

II-10619 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen
des Nationalrates XVII. Gesetzgebungsperiode

REPUBLIK ÖSTERREICH

BUNDESMINISTERIUM
FÜR ARBEIT UND SOZIALES

Z1.21.891/29-6/90

1010 Wien, den 2. April 1990

Stubenring 1

Telefon (0222) 75 00

Telex 111145 oder 111780

DVR: 0017001

P.S.K.Kto.Nr. 5070.004

Auskunft

Klappe

Durchwahl

49001AB

1990 -04- 03

zu 49461J

B e a n t w o r t u n g

der Anfrage der Abgeordneten Dr.Partik-Pablè, Probst,
betreffend Zuschüsse zu Kuraufenthalten;
(Nr.4946/J).

Die anfragenden Abgeordneten führen aus, daß die Sozialversicherungsträger gemäß § 155 Abs.4 ASVG auch dadurch Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit setzen können, daß sie Zuschüsse zu Landaufenthalten und Aufenthalt in Kurorten bzw. Kuranstalten gewähren. Eine genauere Regelung dieser Zuschüsse sei weder dem ASVG noch den Richtlinien und Satzungen zu entnehmen.

So genehmige beispielsweise die PVA-Wien derzeit einen Zuschuß von S 344,-- pro Tag sowie einen einmaligen Arztkostenbeitrag in Höhe von S 180,--, wobei Kuraufenthalte nur im Abstand von zwei Jahren bewilligt würden. Um diese Beträge zu erhalten, müsse der Versicherte dreimal einen Arzt aufsuchen. Der genannte Kurzuschuß der PVA-Wien sei seit Jahren gleich hoch geblieben und den Preissteigerungen nicht angeglichen worden.

Da ein Überblick über die freiwillig gewährten Leistungen aufgrund der Rechtsvorschriften nicht möglich sei, stellen die anfragenden Abgeordneten an den Bundesminister für Arbeit und Soziales die nachstehende

- 2 -

A n f r a g e :

- 1.) Welche nicht aufgrund der Sozialversicherungsgesetze bzw. der Satzungen und Richtlinien berechenbaren Geldbeträge gewähren derzeit die einzelnen Sozialversicherungsträger als freiwillige Leistungen?
- 2.) Welche Voraussetzungen werden für die Auszahlung dieser Gelder gefordert?
- 3.) Halten Sie einen dreimaligen Arztbesuch vor der Bewilligung eines Kurzuschusses für notwendig oder für eine unnötige Aufblähung des Bewilligungsverfahrens?
- 4.) Wann wurden jeweils die von den Sozialversicherungsträgern als freiwillige Leistungen angebotenen Geldbeträge zuletzt der Geldentwertung angepaßt?
- 5.) Versuchen Sie im Rahmen Ihrer Möglichkeiten darauf hinzuwirken, daß von den einzelnen Sozialversicherungsträgern vergleichbare Beträge gewährt werden und eine der Geldentwertung angepaßte Aufstockung der Beträge in regelmäßigen Abständen erfolgt?

In Beantwortung der Anfrage weise ich zunächst darauf hin, daß der in der Anfrage zitierte § 155 Abs.4 ASVG nur die im Bereich der Krankenversicherung vorgesehenen Maßnahmen der Krankenversicherungsträger zur Festigung der Gesundheit betrifft; für den Bereich der Pensionsversicherung der unselbständig Erwerbstätigen findet sich die entsprechende Rechtsgrundlage im § 307d Abs.2 Z.3 ASVG. Meine nachfolgende Beantwortung nimmt auf beide Bereiche Bedacht.

- 3 -

Zur Frage 1.):

Der Gesetzgeber hat bei der Schaffung der derzeit bestehenden Gliederung der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung auf eine Reihe von Ordnungsprinzipien Bedacht genommen und dabei zunächst zwischen einer Krankenversicherung der unselbständig Erwerbstätigen und einer Krankenversicherung der selbständig Erwerbstätigen unterschieden. Innerhalb der letzteren hat er eine berufsspezifische Unterteilung getroffen und demzufolge die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft und die Sozialversicherungsanstalt der Bauern eingerichtet. Innerhalb der Krankenversicherung der unselbständig Erwerbstätigen hat der Gesetzgeber weiter differenziert, und zwar

- a) nach berufsspezifischen Gesichtspunkten durch die Errichtung der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen, der Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues und der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter;
- b) nach betrieblichen Gesichtspunkten durch die Errichtung von zehn Betriebskrankenkassen und
- c) nach regionalen Gesichtspunkten durch die Errichtung von je einer Gebietskrankenkasse für jedes der neun Bundesländer.

Durch die Schaffung dieser insgesamt 24 Träger der gesetzlichen Krankenversicherung hat der Gesetzgeber offenbar der Unterschiedlichkeit der Voraussetzungen für die Zusammenfassung der betroffenen Personengruppen zu den Riskengemeinschaften der bei den einzelnen Trägern Versicherten und ihrer Angehörigen Rechnung tragen wollen.

Entsprechendes gilt auch für die Organisation und den Aufbau der Träger der gesetzlichen Pensionsversicherung; der Aufbau der Pensionsversicherung folgt grundsätzlich den großen Versichertengruppen (Arbeiter, Angestellte,

- 4 -

Selbständige der gewerblichen Wirtschaft, Selbständige der Land- und Forstwirtschaft).

Bei den Sozialversicherungsträgern handelt es sich um Körperschaften öffentlichen Rechtes, für die der Gesetzgeber die Organisationsform der autonomen Selbstverwaltung vorgesehen hat. Sie haben daher die ihnen durch das Gesetz übertragenen Aufgaben in eigenverantwortlicher Geschäftsführung wahrzunehmen und unterliegen dabei keiner externen Weisung, sondern nur einer Aufsicht des Bundes, die sich aber lediglich auf die Überwachung der Einhaltung der Rechtmäßigkeit und in wichtigen Fragen auch der Zweckmäßigkeit ihrer Vorgangsweise erstreckt.

Zuschüsse zu Kuraufenthalten zählen im Bereich der Krankenversicherung zu jenen Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit, welche die Krankenversicherungsträger unter Berücksichtigung des Fortschrittes der medizinischen Wissenschaft sowie unter Bedachtnahme auf ihre finanzielle Leistungsfähigkeit neben der oder im Anschluß an die Krankenbehandlung gewähren können. Die entsprechenden Rechtsgrundlagen dafür finden sich insbesondere im § 155 ASVG, in den §§ 70 und 70a B-KUVG, im § 100 GSVG und im § 100 BSVG; im Bereich der gesetzlichen Pensionsversicherung ist die Gewährung eines Kurkostenzuschusses zu einem Aufenthalt in einem Kurort oder in einer Kureinrichtung als eine der möglichen Maßnahmen auf dem Gebiet der Gesundheitsvorsorge in den §§ 307 ASVG, 169 GSVG bzw. 161 BSVG vorgesehen.

Bei Berücksichtigung des im vorigen dargelegten Organisationskonzeptes der gesetzlichen Sozialversicherung (Gliederung und Selbstverwaltung) einerseits und der durch das Gesetz vorgeschriebenen Bedachtnahme auf die finanzielle Leistungsfähigkeit jedes einzelnen Versicherungsträgers andererseits wird offenkundig, daß die hier

- 5 -

in Rede stehenden freiwilligen Leistungen nicht im Sinne der Anfrage "aufgrund der Sozialversicherungsgesetze ... berechenbar" sein können. Bei einer gleichartigen Festlegung durch diese Gesetze könnten die bereits erwähnten Verschiedenheiten bei den einzelnen Versicherungsträgern, insbesondere deren jeweilige finanzielle Leistungsfähigkeit, nicht hinreichend berücksichtigt werden. In gleicher Weise kann auch eine Festlegung durch die Satzungen grundsätzlich nicht in Betracht kommen. Sie stünde zwar mit dem Grundsatz der Autonomie der Selbstverwaltung im Einklang, würde aber auf längere Sicht zumindest in etlichen Fällen einen Widerspruch zur gesetzlich vorgesehenen Bedachtnahme auf die jeweilige finanzielle Leistungsfähigkeit der Versicherungsträger im Einzelfall bewirken, weil schon aus verwaltungsökonomischen Gründen die Satzungen ja nicht bei einer jeden Änderung dieser Leistungsfähigkeit angepaßt werden könnten.

Die hier in Rede stehenden Zuschüsse werden daher im einzelnen weder durch das Gesetz noch durch die Satzung festgelegt. Sie werden vielmehr aufgrund von generell für die bei einem Versicherungsträger in Betracht kommenden Personengruppen geltenden und die jeweiligen Beträge festlegenden Richtlinien gewährt, die im Bedarfsfall vom zuständigen geschäftsführenden Verwaltungskörper relativ kurzfristig abgeändert bzw. ergänzt werden können.

Außer diesen Zuschüssen könnte als freiwillige Leistung, die allerdings mit der Absolvierung eines Kuraufenthaltes in keinem zwingenden ursächlichen Zusammenhang steht, in besonders berücksichtigungswürdigen Einzelfällen bei sonst gegebenen Voraussetzungen auch noch eine Unterstützung aus den Mitteln des Unterstützungsfonds des jeweils zuständigen Versicherungsträgers in Betracht kommen; dies aber nur nach Maßgabe des § 84 Abs.6 ASVG

- 6 -

bzw. der gleichartigen Bestimmungen in den anderen Sozialversicherungsgesetzen und aufgrund von Richtlinien im Sinne dieser Bestimmungen.

Die Frage ist daher zusammenfassend mit "keine" zu beantworten. Die Zuschüsse zu Kuraufenthalten werden aufgrund von Richtlinien gewährt.

