzlich nur mehr unter Angabe des Wirkstoffs bzw. der Wirkstoffkombination, der Stärke und der Darreichungsform erfolgen. Ausnahmen von letzterem Punkt sind nur im Einzelfall dann zulässig, wenn aus medizinischen Gründen die Verschreibung eines bestimmten Präparates erfolgen muss.

**Zu Art. 9 Z 4 (§ 65 Abs. 4e KAKuG):**

Enthält die Umsetzungsfrist für die Landesausführungsgesetzgeber.

**Zu Art. 10 Z 1 (§ 1 Abs. 2 GSBG):**

Sozialversicherungsträger und Krankenfürsorgeeinrichtungen erhalten beginnend mit dem Jahr 2008 an Stelle einer pauschalierten Abgeltung der Vorsteuerbeträge eine 1:1-Abgeltung der einschlägigen Vorsteuerbeträge.

**Zu Art. 10 Z 2 (§ 1 Abs. 4 GSBG):**

Diese Regelung stellt im Vergleich zur Vorsteuerberichtigung bei steuerpflichtigen Unternehmen eine vereinfachte Berichtigung für Beihilfen dar.

**Zu Art. 10 Z 3 (§ 2 Abs. 2 GSBG):**

Die für den Krankentransport und Rettungsdienst sowie für das Blutspendewesen bis 31. Dezember 2008 befristete Beihilfenregelung wird bis 31. Dezember 2013 verlängert.

**Zu Art. 10 Z 4 (§ 6 GSBG):**

Mit dem Übergang zur 1:1-Abgeltung von Vorsteuerbeträgen an Sozialversicherungsträger und Krankenfürsorgeträger entfallen Akontozahlungen.

**Zu Art. 10 Z 5 (§ 8 GSBG):**

Die Neuformulierung ist durch den Entfall der Akontozahlungen und der Jahresabrechnung notwendig. Weiters hat der Hauptverband der Sozialversicherungsträger von der gesamten Abgeltung der Vorsteuern für die Sozialversicherungsträger einen Vorwegabzug in Höhe von 125 Millionen Euro im Jahr 2008, ausschließlich auf die Krankenversicherungsträger zu verteilen.

**Zu Art. 10 Z 6 (§ 16 Abs. 3 und Abs. 4 GSBG):**

Die Umstellung von den Pauschalzahlungen zur 1:1-Abgeltung der Vorsteuerbeträge erfordert detaillierte Übergangsbestimmungen.

**Zu Art. 11 (Bundesgesetz, mit dem der Bundesminister für Finanzen ermächtigt wird, auf Bundesförderungen gegenüber den Gebietskrankenkassen zu verzichten):**

Im Jahr 2007 verzeichneten die Krankenversicherungsträger einen saldierten Gebarungsabgang von 354,8 Millionen Euro, die Gebietskrankenkassen sogar einen solchen in Höhe von 428,9 Millionen. Die Prognosen lassen ein Ansteigen dieser Abgänge erwarten. Verschärft wird die finanzielle Lage durch die Vermögenssituation insbesondere einiger Gebietskrankenkassen.

Zur Entlastung dieser nachteiligen Vermögenssituation soll eine teilweise Entschuldung aus Budgetmitteln des Bundes erfolgen.

§ 1 schafft die Voraussetzungen dafür, dass der Bundesminister für Finanzen gegenüber bestimmten Gebietskrankenkassen auf die im Wege einer Rechtsträgerfinanzierung über die Österreichische Bundesfinanzierungsagentur aufgenommenen Mittel von bis zu 450 Millionen Euro zuzüglich Zinsen verzichten darf.

Voraussetzung für einen derartigen Verzicht ist, dass die Mittel, auf die der Bund verzichtet, jeweils ausschließlich von den Gebietskrankenkassen zur Reduzierung ihrer negativen Reinvermögen verwendet werden, indem ihre Verbindlichkeiten abgedeckt werden.

§ 2 sieht die Zuständigkeit des Bundesministers für Finanzen für die Vollziehung des gegenständlichen Gesetzes vor.

**Zu Art. 12 (Bundesgesetz zur Dämpfung der Heilmittelkosten für die Jahre 2008 bis 2010):**

Die Pharmazeutischen Unternehmer (§ 2 Abs. 13a Arzneimittelgesetz - mit Ausnahme der Großhändler) und Depositeure (§ 2 Abs. 6 Arzneimittelgesetz) sollen für die Jahre 2008 (ab August) und die Jahre 2009 und 2010 verpflichtet werden, einen finanziellen Beitrag zur Dämpfung der Ausgabensteigerung im Bereich der Heilmittelkosten zu leisten. Dazu wird vorgesehen, dass sie einen bestimmten Prozentsatz des FAP bzw. DAP als Preisnachlass bei jenen Arzneispezialitäten gewähren, die auf Rechnung der gesetzlichen Krankenversicherung abgegeben werden. Verträge, die bewirken sollen, dass der Preisnachlass nicht durch den pharmazeutischen Unternehmer bzw. Depositeur getragen werden, sind nichtig.

