

Hauptverband der österreichischen
Sozialversicherungsträger
Postfach 600
1031 Wien

Ihr Schreiben vom 1. April 2003
Ihr Zeichen ZI. ZS-R/P-43.00/03 Gm/Er
Unser Zeichen RB dr.pf / DS schm
Unsere Telefaxnummer 3239
Unser Haustr 2528/3940
E-Mail maria.pfeiffer@ooegkk.at
Ihre Kontaktperson Dr. M. Pfeiffer/Mag. H. Schmadlbauer
Datum 15. April 2003

**Entwurf eines Bundesgesetzes, mit dem das ASVG, GSVG, BSVG, B-KUVG im Rahmen
des Budgetbegleitgesetzes geändert werden**

Sehr geehrte Damen und Herren,

die OÖ Gebietskrankenkasse gibt zum vorliegenden Gesetzesentwurf nachstehende Stellungnahme ab, wobei sich sämtliche Bestimmungen ohne Gesetzesbezeichnung auf das ASVG beziehen:

I. Einleitende Bemerkungen

Aus Sicht der OÖ Gebietskrankenkasse ist darauf hinzuweisen, dass ein erheblicher Teil des aktuellen Finanzbedarfs der sozialen Krankenversicherung unmittelbar auf Maßnahmen des Gesetzgebers zurückzuführen ist. Nur beispielsweise seien hier die Mehrbelastung der Krankenversicherung im Bereich der Spitalsfinanzierung, die Senkung des Dienstgeberbeitragssatzes für Arbeiter, die Pauschalierung der KV-Beiträge für Kinderbetreuungsgeld- und AlV-LeistungsbezieherInnen, die Senkung des Hebesatzes in der KV der Pensionisten angeführt. Netto – das heißt unter Berücksichtigung von Mehreinnahmen aus gesetzlichen Maßnahmen – bewirken diese Maßnahmen ab 2001 eine Belastung von 5,5 Mio. Euro, ab 2002 wirksame Maßnahmen schlagen sich netto mit zusätzlichen 15,3 Mio. Euro Belastungen zu Buche.

Im übrigen ist darauf hinzuweisen, dass die Zweckwidmung von Mehreinnahmen aus der Anhebung der Tabaksteuer, wie sie anlässlich der 60. ASVG-Novelle angekündigt wurde, bisher nur für das Jahr 2002 umgesetzt wurde. Die Mehreinnahmen der Jahre ab 2002 fließen – entgegen den Ankündigungen des Vorjahres – nach geltender Rechtslage in das Bundesbudget.

II. Allgemeine Stellungnahme zu den vorgelegten Gesetzesänderungen

Der vorliegende Gesetzesentwurf sieht im Wesentlichen folgende Maßnahmen vor:

- ☒ Einführung von generellen Selbstbehalten in der Krankenversicherung nach ASVG
- ☒ Angleichung der Beitragssätze von Arbeitern und Angestellten
- ☒ Erhöhung des Krankenversicherungsbeitrags für Pensionisten
- ☒ Einführung eines neuen Zusatzbeitrags zur Finanzierung unfallbedingter Leistungen der Krankenversicherung

Zu den Selbstbehalten:

Wie die OÖ Gebietskrankenkasse bereits in zahlreichen Stellungnahmen zur Einführung von Selbstbehalten verschiedenster Ausprägung ausgeführt hat, ist ein Lenkungseffekt von Selbstbehalten im Gesundheitswesen bzw. in der Krankenversicherung nicht zu erkennen. Selbstbehalte bestrafen in Wahrheit nur die Kranken – anders ausgedrückt stellen sie eine Besteuerung von Krankheit dar. Die notwendige Berücksichtigung sozialer Aspekte („Ausnahmeregelungen“) bei der Einführung von Selbstbehalten verstärkt den mit der Einhebung von Selbstbehalten ohnehin bereits bestehenden administrativen Mehraufwand und vermindert die Einnahmen erheblich, da nach einer Studie der OÖ Gebietskrankenkasse nur 23,5 % der PatientInnen 80% der Leistungen benötigen. Da es sich bei den angesprochenen 23,5% überwiegend um chronisch Kranke, alte und sozial schwache Personen handelt, würden (wünschenswerte) soziale Ausnahmen jeglichen Einnahmeneffekt zunichte machen.

