

II-2300 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen
des Nationalrates XVIII. Gesetzgebungsperiode

REPUBLIK ÖSTERREICH

**BUNDESMINISTERIUM
FÜR ARBEIT UND SOZIALES**

Z1.21.891/77-5/1991

1010 Wien, den 11. Juni 1991

Stubenring 1

Telefon (0222) ~~X500~~ 71100

Telex 111145 oder 111780

DVR: 0017001

P.S.K.Kto.Nr. 5070.004

Auskunft

-

Klappe -- Durchwahl

873/AB

1991 -06- 13

zu 846 J

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

der Anfrage der Abgeordneten
Dipl. Soz. Arb. SRB und FreundInnen
an den Herrn Bundesminister für
Arbeit und Soziales, betreffend
lange Wartezeiten bei der Bearbeitung
von Ansuchen bei der Gebietskrankenkasse
(Nr. 846/J)

Von den anfragenden Abgeordneten wird im wesentlichen ausgeführt, ihnen sei der Fall eines 78-jährigen Mannes zu Ohren gekommen. Dieser Mann sei doppelt Oberschenkelamputiert, könne mit Prothesen nur schwer gehen bzw. einen manuellen Rollstuhl nur eingeschränkt benützen und habe an die Niederösterreichische Gebietskrankenkasse am 28.6.1990 ein Ansuchen um Kostenersatz für einen Elektro-Rollstuhl gestellt. Erst im Oktober 1990 sei ein Chefarztbesuch bei ihm erfolgt und dann habe es bis Jänner 1991 gedauert, bis der, noch dazu ablehnende, Bescheid von der Gebietskrankenkasse zurückgekommen sei. In diesem Zusammenhang werden folgende Fragen an mich gestellt.

Frage 1:

Gibt es gesetzliche Fristen, innerhalb derer die Anträge um Kostenersatz für Heilbehelfe an die Gebietskrankenkasse bearbeitet werden müssen? Wenn ja, wie lauten diese?

- 2 -

Antwort:

Grundsätzlich ist gemäß § 367 Abs.1 Z 2 ASVG u.a. über den Antrag auf Zuerkennung einer Leistung aus der Krankenversicherung ein Bescheid zu erlassen, wenn die beantragte Leistung ganz oder teilweise abgelehnt wird und der Anspruchswerber ausdrücklich einen Bescheid verlangt. Gemäß § 368 Abs.1 erster Satz ASVG sind Bescheide über Anträge auf Zuerkennung von Leistungen aus der Krankenversicherung binnen zwei Wochen nach der Einbringung des Antrages an den Anspruchswerber zu erlassen.

Die saldierte Rechnung für die durch eine Wahleinrichtung beschafften Heilbehelfe und Hilfsmittel kann gemäß Punkt 43 Abs.2 der Satzung der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse bei der Kasse zum Kostenersatz eingereicht werden. Der Kostenersatz wird innerhalb von acht Wochen nach Vorlage der saldierten Rechnung geleistet.

Allerdings ist, wenn zum Bezug des Heilbehelfes bzw. des Hilfsmittels die Bewilligung der Kasse erforderlich ist, diese vor dem Bezug des Heilbehelfes bzw. Hilfsmittels einzuholen.

Im gegenständlichen Zusammenhang ergibt sich aus den mir von der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse und der Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter übermittelten Stellungnahmen folgender Sachverhalt:

Beiden genannten Versicherungsträgern ist der Fall, auf den sich die anfragenden Abgeordneten beziehen, bekannt.

Der Antragswerber wurde von der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse umgehend und kostenlos mit einem Spezialrollstuhl versorgt. Zu dem zusätzlich beantragten Elektro-Rollstuhl hat die Niederösterreichische Gebietskrankenkasse mitgeteilt, daß

- 3 -

die Kasse erstmals aufgrund eines Briefes des Versicherten vom 25.5.1990 (bei der Kasse eingelangt am 28.5.1990) mit der Angelegenheit befaßt wurde, noch am selben Tag mit dem Betroffenen telefonisch Verbindung aufgenommen und um Nachsendung einer ärztlichen Verordnung sowie eines Kostenvoranschlages ersucht hat. Gleichzeitig wurde der Antragsteller darauf hingewiesen, daß ein Begutachtungsverfahren durch die Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter eingeleitet wird. Die erforderlichen Unterlagen sind am 2.7.1990 bei der Kasse eingelangt. Bereits am darauffolgenden Tag wurde die Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter schriftlich von der Kasse ersucht, eine Prüfung des Ansuchens vorzunehmen.

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, daß zwischen der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse einerseits und den Pensionsversicherungsträgern andererseits ein Orthopädie-Abkommen über die Gewährung von Hilfsmitteln abgeschlossen und in Punkt 4 der Anlage A dieses Abkommens vereinbart wurde, daß vom zuständigen Pensionsversicherungsträger das Begutachtungsverfahren durchzuführen ist.

Die erforderlichen Unterlagen wurden mit Schreiben vom 3.7.1990 an die Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter übermittelt und nach Zusammenführung der in der Anstalt aufliegenden medizinischen Befunde (Pensionsgesamtakt, HZ-Gutachtenakt, Gesundheitsvorsorgeakt) zur chefärztlichen Entscheidung vorgelegt. Aufgrund des Leidens und der Wegstrecke konnte eine Untersuchung an der Fachärztlichen Begutachtungsstation in Wien nicht zugemutet werden, weshalb ein Hausbesuch zur Feststellung der Notwendigkeit einer Versorgung mit einem Elektrofahrstuhl und dessen sicherer Führung ohne Gefährdung der Eigenperson oder Fremdpersonen durchgeführt werden mußte.

- 4 -

Die Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter hat die Kasse mit Schreiben vom 27.11.1990 vom negativen Ergebnis der durchgeführten ärztlichen Begutachtung in Kenntnis gesetzt. Davon wurde der Versicherte mit Schreiben der Kasse vom 4.12.1990 benachrichtigt.

Aus diesen Ausführungen ist zu entnehmen, daß die Versicherungsträger bemüht waren, auch im konkreten Fall eine rasche, aber auch sachlich fundierte und behindertengerechte Entscheidung herbeizuführen. Insbesondere erfolgte die Erstversorgung des Antragstellers mit einem Spezialrollstuhl und einer Oberschenkelprothese innerhalb von wenigen Tagen.

Die Dauer der endgültigen Erledigung und Benachrichtigung der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse bezüglich einer eventuellen Kostenbeteiligung der Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter an der Zusatzversorgung mit einem Elektro-Rollstuhl wurde nach Auskunft der Pensionsversicherungsanstalt in diesem Fall auch dadurch beeinflußt, daß der Versicherte die Anstalt insgesamt zweimal schriftlich aber auch telefonisch mit neuen Aspekten konfrontierte, die im Interesse einer sachlichen Entscheidung einer neuerlichen Überprüfung bedurften.

Frage 2:

Wird die Einhaltung dieser Fristen kontrolliert? Wenn ja, in welcher Form erfolgt die Kontrolle? Wenn nein, warum nicht?

Antwort:

Kommt der Versicherungsträger seiner Entscheidungspflicht in Leistungssachen nicht nach, so besteht für den Anspruchswerber die Möglichkeit der Klagseinbringung beim örtlich zuständigen Landes- oder Kreisgericht als Arbeits- und Sozialgericht (in Wien beim Arbeits- und Sozialgericht Wien). Nach § 67 Abs.1 Z 2 ASGG kann nämlich in einer Leistungssache sowie über die

- 5 -

Kostenersatzpflicht eines Versicherungsträgers grundsätzlich dann Klage erhoben werden, wenn der Versicherungsträger den Bescheid nicht innerhalb von sechs Monaten - handelt es sich um Leistungen aus der Krankenversicherung, nicht innerhalb von drei Monaten - erlassen hat.

Damit hat jeder Anspruchswerber bei Nichteinhaltung der gesetzlichen Fristen durch den zur Entscheidung in einer Leistungssache zuständigen Versicherungsträger die Möglichkeit, das Arbeits- und Sozialgericht als Kontrollinstanz anzurufen.

Frage 3:

Sind Sie bereit, sich dafür einzusetzen, daß derartige Anträge in Zukunft rascher bearbeitet werden?

Antwort:

Wie aus der obigen Sachverhaltsdarstellung hervorgeht, waren die mit der gegenständlichen Angelegenheit befaßten Versicherungsträger bemüht, daß im vorliegenden Fall zunächst die Erstversorgung des Versicherten so rasch wie möglich erfolgte. Auch bei der weiteren Bearbeitung des Antrages betreffend den Elektro-Rollstuhl ist meiner Meinung nach eine Verzögerung, die aus der Nachlässigkeit eines Versicherungsträgers resultiert, nicht feststellbar. Vielmehr waren die erwähnten Besonderheiten des Einzelfalles Ursache für die für den Versicherten gewiß unangenehme Wartezeit. Daraus allgemein abzuleiten, daß die Erledigung von Anträgen auf Heilbehelfe oder Hilfsmittel durch die Versicherungsträger jedenfalls nur schleppend erfolge, erachte ich nicht für zulässig. Ich sehe daher keine Veranlassung, auf die Versicherungsträger in dieser Frage einzuwirken.

- 6 -

Frage 4:

Sind Sie bereit, diesen Fall nochmals prüfen zu lassen? Wenn nein, warum nicht?

Dazu möchte ich festhalten, daß die Träger der gesetzlichen Sozialversicherung in Österreich Körperschaften öffentlichen Rechts mit eigener Rechtspersönlichkeit sind, die vom Gesetzgeber nach den Grundsätzen der Selbstverwaltung eingerichtet sind und deren Geschäftsführung durch autonome Verwaltungskörper wahrzunehmen ist. Sie unterliegen insoweit der Aufsicht durch den Bund, als ihre Gebarung dahin zu überwachen ist, daß Gesetz und Satzung sowie die darauf beruhenden sonstigen Rechtsvorschriften und in wichtigen Fragen auch der Grundsatz der Zweckmäßigkeit beachtet werden. Eine solche allgemeine aufsichtsbehördliche Überwachung kann aber nur für jene Bereiche der Geschäftsführung der Versicherungsträger in Betracht kommen, in denen der Gesetzgeber für die Überprüfung der Rechtmäßigkeit der Vorgangsweise der Versicherungsträger nicht ein anderes spezifisches Verfahren wie z.B. das Verfahren in Sozialrechtssachen vorgesehen hat.

Mir als Bundesminister für Arbeit und Soziales kommt auf die Bearbeitung und Entscheidung von Leistungssachen durch die Sozialversicherungsträger eine bestimmende Einflußnahme nicht zu.

In Berücksichtigung dieser Rechtslage sowie des Umstandes, daß aufgrund des von meinem Ministerium an die Niederösterreichische Gebietskrankenkasse ergangenen Ersuchens um Stellungnahme der von den anfragenden Abgeordneten aufgezeigte Einzelfall bereits einer nochmaligen Prüfung unterzogen wurde, sehe ich keine Möglichkeit für weitere Schritte in dieser Angelegenheit.

Der Bundesminister:

