

---

**1345/AB XXII. GP**

---

Eingelangt am 19.03.2004

Dieser Text ist elektronisch textinterpretiert. Abweichungen vom Original sind möglich.

BM für GESUNDHEIT und FRAUEN

## Anfragebeantwortung

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische **Anfrage Nr. 1332/J der Abgeordneten Heidrun Silhavy und GenossInnen** wie folgt:

### Fragen 1, 2, 4 und 7:

Zu diesen Fragen verweise ich auf die Ausführungen des Bundesministers für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz zu der gleichlautend an ihn ergangenen parlamentarischen Anfrage Nr. 1333/J.

### Frage 3:

Selbstverständlich sind gesetzliche Bestimmungen einzuhalten.

Mit dem Budgetbegleitgesetz 2003, BGBl. I Nr. 71/2003, wurden die Bestimmungen über den Behandlungsbeitrag-Ambulanz mit Wirksamkeit ab 1. April 2003 aufgehoben. Der Gesetzgeber hat sich sehr wohl für ein rückwirkendes Außerkrafttreten dieser Regelung entschieden, allerdings erst nach Ablauf des ersten Quartals des Jahres 2003. Daraufhin stellte sich die Frage nach der Administration der noch offenen Behandlungsbeiträge-Ambulanz. Im Hinblick auf die in den Medien oft wiederholte Mitteilung betreffend die Aufhebung des Behandlungsbeitrages-Ambulanz war davon auszugehen, dass viele Betroffene - in Unkenntnis der genauen Rechtslage - nicht mehr mit einer Vorschreibung ihres offenen Behandlungsbeitrages rechneten und daher die Krankenversicherungsträger im Falle einer Vorschreibung mit einer hohen Reklamationsquote konfrontiert gewesen wären. Berechnungen zufolge wären die Einnahmen aus den noch nicht eingehobenen Behandlungsbeiträgen-Ambulanz in keinem vernünftigen Verhältnis zum erwarteten Verwaltungsaufwand gestanden. Daher hat sich der Gesetzgeber - eben insbesondere aus verwaltungsökonomischen Gründen - entschieden, von der Einhebung der noch offenen Behandlungsbeiträge-Ambulanz mit der 61. Novelle zum ASVG, BGBl. I Nr. 145/2003, abzusehen.

Darüber hinaus ist Folgendes zu bedenken:

Bereits die Erstfassung des § 135a ASVG (Behandlungsbeitrag-Ambulanz) enthielt zur Berücksichtigung sozialer Verhältnisse der Versicherten eine Reihe von Ausnahmebestimmungen.

Nach Aufhebung der ursprünglichen Fassung durch den Verfassungsgerichtshof aus formalen Gründen wurde durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 35/2001 mit Wirksamkeit 19. April 2001 der Behandlungsbeitrag-Ambulanz neu geregelt.

Gegenüber der ursprünglichen Regelung wurden die Ausnahmen aus Gründen der sozialen Schutzbedürftigkeit um die mitversicherten Kinder und Bezieher/innen einer Waisenpension ohne anderes Einkommen erweitert. Die medizinischen Ausnahmetatbestände hingegen wurden im Interesse einer geordneten Vollziehung präziser formuliert und eingegrenzt.

Zuletzt erfolgte mit dem Bundesgesetz BGBl. I. Nr. 155/2002 mit Wirksamkeit ab 1. Oktober 2002 eine Ausweitung der Ausnahmetatbestände. Demnach war der (die) Versicherte von der Beitragspflicht auch ausgenommen, wenn in medizinischen Notfällen, wegen Lebensgefahr oder aus anderen Gründen eine stationäre Aufnahme erfolgte oder wenn in diesem Zusammenhang eine anderweitige medizinische Versorgung im extramuralen Bereich nicht in Betracht kam oder Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden erforderlich waren, die außerhalb einer Krankenanstalt in angemessener Entfernung dem (der) Patienten (Patientin) nicht in geeigneter Weise oder nur unzureichend zur Verfügung stehen.

Darüber hinaus konnte der Versicherungsträger auf Antrag des (der) Versicherten in besonders berücksichtigungswürdigen Einzelfällen, insbesondere bei Behandlung vergleichbar schwerwiegender und therapieintensiver Krankheiten sowie in Berücksichtigung der Einkommens- und Vermögensverhältnisse, von der Einhebung des Behandlungsbeitrages auf bestimmte Zeit absehen (oder einen bereits entrichteten Behandlungsbeitrag rückerstatten).