Da erst bei der Abgabe an den Verbraucher feststeht, ob eine Arzneispezialität konkret auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung abgegeben wird, muss der Preisnachlass operativ bei der letzten Stufe der Vertriebskette angeknüpft werden. Apotheker und hausapothekenführende Ärzte haben den Preisnachlass daher bei der Abrechnung mit der gesetzlichen Krankenversicherung zu berücksichtigen. Zur administrativen Abwicklung können Regelungen im Gesamtvertrag getroffen werden.

Den Apothekern und hausapothekenführenden Ärzten haben das Recht, den Preisnachlass gegenüber ihren Lieferanten selbständig durch Abzug bei der Begleichung von Rechnungen geltend zu machen. Handelt es sich beim Lieferanten um einen Großhändler, hat dieser seinerseits das Recht, den Nachlass gegenüber dem pharmazeutischen Unternehmer bzw. Depositeur durch Abzug zu berücksichtigen. Streitigkeiten aus Rückforderungen sind im ordentlichen Rechtsweg geltend zu machen (§ 3).

§ 2 stellt klar, dass andere gesetzliche Regelungen zur Festlegung von Preisen und Nachlässen (zB Preisgesetz 1992, Verordnung über die Höchstaufschläge im Arzneimittelgroßhandel 2004, Österreichische Arzneitaxe) nicht berührt werden.



Dieses Bundesgesetz ist mit Ende 2010 befristet. Offene Forderungen aus Preisnachlässen in der Vertriebskette werden durch das Außer-Kraft-Treten dieses Bundesgesetzes nicht berührt (§ 4). § 5 enthält die Vollzugsklausel.

## **Finanzielle Erläuterungen**

Aus dem im Sozialpartnerpapier vorgeschlagenen Maßnahmenkatalog sind die finanziellen Auswirkungen der Maßnahmen nicht einzeln bewertbar; darin sind auch solche Maßnahmen enthalten, die im Verhandlungsweg zwischen den Vertragspartnern der Sozialversicherung zu erzielen sind. Das vorgeschlagene Paket im Bereich der Vertragspartner der Krankenversicherung soll jedoch zu einer Dämpfung der jährlichen Ausgabensteigerung in diesem Bereich von rund vier Prozent auf rund zwei Prozent führen. Im Bereich der Aufwendungen für Heilmittel soll eine Dämpfung der Steigerungen auf rund vier Prozent erreicht werden.

Aus finanzieller Sicht sind folgende Maßnahmen hervorzuheben:

**Zu Art. 1 Z 1, 3, 14, 16, 17 und 25, Art. 2 Z 1, Art. 3 Z 1, Art. 4 Z 1, Art. 8 Z 1 und 2 sowie Art. 9 Z 1, 3 und 4 (§§ 31 Abs. 5 Z 13, 136 Abs. 2, 350 Abs. 1a sowie 3a, sowie 351c Abs. 3a ASVG, § 92 Abs. 1 GSVG, § 86 Abs. 2 BSVG, § 64 Abs. 2 B-KUVG, § 3 Abs. 1 lit. c und Abs. 1a Rezeptpflichtgesetz, § 19a Abs. 4 Z 3, 24 Abs. 1a und 2 KaKuG):**

Unter der Annahme einer zu Beginn erzielbaren Substitutionsrate von siebzig Prozent könnte es nach einer im Auftrag des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger erstellten Studie der ÖBIG Forschungs- und Planungsgesellschaft mbH zu Referenzpreissystemen in Europa ab der Einführung des Modells mit dem Jahr 2010 in Österreich zu jährlichen Einsparungen beim Heilmittelaufwand der Krankenversicherungsträger in Höhe von etwa 35 Millionen Euro kommen.

**Zu Art 1 Z 3 und 4 (§§ 340b Abs. 1 und 2 und 349b Abs. 1 und 2 ASVG):**

Durch die Einführung der „PatientInnenquittung“ ergeben sich jährliche Verwaltungskosten für die Vertragspartner/innen der Krankenversicherung mit Ausnahme der Apotheker/innen in Höhe von 20 Millionen Euro.

**Zu Art. 1 Z 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 und 12 (§§ 341 Abs. 1 letzter Satz, 342 Abs. 1 Z 7, 343 Abs. 2 Z 7, 2a und 2b, 343e, 349 Abs. 1, 2 und 3 ASVG):**

Die Sozialpartner gehen davon aus, dass die jährlichen Kostensteigerungen im Vertragspartnerbereich bei rund zwei Prozent stabilisiert werden können. Ausgehend von den Ausgaben der Krankenversicherung im Jahr 2007 in Höhe von 2,02 Milliarden Euro würde es ohne Kostendämpfung zu Ausgaben von 2,272 Milliarden Euro im Jahr 2010 kommen. Bei Umsetzung der vorgeschlagenen Maßnahmen werden die Ausgaben auf 2,174 Milliarden Euro im Jahr 2010 steigen.

**Zu Art. 1 Z 18, 19 und 25 (Überschrift zu §§ 351f, 351f Abs. 3 und 635 Abs. 6 ASVG):**

Die Berichterstattung von GÖG an die Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend über die Entwicklung der Abgabe von Arzneispezialitäten wird mit 30 000 Euro jährlich veranschlagt.

