

An das
Bundesministerium für
Gesundheit und Frauen
Radetzkystraße 2
1031 Wien

Wirtschaftskammer Österreich
Wiedner Hauptstraße 63 | 1045 Wien
T +43 (0)5 90 900-DW | F +43 (0)5 90 900-3588
E sp@wko.at
W <http://wko.at/sp>

Ihr Zeichen, Ihre Nachricht vom
BMGF-I/B/9 (ASVG-Legistik)
24.9.04

Unser Zeichen, Sacharbeiter
Sp 521/02/Dr.Neu/AW

Durchwahl
3714

Datum
2.11.2004

Bundesgesetz, mit dem das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, das Bauern-Sozialversicherungsgesetz und das Beamten- Kranken- und Unfallversicherungsgesetz geändert wird (3. Sozialversicherungs- Änderungsgesetz 2004 - 3. SVÄG 2004); Begutachtungsverfahren.

Sehr geehrte Damen und Herren!

Die Wirtschaftskammer Österreich erlaubt sich zum vorliegenden Gesetzesentwurf folgende Stellungnahme abzugeben:

Die Wirtschaftskammer Österreich tritt zur sozialen Absicherung von Kleinunternehmern und deren Mitarbeitern für einen Zuschuss zur Entgeltfortzahlung bei Krankheit ein:
Wir haben derzeit bereits eine Regelung im Bereich der Unfallversicherung, durch die nach Unfällen in Betrieben mit bis zu 50 Mitarbeitern 50 Prozent des anfallenden Entgelts ersetzt werden. Da im Zusammenhang mit der Abschaffung des EFZG-Fonds nach wie vor einzelne Probleme bei Kleinbetrieben auftreten und die in der AUVA für diesen Zweck budgetierten Mittel nicht ausgeschöpft worden sind (ca. 70 Mio. Euro Überschuss), wollen wir eine Ausweitung dieser Entgeltfortzahlung auch für lang andauernde und damit betriebsgefährdende Krankheitsfälle.

Wir haben diesbezüglich einen Modellvorschlag durchgerechnet:
Erstattung von 50 Prozent des fortgezahlten Entgelts für maximal 42 Kalendertage nach 10 Tagen Karenzzeit - für Unternehmen mit bis zu 50 Arbeitnehmern → würde ca. 35 Mio. Euro kosten.

Zusätzlich fordert die Wirtschaftskammer die begonnene Gleichstellung der privaten Krankenanstalten mit den öffentlichen Spitälern konsequent fortzusetzen (siehe dazu die Beilage).

Zu den im Entwurf vorgesehenen Änderungen lehnen wir folgende nachdrücklich ab:

- Erweiterung des Unfallversicherungstatbestandes in § 176 Abs. Z. 7 lit. a: die rechtlichen Konsequenzen der Neufassung sind nicht abschätzbar, zudem wird der Verein "Kat.-Zug/Rettungshundestaffel der NÖ. Berg- und Naturwacht neu einbezogen, nachdem wir bereits in unserer Stellungnahme am 11.9.2003 auf die diesbezügliche rechtliche Problematik aufmerksam gemacht haben („ *Gemäß der Bestimmung des § 176 Abs. 1 Z 7 lit.a ASVG muss die Zweckbestimmung einer Organisation, die unter diesen Tatbestand fällt, auf Einsätze zur Leistung erster ärztlicher Hilfe in Notfällen im Inland ausgerichtet sein. Gemäß § 1 lit.e der Statuten des Zweigvereins Niederösterreichische Berg- und Naturwacht - Katastrophen- und Rettungs-Hilfs-Dienst - dient dieser Verein der Unterstützung des Vereins "Niederösterreichische Berg- und Naturwacht" mit Sitz in St. Pölten. Diese Satzungsbestimmung entspricht daher nicht den Tatbestandserfordernissen des § 176 Abs. 1 Z 7 lit.a ASVG.* “)

Bezüglich der Neuregelung der Chefarztpflicht regen wir folgende Modifizierungen an:

- In Art. 1, Zif. 20 wurde im neuen § 619 Abs 3, erster Satz, auf die Einbeziehung der selbständigen Ambulatorien vergessen. Wir gehen davon aus, dass es sich um ein redaktionelles Versehen handelt, weil eine Ungleichbehandlung von Vertragsärzten und selbständigen Vertragsambulatorien, die teilweise auch Gesamtverträgen unterliegen, sachlich ja nicht begründbar ist. Wir regen daher für den neuen § 619 Abs. 3 ASVG, erster Satz, folgende Ergänzung an: *Gesamtvertragspartner nach §§ 341 und 349 Abs 2b ASVG können eine Vereinbarung ...*
- Weiters sollte ein neuer zweiter Satz in § 619 Abs 3 ASVG eingefügt werden. So kann die Ungleichbehandlung von Patienten von Vertragsärzten und Vertragsambulatorien, die nicht in Gesamtverträgen erfasst sind, verhindert werden: *In Einzelverträgen zwischen Krankenversicherungsträgern und Krankenanstalten gemäß § 2 Abs 1 Zif 7 kann die Bindung an die Vereinbarung gem. §619 Abs 3 erster Satz vereinbart werden, sofern eine solche existiert.*
- Ansonsten verweisen wir auf unsere Stellungnahme vom 28.9.2004 zur Heilmittel-Bewilligungs und Kontrollverordnung.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Christoph Leitl
Präsident

Dr. Reinhold Mitterlehner
Generalsekretär-Stv.

BEILAGE

Valorisierung des PRIKRAF:

Auf die dringende Notwendigkeit zur Valorisierung des PRIKRAF haben wir immer wieder hingewiesen. Die bestehende Diskriminierung zu den Landesfonds verschärft sich ohne Wertisicherung des PRIKRAF von Jahr zu Jahr. 2003 und 2004 mussten die Privatkrankenanstalten zwei „Nullohnrunden“, und damit rund 7,3 Mio. € Erlösentgang, hinnehmen. Ein weiteres Jahr ohne Valorisierung würde die Privatkrankenanstalten in ernste wirtschaftliche Bedrängnis bringen. Für 2005 ist eine Valorisierung durch Anpassung des Betrages in §149 Abs 3 daher dringend geboten. Die entsprechende gesetzliche Verankerung muss noch im Jahr 2004 erfolgen, damit die Sozialversicherungsträger die erforderlichen Mittel rechtzeitig budgetieren können. Mittelfristig streben wir eine Regelung an, die die Valorisierung des PRIKRAF analog zu jener der Landesfonds (heutiger §447 ASVG) regelt.

§ 149 Abs 3 ASVG sollte künftig wie folgt lauten:

„Alle Leistungen von bettenführenden Krankenanstalten, [...], im stationären und tagesklinischen Bereich einschließlich der aus dem medizinischen Fortschritt resultierenden Leistungen sind in den Jahren 2002 - 2004 mit einer Zahlung in der Höhe von 72 672 834,17 Euro je Kalenderjahr abgegolten. Für das Jahr 2005 beträgt dieser Betrag XXX. Für die Jahre ab 2006 wird der Betrag des Jahres 2005 jährlich prozentuell entsprechend der Veränderung der Dotierung, die die Landesfonds aus Sozialversicherungsmitteln erhalten, verändert sofern dadurch die Höhe des Betrages von 2005 nicht unterschritten wird. Dieser Betrag ist an den Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds [...]“

Der Betrag des Jahres 2005 (im Vorschlag mit XXX bezeichnet) errechnet sich dabei wie folgt: 72.672.834,17 zuzüglich 1,9% zuzüglich 6,1% zuzüglich der Valorisierung der Landesfonds von 2004 auf 2005, sofern diese über Null liegt.

Kostenbeiträge für Mitversicherte gem. § 149 Abs 5 ASVG

Gemäß §447 Abs 7 und 8 ASVG verbleiben die Kostenbeiträge der Mitversicherten, die Patienten von landesfondsfinanzierten Krankenanstalten sind, in den Landesfonds, während §149 Abs 5 letzter Satz eine Gegenverrechnung mit dem Fondsvolumen des PRIKRAF vorsieht. Wir erachten dies als eine sachlich nicht gerechtfertigte Diskriminierung der Privatkrankenanstalten.

Der Fachverband fordert daher, dass die Kostenbeiträge der Mitversicherten ohne Gegenverrechnung mit dem Pauschalbetrag gem. §149 Abs 3 im PRIKRAF verbleiben. Dazu soll der letzte Halbsatz von §149 Abs 5 ASVG ersatzlos gestrichen werden.

„Nettostellung“ der PRIKRAF-Mittel

Die Nettostellung des PRIKRAF wurde bei dessen Gründung von Finanzminister BM Grasser, von namhaften ÖVP-Abgeordneten und in der Folge auch von Herrn BM Haupt zugesagt. Dies entspricht auch der Gesetzessystematik des ASVG, die sich durchgängig am Prinzip der Sachleistung orientiert.

Vor dem Hintergrund der immensen Erlösausfälle durch die nicht erfolgten Valorisierungen in den Jahren 2003 und 2004 fordern wir die seit dem Jahr 2000 bestehende Zusage zur Nettostellung des PRIKRAF nunmehr umzusetzen. Dazu sollte §149 Abs 3 ASVG um einen neuen zweiten Satz mit folgendem Wortlaut erweitert werden: *Der genannte Betrag ist zuzüglich*

Ilich der von diesen Krankenanstalten jeweils auf diese Leistungen zu verrechnenden gesetzlichen Umsatzsteuerbeträge zu verstehen.

Diese Formulierung ist seinerzeit unter anderem mit den Staatsekretären Waneck und Finz und den Abgeordneten Stummvoll, Rasinger und Hartinger sowie in der Folge auch mit BM Haupt abgestimmt worden.

Kostenerstattung für Nicht-PRIKRAF-KA (§ 150 (2) ASVG)

Derzeit bestehen im Bereich der bettenführenden Privatkrankenanstalten sachlich nicht gerechtfertigte Unterschiede in der Honorierung von PRIKRAF-Krankenanstalten und denen, die nicht über den PRIKRAF finanziert werden. Der PRIKRAF rechnet leistungsorientiert ab, während in den Nicht-PRIKRAF-Krankenanstalten ein Tagsatz idH des durchschnittlichen Tagsatzes im PRIKRAF zur Anwendung kommt.

Im Sinne einer durchgängigen Abrechnung nach den Grundsätzen der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) schlagen wir folgende Neugestaltung von § 150 Abs. 2 ASVG vor:

„Der Pflegekostenzuschuss ist für Versicherte, die in einer Krankenanstalt nach § 149 Abs. 3 erster Satz, mit der kein Vertrag besteht, aufgenommen wurden, vom Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds (Fonds nach § 149 Abs. 3 zweiter Satz) im Namen der Sozialversicherung in der Höhe zu leisten, die sich aus der Anwendung des § 149 Abs. 3 vorletzter Satz ergibt.

In allen übrigen Fällen ist der Pflegekostenzuschuss in der Satzung des Versicherungsträgers so festzusetzen, dass eine Kostenerstattung in einer § 149 Abs. 3 vorletzter Satz entsprechenden Weise in jener Höhe erfolgt, die für Versicherte gemäß § 150 Abs. 2 erster Satz zur Anwendung kommt.“