Dabei ist von einem Mahnwesen für ca. eine Million Leistungsbezieher (wie bei der OÖGKK) noch gar nicht die Rede. Die Verwaltungskosten pro Versicherten bei jenen Trägern, die jetzt bereits Selbstbehalte in der in Aussicht genommenen Form einheben, liegen wesentlich über jenen bei den Gebietskrankenkasse, denen diese Form der Selbstbehalte bisher fremd war.

Ein weiterer Kritikpunkt ist die Frage der Festlegung des Selbstbehaltes als Fixbetrag oder prozentueller Faktor (Das Gesetz ist hier nicht eindeutig). Insbesondere die Einhebung eines Prozentsatzes ist mit dem Problem verbunden, dass infolge der Limitierungsregelungen, der degressiven Honorare und der Mengenrabattregelungen im Ärztegesamtvertrag eine Ermittlung des Selbstbehaltes als prozentueller Faktor des Ärztehonorares völlig ungeeignet ist. Vertragliche Regelungen über Mengenrabatte, degressive Honorare und Limitierungen sind ökonomisch äußerst sinnvoll, tragen zur Qualitätssicherung in der Medizin bei und sind in anderen Wirtschaftsbereichen ganz selbstverständlich. Sie finden ihre Begründung unter anderem im Effekt der Fixkostendegression bei steigender Auslastung. Nicht zuletzt findet sich hier auch ein

Grund, warum die Aufwendungen der Gebietskrankenkassen im Bereich der ärztlichen Hilfe erheblich niedriger liegen als die Aufwendungen der Kassen, welche Selbstbehältsmodelle haben – und das bei gleichem Leistungsumfang für die Versicherten.

So wie ärztliche Leistungen auf Grund dieser Tarifgestaltung unterschiedlich honoriert werden, würden auch die Selbstbehalte in Form eines Prozentsatzes für eine und dieselbe Leistung unterschiedlich hoch ausfallen – ein Effekt, der keinesfalls gewünscht sein kann. Ein weiteres Problem sind die in den Honorarordnungen enthaltenen Pauschalen, die unabhängig von der Anzahl der Leistungen anfallen; wie soll sich in einem solchen Fall ein Selbstbehalt gestalten?

Die Verpflichtung zur Einhebung sachlich nachvollziehbarer prozentueller Selbstbehalte würde diese vertraglichen Regelungen in Frage stellen. Bei einem Wegfall dieser Modelle muss mit erheblichen Ausgabensteigerungen gerechnet werden. Die den Kranken auferlegten Mehrbelastungen werden also im Wesentlichen durch höhere Honorar- und andere Behandlungsaufwendungen wieder aufgebraucht.

Alles in allem lehnt die OÖ Gebietskrankenkasse die Einführung von Selbstbehalten in der vorgesehenen Form striktest ab, da sie sowohl sozial ungerecht sind als auch wirtschaftlich bzw. gesundheitsökonomisch kontraproduktiv wirken.

Die OÖGKK schlägt vor, anstelle der nachweislich unwirksamen bzw. kontraproduktiven Selbstbehalte auf Erkenntnissen der Gesundheitsökonomie beruhende Modelle der Ausgabenämpfung im ASVG zu verankern. Dazu gehören beispielsweise die Förderung von Ökonomietools für Vertragsärzte, die Betonung der Kostenverantwortung bei den Vertragspartnern der Krankenversicherung sowie eine Beweislastumkehr bei unökonomischem Behandlungsverhalten. Im Bereich der Handelsspannen von Medizinprodukten wäre noch erhebliches Einsparungspotenzial gegeben, das durch Maßnahmen des Gesetzgebers, des zuständigen Ministers und des Hauptverbandes lukriert werden könnte.

Steuerungsmaßnahmen im Gesundheitswesen und der Krankenversicherung sind auf ihre allokativen, verteilungspolitischen und fiskalische Wirkung bzw. Effektivität hin zu überprüfen. In allen drei Bereichen sind Modelle, die bei den Leistungsanbietern ansetzen, Selbstbehalten weit überlegen.

Daneben könnten maßvolle Begleitmaßnahmen auf der Einnahmenseite wie etwa eine geringe Anhebung der Höchstbeitragsgrundlage die Finanzierung der Krankenversicherung absichern helfen, ohne die Belastung daraus auf die schwächsten Mitglieder der Versichertengemeinschaft abzuwälzen.

Zur Angleichung der Beiträge für Arbeiter und Angestellte

Die Angleichung der Beitragssätze von Arbeitern und Angestellten ist grundsätzlich zu begrüßen. Es bleibt aber darauf hinzuweisen, dass die Beitragsparität bei Arbeitern und Angestellten weiterhin verschieden gewichtet ist. Durch den vorgelegten Gesetzesentwurf wird der Dienstgeberbeitrag zur KV der Arbeiter innerhalb kurzer Zeit bereits das zweite Mal spürbar abgesenkt, während die Dienstnehmer nicht im gleichen Ausmaß von den Beitragssenkungen profitieren.

Im übrigen weisen wir darauf hin, dass bei den Gebietskrankenkassen die Anteile von Arbeitern und Angestellten in erheblichem Ausmaß von einander abweichen. Da es bei den Angestellten zu einer Anhebung, bei den Arbeitern aber zu einer Absenkung des Beitragssatzes kommt, profitieren Kassen mit einem hohen Angestelltenanteil, während Träger wie die OÖGKK mit einem hohen Arbeiteranteil verhältnismäßig schwächere Zusatzeinnahmen zu erwarten haben.

Aus Sicht der OÖGKK sind diese Verschiebungen in den Einnahmenstrukturen jedenfalls im Rahmen des Strukturausgleichs im Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger zu berücksichtigen.

Zur Erhöhung des Beitragssatzes in der KV der Pensionisten

Auf die Maßnahmen in der Pensionsversicherung kann aus Sicht der OÖGKK keine detaillierte Stellungnahme abgegeben werden. Fest steht aber, dass die geplanten Einschnitte im Pensionsrecht zu einer weiteren Beitrags-Erosion bei den Krankenversicherungsbeiträgen der Pensionisten sowie zu gleichzeitig steigenden Aufwendungen für die Krankenversicherung von Arbeitslosen führen werden. Schon bisher sind die Eingriffe ins Pensionsrecht an den Beitragseinnahmen der Krankenkassen im Bereich der Pensionisten deutlich sichtbar. Eine Rechnung der OÖGKK hat ergeben, dass schon 2002 alleine aus dem Titel „Beitragssausfälle für Pensionisten“ eine Belastung der Kasse von 1,4 Mio. Euro entstanden ist.

Die im Bereich der ASVG-Pensionen geplanten Einschnitte wirken sich auf mehreren Ebenen auf die finanzielle Situation der Krankenversicherung aus. Einerseits bewirkt die Anhebung des Pensionsantrittsalters sowie die Abschaffung der vorzeitigen Alterspensionen eine Abdrängung von Versicherten in die Arbeitslosenversicherung, die ansonsten in den Bezug einer Pension gekommen wären. Aufgrund der Pauschalierungsregelung des § 42 Abs. 1 AlVG geht diese Steigerung der Leistungsbezieher der AlV voll zu Lasten der Krankenversicherung, ohne dass diesen Leistungsaufwendungen Beitragseinnahmen gegenüberstehen würden. Bei Pensionisten erhalten die KV-Träger dagegen jeweils individuelle Beiträge auf Grundlage der Pensionshöhe.

Arbeitslose verursachen aus mehreren Gründen höhere Leistungsaufwendungen als durchschnittliche Versicherte: aufgrund leistungsrechtlicher Bestimmungen trägt der KV-Träger man-

gels Entgeltfortzahlungsanspruchs sofort den Krankengeldaufwand. Darüberhinaus besteht ein enger Zusammenhang zwischen Alter, Arbeitslosigkeit und Krankheit.

Die Einschnitte bei der Pensionshöhe (durch Verlängerung der Durchrechnungszeiträume, Erhöhung der Abschläge usw.) wirken sich unmittelbar auf die KV-Beitragsgrundlagen der Pensionisten aus. Es ist zu befürchten, dass diese Auswirkungen insgesamt die Mehr-Einnahmen aus der Erhöhung der Beitragssätze der Pensionisten wieder zu Nichte machen.

Diese Faktoren sind offenbar in den finanziellen Erläuterungen nicht berücksichtigt.

Was die proportionale Absenkung des Hebesatzes in der KV der Pensionisten betrifft, stellt sich für uns die Frage, ob die Senkung von Bundeszuschüssen zur ASVG-Pensionsversicherung ein legitimes Ziel einer ASVG-Novelle sein kann und soll. Insgesamt scheinen weite Teile der vorgelegten Novelle ausschließlich von diesem Ziel sowie von einer Entlastung der Dienstgeber getragen zu sein (vgl. u.a. den Wegfall des Unfallversicherungsbeitrags gem. § 51 Abs 6).

Zum Zusatzbeitrag für Freizeit-Unfälle

Der geplante Krankenversicherungs-Beitrag für „Freizeit-Unfälle“ ist aus unserer Sicht sachlich nicht nachvollziehbar. Aus Gründen der Kostenwahrheit erschiene es uns sachlicher, anstelle dieser Beitrags-Erhöhung in der Krankenversicherung eine Lösung für Folgeschäden aus Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten gesetzlich zu verankern. Das strenge Kausalitätsprinzip in der Unfallversicherung führt dazu, dass ein erheblicher Anteil von Spät-Schäden, chronifizierten Leiden in Folge von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten oder sonst in Folge beruflicher Beanspruchung des Organismus von der Krankenversicherung zu tragen sind. Insofern erschiene es eher gerechtfertigt, hierfür eine verstärkte finanzielle Verantwortung der Dienstgeber vorzusezieren anstelle das Risiko von Heim-, Freizeit- und Sportunfällen aus der solidarischen Mitverantwortung der Dienstgeber herauszulösen.

Zu den Beitragsmehreinnahmen und ihren Auswirkungen in der Krankenanstalten-Finanzierung

Die Erläuterungen zu den Mehreinnahmen infolge der Beitragserhöhungen stellen korrekt dar, dass ein erheblicher Teil der Beitrags-Mehreinnahmen an die Landesfonds zur Krankenanstaltenfinanzierung fließen wird, da diese Einnahmensteigerung prozentuell auf den gesetzlich vorgegebenen Beitrag zur Spitalsfinanzierung gem. § 447f umgelegt wird. Die Erläuterungen sind aber insoferne unklar, als nicht exakt definiert ist, wie die angeführten 35% zu verstehen sind. Die entsprechende Formulierung ließe auch den Schluss zu, dass die Krankenversicherungs träger über die Valorisierung hinaus noch zusätzliche Mittel für die Spitalsfinanzierung aufwenden sollen. Dies würde von der OÖGKK strikt abgelehnt.

III. Zu den vorliegenden Bestimmungen im Einzelnen

Teil 1

Zu Z 2, 5, 24, 26, 29, 30 – § 31 Abs. 2 Z 4 und Abs. 5a, § 135 Abs. 3a, § 144 Abs. 6, § 153 Abs. 4, § 153 Abs. 4a

Diese Bestimmungen sehen die Einführung einer Selbstbeteiligung des Versicherten an den Kosten der ärztlichen Hilfe, der chirurgischen und konservierenden Zahnbehandlung und der Behandlung in einer Spitalsambulanz vor. Diese Kostenbeteiligung wird jedoch nicht im Gesetz geregelt, sondern die Regelung einer durch den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger zu erlassenden Verordnung überlassen.

Bereits die Verwendung des Terminus „Verordnung“ ist eine Systemwidrigkeit, denn nach der gängigen Terminologie der ASVG handelt es sich bei den vom Hauptverband erlassenen Normen um Richtlinien, wobei die OÖ Gebietskrankenkasse nicht verkennt, dass die Richtlinien des Hauptverbandes im Stufenbau der Rechtsordnung im Range einer Verordnung stehen.

Diese in § 31 Abs. 2 Z 4 iVm Abs. 5a enthaltene Verordnungsermächtigung („Bedachtnahme auf die im Ausgleichfonds der Krankenversicherungsträger vorhandenen Mittel sowie auf die wirtschaftlichen Verhältnisse der Versicherten“, „einheitlich unter Zugrundelegung der von ihnen im Durchschnitt des vorangegangenen Kalenderjahres erbrachten tariflichen Leistungen“) ist vor dem Hintergrund des Legalitätsprinzips viel zu allgemein gehalten, zu unbestimmt und daher völlig ungeeignet, um dem verfassungsrechtlich gebotenen Bestimmtheitsgebot zu entsprechen. Es liegt hier klassisch der Fall einer formalgesetzlichen Delegation vor, die einer Überprüfung durch den VfGH nicht standhalten würde.

Neben dem Problem der ausreichenden Bestimmtheit bestehen in verfassungsrechtlicher Hinsicht auch noch weitere Bedenken. Diese Verordnung wird nach der Absicht des Gesetzgebers durch die Geschäftsführung des Hauptverbandes mit Zustimmung des Verwaltungsrates erlassen; zur Konstruktion der Geschäftsführung hat der VfGH u.a. in seinem Prüfbeschluss „Haberzettl“ Bedenken geäußert; zum einen fehlt der Geschäftsführung die Weisungsgebundenheit gegenüber einem Organ der Selbstverwaltung um die Aufgabenübertragung als unbedenklich erscheinen zu lassen, zum anderen fehlt es dem zustimmungsberechtigten Verwaltungsrat an der entsprechenden Zusammensetzung, d.h. die Versicherungsträger sind durch diesen nicht repräsentiert.

Auf Grund der aus der Administration des Behandlungsbeitrages Ambulanz gewonnenen Erfahrungen müssten hinsichtlich des Kostenbeitrages auch verfahrensrechtliche Regelungen (Vorschreibung mittels Rückstandsausweis) in das Gesetz aufgenommen werden.

Zu Z 6 bis 13 – § 51 Abs. 1 und 3

Durch die im § 51 vorzunehmenden Änderungen kommt es zu einer Angleichung der Beitragsätze der Arbeiter und Angestellten.

Die Beitragssatz-Angleichung erfolgt allerdings nur auf der Ebene des Gesamtbeitrags. Arbeiter und Angestellte werden beim Dienstnehmerbeitrag nach wie vor ungleich behandelt. Während der effektive Krankenversicherungsbeitrag eines Angestellten 3,6 Prozent + 0,1 Prozent Ergänzungsbeitrag zur Finanzierung unfallbedingter Leistungen beträgt, wird einem Arbeiter 3,8 Prozent + 0,1 Prozent Ergänzungsbeitrag von seinem Bruttolohn abgezogen. Wenn es schon zu einer Angleichung der Beitragssätze kommt, sollte sich diese auch auf die Beitragsparität zwischen Dienstnehmer und Dienstgeber erstrecken.

Im Zusammenhang mit der Änderung der Beitragssätze im § 51 ergibt sich für uns die Frage, ob die Beitragssätze im § 53a Abs. 3 gewollt unverändert bleiben oder hier ein Redaktionsversagen vorliegt.

Zu Z 14 – § 51 Abs. 6

Nach dem Entwurf sind die allgemeinen Beiträge zur Unfallversicherung unter anderem für Personen, die das 60. Lebensjahr vollendet haben, aus den Mitteln der Unfallversicherung zu zahlen. Wir gehen davon aus, dass sich die Bestimmung des § 54 Abs. 3 (Sonderbeiträge) auch auf § 51 Abs. 6 bezieht.

Wenn es schon zu einer Zahlung des UV-Beitrages aus den Mitteln der Unfallversicherungsanstalt für über 60-jährige Personen kommt, müsste auch § 53a idF Gesetzesänderungsantrag zu § 53a über die pauschalierte Abgabe von Dienstgebern geringfügig beschäftigter Personen insoweit geändert werden, als diese Bestimmung nur nach Maßgabe des § 51 Abs. 6 zu gelten hat. Ansonsten läge ein Widerspruch vor, da nach dieser Bestimmung der UV-Beitrag unabhängig von Altersgrenzen zu entrichten ist.

Zu Z 15 – § 51e

Diese Bestimmung sieht die Einführung eines Ergänzungsbeitrages in der Höhe von 0,1% der allgemeinen Betragsgrundlage (Pension) zur Finanzierung (freizeit)unfallbedingter Leistungen der Krankenversicherung vor.

Bei dieser Regelung ist davon auszugehen, dass der Ergänzungsbeitrag auch von den Sonderzahlungen bzw. Pensionssonderzahlungen zu entrichten sein wird. Daher ist § 54 Abs. 5 um einen Hinweis auf § 51e zu ergänzen.

Der vom Gesetzgeber umschriebene Personenkreis erwähnt nur pflichtversicherte Erwerbstätige, freiwillig Versicherte und Pensionisten. In den Erläuterungen wird nur beispielhaft darauf

hingewiesen, dass Selbstversicherte nach § 19a, Bezieher von Leistungen aus der Arbeitslosenversicherung, Personen, die eine Familienhospizkarenz in Anspruch nehmen, Bezieher von Kinderbetreuungsgeld oder Familienangehörige von Wehrpflichtigen von der Beitragspflicht ausgenommen sind.

Nach unserer Auffassung müssten die Ausnahmen klar aus dem Gesetz hervorgehen. Der Gesetzesentwurf lässt nämlich nicht erkennen, ob unter dem Begriff „pflichtversicherte Erwerbstätige“ z.B. auch Ausbildungsverhältnisse im Sinne des § 4 Abs. 1 Z 4, 5, 8 und 11 gemeint sind bzw. ob die gemäß § 9 in die Krankenversicherung einbezogenen Personen sowie der nach § 53a Abs. 3 versicherte Personenkreis der Beitragspflicht unterliegen. Im Hinblick auf die im ASVG verschiedenenartigen Versicherungsverhältnisse ist eine exakte Definition des beitragspflichtigen Personenkreises erforderlich.

Generell halten wir die den vorgesehenen Weg, für die Finanzierung bestimmter Leistungen eigene Beiträge einzuführen für bedenklich, weil dies nicht im Einklang mit dem der Krankenversicherung immanenten finalen Prinzip steht. Darüber hinaus wird die Beitragssparität durch einseitige Verschiebung der Beitragslast hin zu den Versicherten weiter ausgehöhlt. Die Einführung eigener Beiträge für einzelne Leistungen bzw. Versicherungsfälle und damit die Schaffung eigener Risikotöpfe ist daher nicht nur systemwidrig, sondern scheint auch ein Versuch zu sein, auf diesem Weg weitere einseitige Verschiebungen der solidarischen Beitragssparität zu begründen.

Zu Z 16, 17, 18, 19, 37 – § 73 Abs. 1, 1a und 2 sowie § 605 Abs. 4 und 5

Die Erhöhung der Beitragseinnahmen für Pensionisten wirkt sich in der Gebarung der Krankenversicherungsträger nicht in dem Maß aus, wie dies auf Grund der Erhöhung der KV-Beitragssatzes erscheinen mag, da gleichzeitig der Hebesatz („Beitrag der Pensionsversicherung“) proportional gesenkt wird, so dass die Mehreinnahmen der Krankenversicherungsträger in der KV der Pensionisten geringer ausfallen. Auch diese Absenkung des Hebesatzes dient offenbar dem in den Erläuterungen angegebenen Ziel, die mittelfristigen Budgetziele mittels Einsparungen beim Bundesbeitrag zur Pensionsversicherung zu erreichen (vgl. „Finanzielle Erläuterungen“, Seite 42 des ME).

Zu Z 25, 27, 28, 37 – Aufhebung von § 135a, § 148 Z 4a, § 149 Abs. 6 sowie § 605 Abs. 8

Der Entfall des von der OÖ Gebietskrankenkasse von Anfang an als unsinnig und unnötig Verwaltungskosten verursachend anzusehenden Behandlungsbeitrages-Ambulanz wird begrüßt. Allerdings bleibt gemäß § 605 Abs 8 die „Verwaltungskosten-Regelung“ für das Kalenderjahr 2003 weiter anwendbar. Gerade im Jahr 2003 wird durch die zahlreichen Bescheidanträge, Einsprüche und Rückerstattungsanträge (in Oberösterreich ca. 50.000 Vorgänge) sowie durch die infolge der ab 1. Oktober 2002 geltenden Rechtslage stark verminderte Vorschreibesumme die

Einhaltung der 6,5% nicht möglich sein. Zudem sind die 6,5% nur noch von einem Minimalbeitrag der ersten drei Monate zu berechnen und SRÄG-abzugsfähig. In Anbetracht dieser Umstände fordern wir, dass zumindest die 6,5% auch von den **rückgebuchten** Beträgen berechnet werden können.

Noch sinnvoller erscheint es uns aus Gesichtspunkten der Verwaltungsökonomie, die Rückwirkung der Abschaffung von § 135a weiter auszudehnen. Nach der vorliegenden Fassung von § 605 Abs. 2 Z. 2 sind die Behandlungsbeiträge Ambulanz für die Quartale II-2002 bis 01-2003 noch vorzuschreiben – und zwar aufgrund der im Oktober 2002 neu geschaffenen Rechtslage, die den allergrößten Teil der Ambulanzfälle als Ausnahmen definiert. Die Vorschreibung stellt also einen zusätzlichen Aufwand dar, der angesichts der zu erwartenden Einnahmen und der Erkenntnis, dass der Behandlungsbeitrag Ambulanz als gescheitert zu betrachten ist, nicht mehr gerechtfertigt erscheint.

Teil 2

Zu Z 42 – § 605 Abs. 14

Nach dieser Bestimmung hat der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger das Pensionsrecht nach den Dienstordnungen für die Bediensteten bei den Sozialversicherungsträgern Österreichs an einige Bestimmungen des Pensionsgesetzes 1965 anzupassen. Ohne hier jetzt auf den Inhalt der zu übernehmenden Regelungen eingehen zu wollen, sprechen wir uns gegen diese Vorgangsweise aus. Bereits in unserer Stellungnahme zum Budgetbegleitgesetz 2001 (Schreiben der OÖ Gebietskrankenkasse vom 22. September 2000 zu Zl. 12-42.01/00 Gm/Er vom 20. September 2000) wurde ausgeführt, dass das Dienstrecht der Sozialversicherungsbediensteten und damit auch ihr Pensionsrecht privatrechtlich durch Kollektivvertrag zu regeln ist. Gesetzliche Eingriffe in Bereiche, deren Regelung den Kollektivvertragspartnern überlassen ist, bedeuten einen Eingriff in die Koalitionsfreiheit. Eine solche Regelung ist daher mit schwerwiegenden verfassungsrechtlichen Bedenken behaftet.

Freundliche Grüße
OÖ GEBIETSKRANKENKASSE

Helmut Oberchristl
Obmann

Mag. Dr. Johann Mayr
Direktor