**Zu Art. 1 Z 20 und Art. 10 Z 1, 2, 3, 4, 5 und 6 (§§ 447a Abs. 3 Z 2 und Abs. 11 und 635 Abs. 8 ASVG, §§ 1 Abs. 2 und 4, 2 Abs. 2, 6, 8 erster Satz, 16 Abs. 3 und 4 GSBG):**

Bei einer rückwirkenden Einführung der 1:1-Abgeltung der nicht abzugsfähigen Vorsteuern mit Jahresbeginn 2008 können die Sozialversicherungsträger im Vergleich zum Pauschalsatz von 4,3 % mit einer um rund 125 Millionen Euro höheren Abgeltung als bei der pauschalierten Abgeltung rechnen (Pauschalzahlungen für 2008 rund 560 Millionen Euro; Größenordnung für 1:1-Abgeltung ca. 685 Millionen Euro im Jahr 2008). Weiters hat der Hauptverband der Sozialversicherungsträger von der gesamten Abgeltung der Vorsteuern für die Sozialversicherungsträger einen Vorwegabzug in Höhe von 18% der Beihilfen, das sind im Jahr 2008 rund 125 Millionen Euro, ausschließlich auf die Krankenversicherungsträger zu verteilen.

Die bisher mit den Sätzen von 0,585 % und 0,185 % festgeschriebenen Pauschalzahlungen an den Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger und an die Sozialversicherungsanstalt der Bauern (zusammen rund 100 Millionen Euro im Jahr 2008) entfallen beim GSBG und werden gemäß der seinerzeitigen politischen Vereinbarung als Vorwegabzug bei der Tabaksteuer abgebucht und in § 447a ASVG neu geregelt. Keine Auswirkungen zum Status Quo für den Krankentransport und Rettungsdienst sowie für das Blutspendewesen.

In Abhängigkeit von den Kostendämpfungsmaßnahmen bei den Medikamenten (größter Vorsteuerposten für die SV-Träger) ist in den nächsten Jahren von geringeren Steigerungsraten bei der 1:1-Abgeltung der nicht abzugsfähigen Vorsteuern gegenüber der pauschalen Beihilfe auszugehen. Die Beihilfen für den Krankentransport und Rettungsdienst sowie für Blutspendeeinrichtungen betragen rd. 25 Millionen Euro jährlich.

Da diese Beihilfen im FAG 2008 als Vorwegabzug geregelt sind, entfallen von den geschätzten zusätzlichen Beihilfen für die Sozialversicherungsträger (Größenordnung 125 Millionen Euro) als Ertragsanteile und aufkommensabhängige Transfers auf die Länder rd. 28 Millionen Euro und auf die Gemeinden rd. 14 Millionen. Euro p.a..

**Zu Art. 1 Z 21 und 25 (§§ 447a Abs. 5 und 635 Abs. 7 ASVG):**

Die Sozialpartner sprechen sich in ihrem gemeinsam erarbeiteten Konzept über die Zukunftssicherung für die soziale Krankenversicherung vom 7. April 2008 für eine Abschöpfung der Mittel der Rücklage nach § 447a Abs. 5 ASVG („Katastrophenfonds“) aus. Im Jahr 2006 wurden zuletzt 206 000 Euro in Folge der Hochwasserkatastrophen in einigen Bundesländern ausbezahlt. Derzeit ist der Fonds mit 42,5 Millionen Euro dotiert.

**Zu Art. 11 (Bundesgesetz, mit dem der Bundesminister für Finanzen ermächtigt wird, auf Bundesforderungen gegenüber den Gebietskrankenkassen zu verzichten):**

Der Bundesminister für Finanzen darf gegenüber bestimmten Gebietskrankenkassen auf die im Wege einer Rechtsträgerfinanzierung über die Österreichische Bundesfinanzierungsagentur aufgenommenen Mittel von bis zu 450 Millionen Euro zuzüglich Zinsen verzichten. Ausgehend von der voraussichtlichen Aufteilung dieses Betrages auf die Jahre 2008 und 2009 und der voraussichtlichen Verteilung des negativen Reinvermögens zum 31. Dezember 2007 auf die einzelnen Gebietskrankenkassen ergibt sich folgender Verteilungsschlüssel:

Versicherungsträger	Gesamt	%	2008	2009
Insgesamt	450.000.000		300.000.000	150.000.000
Gebietskrankenkasse Wien	239.148.395	53,14 %	159.432.263	79.716.132
Gebietskrankenkasse Niederösterreich	17.039.543	3,79 %	11.359.695	5.679.848
Gebietskrankenkasse Burgenland	13.663.613	3,04 %	9.109.075	4.554.538
Gebietskrankenkasse Steiermark	98.894.845	21,98 %	65.929.897	32.964.948
Gebietskrankenkasse Kärnten	60.864.961	13,53 %	40.576.641	20.288.320
Gebietskrankenkasse Tirol	20.388.643	4,53 %	13.592.429	6.796.214