Diese Regelung brachte sohin eine erhebliche Ausweitung der Befreiungsgründe vom Behandlungsbeitrag-Ambulanz, die nach § 603 Abs. 2 ASVG nicht nur für Ambulanzbesuche ab 1. Oktober 2002 galt, sondern auch auf alle „Altfälle“ (Ambulanzbesuche im Zeitraum vom 19. April 2001 bis 30. September 2002) anzuwenden war.

Dies bedeutet unter dem vorhin zitierten verwaltungsökonomischen Blickwinkel, dass eine Vielzahl von Fällen hinsichtlich dieser Ausnahmebestimmungen zu prüfen gewesen wäre, die Verpflichtung zur Zahlung des Behandlungsbeitrages aber nur eine geringe Personenzahl betroffen hätte. Es war daher durchaus sinnvoll, diese Angelegenheit auch für die weiter zurückliegende Vergangenheit zu einem endgültigen Abschluss zu bringen.

Abschließend wird angemerkt, dass der Nationalrat (und nicht etwa die Bundesregierung, wie in der gegenständlichen Anfrage festgehalten) als gesetzgebendes Organ - im Rahmen der verfassungsrechtlichen Möglichkeiten - die Novellen zum Behandlungsbeitrag-Ambulanz erlassen hat.

**Fragen 5 und 6:**

Gemäß § 28 Abs. 1 Kinderbetreuungsgeldgesetz (KBGG) sind die Bezieher/innen von Kinderbetreuungsgeld in der gesetzlichen Krankenversicherung teilversichert, sofern nicht eine Leistungszugehörigkeit zu einer Krankenfürsorgeeinrichtung im Sinne des § 2 Abs. 1 Z 2 B-KUVG besteht. § 8 Abs. 1 Z. 1 lit.f ASVG sowie die entsprechenden Bestimmungen der Parallelgesetze normieren - dem Vorigen entsprechend - dass *Bezieher/innen* von Kinderbetreuungsgeld nach dem KBGG in der Krankenversicherung teilversichert sind. In der Regierungsvorlage zum KBGG heißt es zu Art. 1 § 28 (Krankenversicherung) unter anderem: „ Personen, die das Kinderbetreuungsgeld *beziehen*, sind in der Krankenversicherung teilversichert; zu den Art. 3 bis 6 (Änderung des ASVG, des GSVG, des BSVG und des B-KUVG) heißt es: „Wie schon derzeit KarenzgeldbezieherInnen und BezieherInnen einer Teilzeitbeihilfe nach dem GSVG oder dem BSVG sollen künftig auch Kinderbetreuungsgeld(KBG)-*BezieherInnen* krankenversichert sein,....“. Der Gesetzgeber wollte offensichtlich - wie auch in anderen Nebengesetzen, wie z.B. auch dem Arbeitslosenversicherungsgesetz - die gesetzliche Krankenversicherung an den *Bezug* einer Leistung - und nicht etwa an den Anspruch auf dieselbe - knüpfen. § 10 Abs. 6a ASVG ist daher in diesem Sinne zu interpretieren, sodass die Krankenversicherung der Kinderbetreuungsgeldbezieher/innen mit dem Tag beginnt, ab dem das Kinderbetreuungsgeld bezogen wird oder nur deshalb nicht bezogen wird, weil der Anspruch nach § 6 Abs. 1 Z 1 KBGG ruht. Der Anspruch auf die Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung besteht von Gesetzes wegen; einer Antragstellung bedarf es nicht.

Wenn nun die gesetzliche Krankenversicherung für den Fall des *Bezuges* von Kinderbetreuungsgeld besteht, so hat eine allfällige Rückzahlung des Kinderbetreuungsgeldes keinerlei Einfluss auf die in der Vergangenheit während des Bezuges von Kinderbetreuungsgeld - zu Recht - bestandene gesetzliche Krankenversicherung, zumal die Tatsache des Bezuges von Kinderbetreuungsgeld nicht rückgängig gemacht werden kann. Während des Bezuges von Kinderbetreuungsgeld besteht eine Teilversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung, unabhängig davon, ob das Kinderbetreuungsgeld zurückzuzahlen sein wird oder nicht.