Zur Frage 2.):

Als Voraussetzungen für die Gewährung der Maßnahmen der Krankenversicherungsträger zur Festigung der Gesundheit werden - abgesehen von den allgemeinen Voraussetzungen, wie zum Beispiel dem Vorliegen eines Versicherungsverhältnisses - zufolge der im vorigen genannten gesetzlichen Bestimmungen neben einer Berücksichtigung des Fortschrittes der medizinischen Wissenschaft und einer Bedachtnahme auf die finanzielle Leistungsfähigkeit des leistungszuständigen Krankenversicherungsträgers auch das vorhergegangene oder noch gegebene Vorliegen des Versicherungsfalles der Krankheit gefordert, weil diese Maßnahmen nur neben der oder im Anschluß an die Krankenbehandlung gewährt werden können.

Das gilt im wesentlichen auch für den Bereich der gesetzlichen Pensionsversicherung, allerdings wird in diesem Zweig eine vorangehende oder begleitende Krankenbehandlung nicht gefordert; die Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge sollen primär den Eintritt eines in der gesetzlichen Pensionsversicherung vorgesehenen Versicherungsfalles (z.B. geminderte Arbeitsfähigkeit oder Hilflosigkeit) hintanhalten.

- 7 -

Zur Frage 3.):

Die Krankenversicherungsträger gewähren die Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit bzw. gewähren die Pensionsversicherungsträger die Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge im Rahmen ihrer autonomen und eigenverantwortlichen Geschäftsführung. Die von ihnen hiebei gewählte Vorgangsweise unterliegt deshalb nicht meiner Einflußnahme. Aus dem Blickwinkel meines gesetzlichen Wirkungsbereiches sehe ich mich daher zu einer Beurteilung der Frage, ob eine wiederholte ärztliche Begutachtung im Zuge der Gewährung einer solchen Maßnahme notwendig ist, nicht in der Lage. Ich möchte aber in diesem Zusammenhang nicht unerwähnt lassen, daß nach den eingeholten Stellungnahmen der in Betracht kommenden Sozialversicherungsträger sowie meiner Ansicht nach ein dreimaliger Arztbesuch zum Zwecke der Bewilligung eines Kurzuschusses im Regelfall nicht als notwendig angesehen werden kann. Es sei denn, man versteht darunter den Besuch eines praktischen Arztes oder Facharztes (anläßlich des Kurantrages), des Chefarztes des Krankenversicherungsträgers (bei Überprüfung der Voraussetzungen) und des Kurarztes (zur Feststellung der Behandlungen). Auf diese Befassung der Ärzte wird aber nicht verzichtet werden können.

Zur Frage 4.):

Wie sich aus den vorstehenden Ausführungen ergibt, obliegt die jeweilige Festsetzung der Höhe der hier in Rede stehenden Geldleistungen den einzelnen Kranken- bzw. Pensionsversicherungsträgern im eigenen Wirkungsbereich. Eine Umfrage hat ergeben, daß derartige Festsetzungen in den letzten Jahren von einer Reihe von Sozialversicherungsträgern vorgenommen wurden, zum Teil sogar mehrmals, aber zu verschiedenen Zeitpunkten und auch in unterschiedlichem Ausmaß, zumal bei diesen Festsetzungen die

- 8 -

Träger auch auf ihre finanzielle Leistungsfähigkeit Bedacht zu nehmen hatten.

Zur Frage 5.):

Im Hinblick auf die schon erwähnte Autonomie der Versicherungsträger und den Umstand, daß bei der Gewährung von Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit bzw. zur Gesundheitsvorsorge auch auf die finanzielle Leistungsfähigkeit der Träger Bedacht zu nehmen war, sehe ich mich nicht in der Lage, einen bestimmenden Einfluß auf die Festsetzung der Höhe von Zuschüssen für den Aufenthalt in Kurorten auszuüben. Die Zuständigkeit und Verantwortlichkeit der Selbstverwaltung erstreckt sich - innerhalb der Budgethoheit - auch auf die Gewährung von freiwilligen Leistungen. Die Reichweite bzw. die Möglichkeit der Gewährung von freiwilligen Leistungen ist auch nicht zuletzt von der finanziellen Lage und somit von den anderweitigen gesetzlichen und vertraglichen Verpflichtungen der jeweiligen Anstalt abhängig.

Ich habe auch den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger ersucht, zur gegenständlichen Anfrage Stellung zu nehmen, zumal ihm u.a. auch die Aufstellung von Richtlinien für die Koordinierung der Aufgaben der Sozialversicherungsträger bei der Gewährung freiwilliger Leistungen zukommt. Der Hauptverband sieht sich ebenfalls (aus den schon von mir geäußerten Überlegungen) nicht veranlaßt, die Höhe der Beträge, die von den einzelnen Versicherungsträgern als Zuschüsse geleistet werden, zu vereinheitlichen oder darauf hinzuwirken, daß in gewissen zeitlichen Abständen eine der Geldentwertung angepaßte Erhöhung der Zuschüsse erfolgt. Abgesehen davon könnte die Geldentwertung nur einer der dafür in Frage kommenden Parametern sein.

Der Bundesminister:

