

**§ RECHT**

# GESUNDHEITSREFORM 2005



WIEN

Die AK Wien bekennt sich in der Gesundheitspolitik zum gleichen Zugang aller Krankenversicherten zu den Gesundheitsleistungen bis hin zur Spitzenmedizin. Um diesen Anspruch zu erfüllen, ist es unter anderem erforderlich, mit den Versichertengeldern so wirtschaftlich wie möglich umzugehen. Die Verwaltungskosten der österreichischen Krankenversicherungsträger sind vergleichsweise niedrig. Im österreichischen Gesundheitssystem insgesamt besteht allerdings in dessen Teilung in „Sektoren“ Sparpotenzial: Die Versorgung durch niedergelassene Ärzte (Verantwortlichkeit bei den Krankenkassen) und die Versorgung in Spitälern (Verantwortlichkeit bei den Ländern) sind nicht optimal aufeinander abgestimmt. Ob die zwischen Bund und Ländern vereinbarte und gesetzlich festgelegte Organisationsreform hier Fortschritte bringen wird, bleibt abzuwarten.

Die aktuellen finanziellen Probleme der Krankenversicherungsträger werden durch das in der Gesundheitsreform 2005 ebenfalls enthaltene Finanzpaket nicht nachhaltig gelöst. Während die Kosten des Gesundheitssystems auf Grund von an sich erfreulichen Entwicklungen notwendigerweise steigen (ständige Entwicklung der Medizin, wachsende Lebenserwartung der Menschen), stagnieren auf der anderen Seite auf Grund der schlechten Arbeitsmarktlage die Einnahmen der sozialen Krankenversicherung. Hier ist die Bundesregierung eine langfristige Therapie für das Gesundheitssystem schuldig geblieben. Die Bundesregierung bleibt weiterhin aufgefordert, gesetzliche Problemlagen, die die Krankenversicherung einseitig und ungerechtfertigt belasten, zu beseitigen. Hier ist unter anderem die völlig ungenügende pauschalierte Rückerstattung der Mehrwertsteuer auf Medikamente zu nennen; sie kostet die Krankenversicherung jährlich über 80 Millionen Euro. Ebenso notwendig ist es, endlich wirksame gesetzliche Maßnahmen gegen das organisierte Schwarzunternehmertum zu setzen, das die Sozialversicherung jährlich rund eine halbe Milliarde Euro kostet. Schließlich ist zur finanziellen Absicherung des Sozialstaates nichts wirksamer als Vollbeschäftigung: Bei Vollbeschäftigung hätten alleine die Pensionsversicherung und die Krankenversicherung Mehreinnahmen von weit über 2 Milliarden Euro.

Langfristig darf bei unausweichlich steigendem Finanzbedarf in der Krankenversicherung auf Grund der demographischen Entwicklung und des medizinischen Fortschritts die Finanzierung der Krankenversicherung nicht mehr ausschließlich an den Löhnen der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer anknüpfen. Es ist ernsthaft an eine Verbreiterung der finanziellen Basis der Krankenversicherung, auch im Sinne einer Wertschöpfungsabgabe heranzugehen.

**Die Gesundheitsreform 2005 beruht zum Großteil auf einer Art 15a-Vereinbarung zwischen dem Bund und den Ländern im Rahmen des Finanzausgleichs und ist im Finanzausgleichsgesetz 2005, im Gesundheitsreformgesetz 2005 und im 3. Sozialversicherungsänderungsgesetz 2004 geregelt. Sie betrifft vor allem die Organisation des Gesundheitswesens (Bundesagenturen, Landesgesundheitsfonds und Hauptverband), enthält aber auch Bestimmungen zur Finanzierung des Gesundheitssystems und Änderungen im Leistungsrecht.**

Seit 1978 wird die Finanzierung des Spitalswesens durch **Vereinbarungen nach Artikel 15a** Bundesverfassungsgesetz geregelt. Es handelt sich um Verträge zwischen dem Bund und den Ländern, in welchen für jeweils vier Jahre die Planung, Organisation und Finanzierung der Spitäler festgelegt ist. Sie sind Teil des Finanzausgleichs, also der Aufteilung des Steueraufkommens zwischen Bund, Ländern und Gemeinden.

Die alte Vereinbarung trat mit 31.12.2004 außer Kraft. Die neue Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens wird mit 1.1.2005 wirksam und läuft am 31.12.2008 aus. Zur Durchführung der neuen Vereinbarung sind die von ihr betroffenen Bundes- und Landesgesetze an die Vereinbarung anzupassen. (Ausnahme: die Bestimmungen über die Landesgesundheitsfonds, die spätestens mit 1.1.2006 wirksam werden müssen).

Die Umsetzung der Vereinbarung auf Bundesebene erfolgt im Rahmen des **Finanzausgleichsgesetzes 2005**

**(FAG; BGBl 2004/156)** und des **Gesundheitsreformgesetzes (BGBl 2004/179)**. Da die Spitalsfinanzierung im Mittelpunkt der Vereinbarung steht, wird hier das neue System der Spitalsfinanzierung dargestellt.

Ohne diese Vereinbarung würde mit dem 1.1.2005 wieder die Rechtslage vom 31.12.1977 wirksam werden. Das würde bedeuten, dass anstelle der „**Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung**“ (Abgeltung der Anstaltspflege durch die Krankenkassen nach diagnosebezogenen Normkosten) und der „**Einnahmenorientierten Ausgabenpolitik**“ (die Ausgaben der Krankenkassen für Anstaltspflege werden mit der Steigerungsrate der Einnahmen begrenzt) das frühere System der Betriebsabgangsdeckung zur Anwendung kommen würde. Das wäre mit einer massiven Mehrbelastung der Krankenkassen verbunden.

Die Vereinbarung geht über eine Neuregelung der Spitalsfinanzierung hinaus. Sie enthält ein **Maßnahmenpaket zur Schließung finanzieller Lücken in der gesetzlichen Krankenversicherung** und der Spitäler sowie eine **Organisationsreform** des gesamten Gesundheitswesens.

## HÖHERE EINNAHMEN

Die Gesundheitsreform 2005 enthält folgende Maßnahmen zur Verbesserung der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung:

- **Anhebung des Krankenversicherungsbeitrages um 0,1%** (bringt 120 Millionen Euro, die jeweils zur Hälfte

auf Länder und Sozialversicherung aufgeteilt werden); die Beitragserhöhung ist bis Ende 2008 befristet.

- **Erhöhung der Tabaksteuer** (90 Millionen Euro), wobei zwei Drittel davon über den Ausgleichsfonds der Kassen für die Krankenanstaltenfinanzierung an die Länder als Spitalerhalter fließen sollen, das letzte Drittel an den neuen Fonds für Vorsorgeuntersuchungen und Gesundheitsförderung beim Hauptverband.
- **Außerordentliche Anhebung der Höchstbeitragsgrundlage** um 90 Euro (30 Millionen Euro, jeweils zur Hälfte Länder und Sozialversicherung) aufgrund des Pensionsharmonisierungsgesetzes.
- Höherer **Selbstbehalt bei Sehbehelfen** (35 Millionen Euro).
- **Erhöhung der Spitalskostenbeiträge um 2 Euro** (15 Millionen Euro), die den Bundesländern aber freigestellt ist.

In Summe sind das 290 Millionen Euro. 150 Millionen Euro gehen an die Länder und 140 Millionen Euro an die gesetzliche Krankenversicherung.

Was nun die Einschätzung der Maßnahmen anbelangt, enthalten einige davon nicht nur die für die soziale Krankenversicherung wesentlichen solidarischen Elemente (höhere Beiträge, höhere Höchstbeitragsgrundlage, Tabaksteuer), sondern sind in Anbetracht der Finanzlage der Kassen auch notwendig. Höhere Selbstbehalte wie die Anhebung des Spitalskostenbeitrags und die Verminderung der Kostenzuschüsse zu Sehbehelfen sind hingegen problematisch; in Wahrheit handelt es sich um „Krankensteuern“, wozu es eine Reihe von solidarischen Finanzierungsalternativen gibt. Sie reichen von einer stärkeren Anhebung der Höchstbeitragsgrundlage und der Tabaksteuer bis hin zu einer Verbreiterung der Beitragsgrundlagen durch Einbeziehung von Kapitaleinkünften und größeren Vermögen. In Anbetracht der „Beitragserosion“ (wachsende Ausgaben, aber durch Arbeitslosigkeit, atypische Beschäftigung etc. stagnierende Einnahmen der Krankenversicherung aus der beitragspflichtigen Lohnsumme) wäre auch an eine wertschöpfungsbezogene Beitragsgrundlage für den Dienstgeberbeitrag zu denken.

Den mit den Finanzierungsmaßnahmen erreichten Mehreinnahmen bzw. Einsparungen sind jedoch die Kassendefizite der nächsten Jahre gegenüber zu stellen. Im Jahr 2005 wird mit Abgängen in der gesetzlichen Krankenversicherung von € 418 Millionen, im Jahr 2006 mit € 580 Millionen Euro gerechnet. Es zeigt sich also, dass die Defizite der nächsten Jahre nur über die Gesundheitsreform nicht abgedeckt werden können.

Dazu kommt aber noch eine weitere finanzielle Entlastung aus dem **Budgetbegleitgesetz 2004**, und zwar ein Betrag von rund 100 Millionen Euro aus der Arbeitslosenversicherung (Abgeltung des Krankengeldes für Arbeitslose), der zu den 130 Millionen Euro hinzugerechnet werden muss. Nach dieser Gebarungsvorschau ist für das Jahr 2005 mit einem Gebarungsabgang von rund 220 Millionen und im Jahr 2006 von 360 Millionen Euro zu rechnen (Stand Dezember 2004).

Weil also die zusätzlichen Geldflüsse bzw. Entlastungen nicht ausreichen werden, die Abgänge in den Folgejahren auszugleichen, ist zu befürchten, dass neue

Selbstbehalte eingeführt und Leistungen gekürzt werden.

In diesem Zusammenhang ist auf Artikel 17a der Vereinbarung zur Spitalsfinanzierung zu verweisen. Diese Bestimmung sieht eine bis Ende 2008 befristete Erhöhung der Krankenversicherungsbeiträge vor. Für die Zeit danach soll (siehe Artikel 30 Abs. 2 der Vereinbarung) ein Maßnahmenpaket zur Kostendämpfung und Effizienzsteigerung geschnürt werden, sodass auf die Beitragserhöhung wieder weitgehend verzichtet werden kann. Damit stünden der Krankenversicherung dann ab 2008 nur mehr 180 Millionen Euro zur Verfügung, es ist aber offen, ob der Fehlbetrag wirklich durch die angekündigten Strukturreformen realisiert werden kann.

### **Exkurs: Sehbehelfe und andere Leistungsänderungen im Bereich der Wiener Gebietskrankenkasse (seit Mitte 2004)**

Umstritten ist vor allem die **gesetzliche Neuordnung des Kostenanteils der Patienten zu den Sehbehelfen** (Brillen und Kontaktlinsen). **Leistungsverschlechterungen** im Geltungsbereich der Wiener Gebietskrankenkasse **seit Mitte 2004** betreffen aber nicht nur Sehbehelfe, sondern auch Kuraufenthalte, Krankentransporte, Reise- und Fahrtkosten, Kunststoffprothesen und das Krankengeld. Es handelt sich um Satzungsleistungen, die auf Grund der ungünstigen Gebarungssituation der Kasse auf politischen Druck hin zurückgenommen werden mussten.

#### **Brillen und Kontaktlinsen**

Nach dem neuen § 137 Abs. 2 ASVG (siehe Art 3 Z. 14 FAG) werden die Kosten für Brillen und Kontaktlinsen nur mehr dann von der Kasse übernommen, wenn sie höher sind als 60% der Höchstbeitragsgrundlage für den Kalendertag (2005: 72,60 Euro). 10% der Kosten, mindestens aber 72,60 Euro (2005) sind von den Versicherten selbst zu tragen. Bei Angehörigen verringert sich der Mindestbetrag auf 24,20 Euro.

Die Kosten für Dreistärkengläser (Gleitsicht- und Trifokalbrillen) werden nicht mehr übernommen. Die Gebrauchsdauer darf für Brillen drei Jahre nicht unterschreiten.

#### **Kur-, Erholungsaufenthalte, Landzuschüsse**

Sie wurden ab 1. 8. 2004 als Leistungen der Krankenversicherung gestrichen. Weiterhin kann aber von erwerbstätigen Versicherten und Pensionisten direkt ein Antrag bei der Pensionsversicherungsanstalt auf Kur- und Erholungsaufenthalte gestellt werden. Für mitversicherte Angehörige sind in Zukunft aber keine Kuren etc. mehr vorgesehen.

#### **Krankentransporte (Rettung)**

Die Versicherten werden für einen Krankentransport je Fahrt die doppelte Rezeptgebühr (2005: 8,90 Euro) entrichten müssen. Ausgenommen sind Transporte im Rahmen von Erste-Hilfe-Leistungen, bei Personen, die von der Rezeptgebühr befreit sind, bei Personen bis zum 15. Lebensjahr und bei Fahrten zur Strahlentherapie, Chemotherapie und Dialyse. Die Vorschreibung durch die Wiener Gebietskrankenkasse erfolgt nach Rechnungsle-

gung des Vertragspartners (z.B. des Roten Kreuzes). Kosten für Transporte zur Inanspruchnahme von Rehabilitation in Spitalsambulanzen werden in Zukunft nur mehr für rezeptgebührenbefreite Personen übernommen.

### **Reise und Fahrtkosten (öffentliche Verkehrsmittel)**

Für gefähige Versicherte und Angehörige werden künftig keine Reise- und Fahrtkosten übernommen.

### **Kunststoffprothesen**

Die Zuzahlungen der Versicherten werden von 25% des jeweiligen Tarifs auf 50% erhöht.

### **Krankengeld**

Die Höchstdauer des Krankengeldbezuges bei ein- und derselben Erkrankung (Eintritt der Arbeitsunfähigkeit beginnend ab Oktober 2004!) wird auf 52 Wochen beschränkt. Davor konnte das Krankengeld bis auf 78 Wochen erstreckt werden.

## **GESUNDHEITSORGANISATION**

Eines der Grundprobleme des österreichischen Gesundheitssystems ist dessen „**Sektoralisierung**“. Für die ambulante Versorgung (durch niedergelassene Ärzte, Psychotherapeuten etc.) und für Medikamente ist die Sozialversicherung (SV) zuständig, während die Spitäler in die Zuständigkeit der Länder fallen. Beide Bereiche sind nur ungenügend „verzahnt“, Doppelgleisigkeiten und Angebotskonkurrenzen (z.B. zwischen niedergelassenen Fachärzten und Spitalsambulanzen) sind die Folge.

Die Bundesregierung hat sich in der Gesundheitsreform für einen Kompromiss entschieden: Die genannten Versorgungsbereiche werden auch in Zukunft nicht „aus einer Hand“ (von der SV oder von den Ländern) geregelt und finanziert, sondern sollen in Zukunft gemeinsam gesteuert werden. Zu diesem Zweck werden

- eine **Bundesgesundheitsagentur mit einer Bundesgesundheitskommission**
- und **neun Landesgesundheitsfonds mit Gesundheitsplattformen** eingerichtet.

Die Bundesgesundheitsagentur wird vom Bund in Form eines öffentlich-rechtlichen Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit eingerichtet. Sie übernimmt bundesweite Aufgaben der Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens, wie beispielsweise die Leistungsangebotsplanung (Gesamtplanung des Angebots an Spitälern, Ambulanzen, Ärzten und Großgeräten), die Erarbeitung leistungsorientierter Vergütungssysteme (Honorierung der Ärzte), Qualitätssicherung, Prävention (Vorbeugung), Dokumentation und Telematik (automationsgestützter Datenaustausch zwischen Spitälern, niedergelassenen Ärzten etc.). Die Entscheidungen der Agentur trifft die Bundesgesundheitskommission, die sich aus Vertretern des Bundes, der Länder, des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger, der Ärztekammer, der Städte und Gemeinden, der konfessionellen Spitäler und der Patientenvertretungen zusammensetzt.

In ihr hat zwar die Bundesregierung die Mehrheit, es ist aber für gültige Beschlüsse grundsätzlich ein Einvernehmen mit den Ländern und dem Hauptverband der Sozi-

alversicherungsträger herzustellen. Im Hauptverband hat die Bundesregierung allerdings für eine Dominanz der Dienstgeber und anderer Selbstständigen-Gruppen gegenüber den ArbeitnehmerInnen gesorgt, sodass ein Überstimmen der Arbeitnehmerinteressen auch in der Bundesagentur möglich ist. Erst eine demokratische Repräsentation der Kassen und der ArbeitnehmerInnen durch den Hauptverband würde eine adäquate Vertretung auf Bundesebene gewährleisten. Bedauerlicherweise ist das auch nach der mittlerweile zweiten Hauptverbandsreform nicht der Fall (siehe dazu Hauptverbandsreform).

Für jedes Bundesland wird ein Landesgesundheitsfonds zur Erfüllung landesspezifischer Gesundheitsaufgaben eingerichtet. Das oberste Organ ist die Gesundheitsplattform, die ähnlich besetzt ist wie die Gesundheitskommission. In Angelegenheiten des **stationären** („intramuralen“) **Bereiches** (Krankenanstalten inklusive Spitalsambulanzen) haben die Länder die Mehrheit, im **ambulant** („extramuralen“) **Bereich** der niedergelassenen **Leistungserbringer** (Ärzte, Psychotherapeuten und andere freie Gesundheitsberufe) die Sozialversicherung, bei Angelegenheiten des „**Kooperationsbereiches**“, die sowohl in die Zuständigkeit der Länder als auch der Sozialversicherung fallen, ist aber stets Einvernehmen zwischen dem Land und der Sozialversicherung herzustellen. Bei Beschlüssen, die gegen jene der Bundesgesundheitsagentur verstoßen, hat der Bund ein Vetorecht. Dem „Kooperationsbereich“ müssen für Leistungsverchiebungen von einem in den anderen Versorgungsbereich finanzielle Ressourcen (Reformpool) im Ausmaß von mindestens 1% der Gesamtmittel (2007 und 2008: 2%) zur Verfügung gestellt werden. Zur Beratung der Landesgesundheitsfonds kann eine Gesundheitskonferenz eingerichtet werden, in der alle wesentlichen Akteure des Gesundheitswesens vertreten sind. Alle Institutionen des Gesundheitswesens müssen zusammenwirken (Datenaustausch, Verschreibung von Medikamenten etc.).

Die Organisationsreform wird auf Bundesebene im **Gesundheitsreformgesetz 2005** (vor allem im Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten und in den Sozialversicherungsgesetzen) geregelt. Ein wichtiger Aspekt der Neuorganisation betrifft die „**Integrierte Gesundheitsstrukturplanung**“. Sie umfasst alle Ebenen der Versorgungsstruktur, also neben dem ambulanten und stationären auch den Rehabilitations- und Pflegebereich. Grundlage der integrierten Planung ist der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG), der bis Ende 2005 wirksam werden soll und bereits die Leistungsangebotsplanung für den stationären Bereich und die aktuelle Darstellung der übrigen Bereiche enthalten soll.

Gegenüber dem ursprünglichen „Agenturenmodell“, das Bund und Länder in die Lage versetzt hätte, die SV in allen Belangen zu überstimmen, ist die nunmehr vorgesehene Lösung auch für die Arbeitnehmerseite insofern moderater, als dies nicht mehr möglich ist. Auch die von der Arbeitsgemeinschaft der Krankenversicherungsträger vorgeschlagene Gesundheitspartnerschaft wäre ohne eine gemeinsame Einrichtung aller Financiers nicht ausgekommen. Das heißt also, dass im Kernbereich der

SV – der Leistungsangebotsplanung für den ambulanten Bereich und der Vergütung ärztlicher Leistungen – die SV weiterhin zuständig bleibt. Die von der Gesundheitsministerin im Konzept der „Gesundheitsagenturen“ enthaltene Möglichkeit, dass die SV von Bund und Ländern überstimmt wird, hätte die Aushebelung der Selbstverwaltung und den Verlust autonomer Entscheidungen bedeutet. Dem konnte unmöglich zugestimmt werden.

Ob diese Neustrukturierung des Gesundheitswesens die Versorgung verbessert oder nur die Bürokratie aufbläht, hängt entscheidend davon ab, ob die mit der Reform angestrebte Kooperation zwischen der SV und der öffentlichen Hand mit Leben erfüllt werden kann. Fatal wäre, wenn es zwar wieder einige Institutionen im Gesundheitssystem mehr gibt, notwendige Entscheidungen aber auf sich warten lassen.

Zum Gesetzespaket des Gesundheitsreformgesetzes zählt auch das **Gesundheitsqualitätsgesetz**. Im Zentrum des damit angestrebten „**gesamtösterreichischen Qualitätssystems**“ steht erstens die gesetzliche Ermächtigung an das Gesundheitsministerium, in Verordnungen oder Empfehlungen Bundesqualitätsrichtlinien festzulegen, die sich an die Leistungsanbieter (niedergelassene Ärzte, Spitäler usw.) richten (z.B. eine auf allen Ebenen qualitätsgesicherte Diabetesversorgung). Zweitens ist ein unabhängiges „**Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen**“ zu schaffen, das die Qualitätssicherung vorantreiben soll. Grundlage der Qualitätssicherung ist eine laufende Erhebung der Qualität bei den Anbietern.

Neu in diesem Paket ist auch das **Gesundheitstelematikgesetz**. Mit diesem Bundesgesetz werden Bestimmungen zur Datensicherheit für den elektronischen Verkehr mit Gesundheitsdaten festgelegt sowie ein entsprechendes Informationsmanagement eingerichtet. Ein sicherer Datenaustausch im Gesundheitswesen soll Behandlungsschnittstellen überbrücken und Doppeluntersuchungen vermeiden helfen.

Ob Qualitätssicherung und Gesundheitstelematik tatsächlich im Sinne der Optimierung der Behandlung sowie größtmöglicher Kosteneffizienz wirksam werden, wird davon abhängen, ob die gesetzlichen Rahmenbestimmungen zur Qualitätssicherung durch entsprechende Leitlinien tatsächlich umgesetzt und das Gesundheitswesen wirklich telematisch vernetzt wird.

## HAUPTVERBANDSREFORM 2005

Die Hauptverbandsreform des Jahres 2001 hob der Verfassungsgerichtshof mit der Begründung, der Selbstverwaltung im Hauptverband fehle es an demokratischer Legitimation, in wesentlichen Teilen auf. Aber auch in der Neuregelung finden sich erneut Anhaltspunkte für eine Verfassungswidrigkeit (z.B. sind nicht alle Kassen Mitglieder der Trägerkonferenz und die Versicherungsträger sind darin nicht nach Mitgliederstärke vertreten).

Der Hauptverband besteht nunmehr (siehe die Neurege-

lung im 3. Sozialversicherungs-Änderungsgesetz 2004) aus zwei Verwaltungskörpern:

- **Trägerkonferenz**
- **Verbandsvorstand**

Die **Trägerkonferenz** besteht aus den Obmännern/Obfrauen der Versicherungsträger und deren ersten Stellvertretern sowie insgesamt drei Seniorenvertretern. Bei den Unselbständigen-Trägern ist der erste Stellvertreter immer ein Vertreter der Dienstgeber, mit dem Ergebnis, dass von den 37 Kassenvertretern in der Trägerkonferenz 20 den Dienstgebern und sonstigen Selbständigen, 14 den Dienstnehmern und drei den Seniorenbeiräten zuzuordnen sind. Mit dieser auf der „Beitragsparität“ (dazu später) beruhenden Regelung verschafft sich die Bundesregierung die parteipolitische Mehrheit in der Trägerkonferenz, obgleich die Arbeiterkammerwahlen für die Koalitionsparteien verloren gegangen waren.

Ähnlich ist die Vorgangsweise in dem für die Hauptverbandspolitik sehr maßgebenden **Verbandsvorstand**. Er besteht aus zwölf Mitgliedern, jeweils fünf werden nach den jeweiligen Bundeswahlergebnissen von Wirtschaftskammer und Bundesarbeitskammer, eines von der Gewerkschaft öffentlicher Dienst und eines von der Landwirtschaftskammer vorgeschlagen. Auch hier sind die Koalitionsparteien in der Mehrheit.

Im Zentrum der Hauptverbandsreform steht ohne Zweifel die sogenannte **Beitragsparität**, d.h. die Vorstellung, dass sich Dienstgebervertreter und Dienstnehmervertreter die Sozialversicherungsbeiträge teilen und deshalb auch **zu gleichen Teilen** den Hauptverband verwalten sollen. Die „Beitragsparität“ ist die ideologische Grundlage der Hauptverbandsreform der Bundesregierung. Sie nützt ihr und der Wirtschaft. Sie ist jedoch sachlich unzutreffend:

Der Sozialversicherungsbeitrag ist ein Teil („Sozialentgelt“) der Arbeitskosten. Der Umstand, dass er getrennt als Dienstnehmer- und Dienstgeberbeitrag ausgewiesen und abgeführt wird, ändert daran nichts. Somit entfällt die sachliche Grundlage für eine „beitragsparitätische“ Zusammensetzung des Hauptverbandes.

Ökonomisch gesehen werden auch die Dienstgeberbeiträge (vor allem durch Überwälzung auf Preise und Löhne) am Ende immer von den Dienstnehmern getragen, auch wenn sie formal den Dienstgebern zugeordnet werden. Damit verbietet sich aber auch eine gleichgewichtige Vertretung im Hauptverband.

Vor allem aber muss die Selbstverwaltung überwiegend die Interessen der Versicherten repräsentieren – und da stehen über drei Millionen unselbständig Versicherten 300.000 selbständig Versicherte gegenüber! Diese Relation findet in der Zusammensetzung der Gremien keinen Niederschlag.

Allerdings ist die Frage der Beitragsparität und damit eine andere Zusammensetzung des Hauptverbandes im Verhandlungsweg nicht zu lösen. Es wird daher dem Verfassungsgerichtshof übertragen werden müssen, eine sachgerechte Entscheidung zu fällen.

## CHEFARZTPFLICHT

Gemäß § 609 Abs. 9 ASVG ist die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen ermächtigt, die **Chefarztpflicht** in einer Verordnung zu regeln und darin zu bestimmen, dass die Einholung der Bewilligung unter Verwendung der **e-card** zu erfolgen hat. Der Abs. 9a bestimmt, dass solange die e-card noch nicht zur Verfügung steht die Verordnung auch eine „nachfolgende Kontrolle“ (mit Dokumentationspflichten des Arztes) an Stelle der Bewilligung vorsehen kann, es sei denn, Kassen und Ärztekammern vereinbaren die Beibehaltung der Chefarztpflicht. Die darauf hin erlassene **Heilmittel-Bewilligungs- und Kontroll-Verordnung** wiederum ermöglicht auch die Vereinbarung einer „Faxlösung“ zwischen Krankenkasse und Ärztekammer (nicht der Patient, sondern der Arzt muss aus der Ordination per Fax um die Bewilligung ansuchen).

Im Bereich der Wiener Gebietskrankenkasse wurde diese unübersichtliche Rechtslage durch eine Vereinbarung mit der Ärztekammer bereinigt, indem vorerst für die meisten Medikamente keine chefarztliche Genehmigung, sondern eine Dokumentationspflicht zur Ermöglichung nachträglicher Kontrolle durch die Krankenkasse verlangt wird. Für die Arbeiterkammer ist mittelfristig eine Abschaffung der Chefarztpflicht denkbar, wenn es gelingt, die ärztlichen Verordnungen, im Interesse eines sparsamen Umganges mit den Versicherungsgeldern quantitativ und qualitativ wirksam zu kontrollieren.

## „SERVICEENTGELT“ FÜR DIE E-CARD

Die **e-card** wird alle Arten von Krankenscheinen ersetzen. Der hierfür maßgebende Zeitpunkt wird regional durch Verordnungen festgesetzt. Für die Karte ist ein **Serviceentgelt** von 10 Euro pro Kalenderjahr (jeweils am 15. November für das folgende Kalenderjahr) zu zahlen (erstmalig am 15. November 2005!) und vom Dienstgeber einzuheben. Vom Serviceentgelt befreit sind Personen, für die keine Krankenscheingebühr eingehoben werden darf (u.a. Kinder, Pensionisten, Rezeptgebührenbefreite).

## NEUE „ZUSCHUSSREGELUNG“ BEI ENTGELTFORTZAHLUNG

Dienstgebern können Zuschüsse aus Mitteln der Unfallversicherung zur teilweisen Vergütung des Aufwandes für die Entgeltfortzahlung nach Unfällen gewährt werden. Der neue § 53 b ASVG sieht nunmehr eine **Zuschussregelung bei Entgeltfortzahlung auch bei Krankheit** vor.

Der Geltungsbereich erstreckt sich auf alle Unternehmen mit bis zu 50 Dienstnehmerinnen, welche Anspruch auf Entgeltfortzahlung haben. Der Dienstgeber erhält 50% des fortgezählten Entgelts (inklusive Sonderzahlungen) für höchstens 42 Kalendertage von der AUVA erstattet. Für die ersten 10 Tage der Krankheit gibt es jedoch keine Erstattung, es sei denn, die Fortzahlung geht auf einen Unfall zurück. Näheres ist durch Verordnung zu regeln.

Auch die neue Zuschussregelung ist nicht mehr als Stückwerk zu Lasten der gesetzlichen Unfallversicherung. Eine umfassende Neuregelung der Entgeltfortzahlung kann nur – wie früher – in einer Fondslösung bestehen.

## DAS SYSTEM DER SPITALSFINANZIERUNG 2005 BIS 2008 IM ÜBERBLICK

Der **Bund** überweist jährlich einen Beitrag in der Höhe von 1,416% des Aufkommens an der Umsatzsteuer (nach Abzug gewisser Beihilfen) und einen Betrag von 242 Millionen Euro an die Bundesgesundheitsagentur (insgesamt 411 Millionen Euro im Jahr 2005).

Die **Sozialversicherung** zahlt jährlich an die Agentur einen Betrag von 83,6 Millionen Euro. Darüber hinaus leisten die Kassen wie in den vergangenen Jahren nach einem gesetzlichen Schlüssel einen Überweisungsbetrag (rund 3,48 Millionen Euro) sowie die Einnahmen aus den Kostenbeiträgen für Angehörige an den beim Hauptverband eingerichteten **Ausgleichsfonds zur Krankenanstaltenfinanzierung**. Dazu kommen noch die Hälfte der Einnahmen aus der Anhebung des Krankenversicherungsbeitrags sowie der Höchstbeitragsgrundlage und zwei Drittel des zusätzlichen Aufkommens aus der Tabaksteuer. Insgesamt sind das 3,62 Milliarden Euro im Jahr 2005.

Sowohl die Bundesagentur als auch der Ausgleichsfonds überweisen diese Mittel nach einem Länderschlüssel an die **Landesgesundheitsfonds**, die sie im Ausmaß der nach dem System der „Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung“ (LKF) erworbenen Punktwerte (bewertet werden Diagnosen auf „Normkostenbasis“) auf die einzelnen Spitäler verteilen. Insgesamt kosten die Spitäler mehr als 8 Milliarden Euro; davon wird also fast die Hälfte von der SV finanziert, der Rest entfällt auf die Spitalsträger (also zumeist auf die Länder). Jeder Euro, der von der SV in die Landesfonds fließt, vermindert demnach den Restfinanzierungsanteil des jeweiligen Landes.