

AMT DER
WIENER LANDESREGIERUNG

MD-1805-3/91

Wien, 23. August 1991

Entwurf eines Bundesgesetzes,
mit dem das Allgemeine Sozial-
versicherungsgesetz geändert
wird (50. Novelle zum Allgemei-
nen Sozialversicherungsgesetz);
Begutachtungsverfahren;
Stellungnahme

An das
Präsidium des Nationalrates

8/SN - 61/ME

Betrifft GESETZENTWURF
Zi. <u>61</u> - GE/19
Datum: 2 6. AUG. 1991
2 8. AUG. 1991
Verteilt

lau

Das Amt der Wiener Landesregierung beehrt sich, in der
Beilage 25 Ausfertigungen seiner Stellungnahme zu dem
im Betreff genannten Gesetzentwurf zu übermitteln.

Für den Landesamtsdirektor:

Beilagen

Peischl

Dr. Peischl
Magistratsvizedirektor

AMT DER
WIENER LANDESREGIERUNG

Dienststelle MD-Büro des Magistratsdirektors

Adresse 1082 Wien, Rathaus

Telefonnummer 40 00-82124

MD-1805-3/91

Wien, 23. August 1991

Entwurf eines Bundesgesetzes,
mit dem das Allgemeine Sozial-
versicherungsgesetz geändert
wird (50. Novelle zum Allgemei-
nen Sozialversicherungsgesetz);
Begutachtungsverfahren;
Stellungnahme

zu Zl. 20.350/42-1/1991

An das
Bundesministerium für
Arbeit und Soziales

Auf die Schreiben vom 2. und 16. Juli 1991 beehrt sich das
Amt der Wiener Landesregierung, die aus der Beilage ersicht-
liche Stellungnahme bekanntzugeben.

Gleichzeitig werden 25 Ausfertigungen dieser Stellungnahme
dem Präsidium des Nationalrates übermittelt.

Für den Landesamtsdirektor:

Beilage

Dr. Peischl
Magistratsvizedirektor

Beilage zu MD-1805-3/91
vom 23. August 1991

Grundsätzliches

Nach den Erläuterungen bildet die Maßnahmen im Bereich der Krankenversicherung das Schwergewicht des vorliegenden Entwurfes. Ziel des Maßnahmenpaketes in diesem Bereich ist die Schaffung von Rahmenbedingungen für ein modernes und leistungsfähiges Gesundheitssystem (siehe die "Finanziellen Erläuterungen"). Eine dieser Maßnahmen ist die Umwandlung der Hauskrankenpflege von einer freiwilligen Leistung in eine Pflichtleistung der sozialen Krankenversicherung. Nach heute allgemeiner Auffassung ist die Hauskrankenpflege eine Maßnahme zum Wohle der Patienten (Vermeidung von Krankenhausaufenthalten bzw. Verkürzung von Krankenhausaufenthalten), aber auch zur Entlastung der Akutspitäler mit dem Ziel eines kostendämpfenden Effektes auf dem Spitalssektor. Ein solcher Effekt ist aber bloß langfristig zu erwarten, wovon auch der Entwurf ausgeht, weil es zunächst eines Ausbaues der Hauskrankenpflege mit dem damit verbundenen erhöhten Mitteleinsatz bedarf, bevor Entlastungseffekte im Spitalsbereich wirksam werden können. Auch nach dem vorliegenden Entwurf (siehe "Finanzielle Erläuterungen", Seite 2) werden "fürs erste keine finanziellen Entlastungen des Spitalssektors erwartet". Gleichzeitig geht der Entwurf von der Maxime aus, daß es "Doppelbelastungen der sozialen Krankenversicherung durch Ausbau der Hauskrankenpflege einerseits und Spitalsfinanzierung andererseits zu vermeiden gilt". Diese Sicht mag aus dem Blickwinkel der Krankenversicherungsträger richtig sein, weil sie Leistungen nur nach Maßgabe der ihnen zur Verfügung stehenden Mittel erbringen können, als Aussage des Bundes, dessen Verpflichtung es ist, für die finanzielle Ausstattung der Krankenversicherungsträger zu sorgen, wenn er zusätzliche Leistungen normiert, ist ein solcher Standpunkt jedoch nicht akzeptabel. Bezüglich der erforderlichen finanziellen Ausstattung der Krankenversicherungsträger (z.B.

durch eine Beitragserhöhung) findet sich im Entwurf jedoch keinerlei Regelung. Vielmehr geht der Entwurf davon aus, daß die Mittel für die Hauskrankenpflege zulasten der Krankenanstalten-träger Zug um Zug aufzubringen sein werden.

Wie aus den Verhandlungen zwischen Bund und Ländern über eine neue Vereinbarung über die Krankenanstaltenfinanzierung (KRAZAF) bekannt ist, stehen den Krankenversicherungsträgern keinerlei finanzielle Reserven zur Erbringung zusätzlicher Leistungen der sozialen Krankenversicherung zur Verfügung. Die Erfüllung der Leistungspflicht im Rahmen der Hauskrankenpflege durch die Krankenversicherungsträger kann daher nur durch Einschränkung der ohnedies völlig unzulänglichen Honorierung von Spitalsleistungen oder (und) durch unzureichende Abgeltung der Kosten an jene Einrichtungen, die Hauskrankenpflege betreiben, erfolgen.

Die Aussage in den "Finanziellen Erläuterungen" (Seite 1), wonach die soziale Krankenversicherung durch dieses Maßnahmenpaket finanzielle Vorleistungen erbringt, ist bei dieser Sach- und Rechtslage nicht einsichtig.

Schon aus dieser finanziellen Sicht heraus ist die Effizienz der einschlägigen Regelungen des Entwurfes in Frage zu stellen, weil eine Verstärkung der Leistungen auf dem Gebiet der Hauskrankenpflege von der Bereitschaft und von den Möglichkeiten der Krankenanstaltenträger und (oder) der Träger der Hauskrankenpflege (also in jedem Fall primär der Länder und Gemeinden), die dafür anfallenden Kosten zu tragen, abhängig ist.

Abgesehen davon enthalten die konkreten Bestimmungen des Entwurfes noch derart einschränkende Regelungen, die die Zielsetzung einer Entlastung der Akutspitäler nicht erwarten lassen. Darauf wird noch bei den einzelnen Bestimmungen einzugehen sein.

Zu den einzelnen BestimmungenZu Art. I, Z 9 (§ 67 Abs. 6)

Nach der derzeit geltenden sowie der nunmehr vorgeschlagenen Fassung des § 67 Abs. 6 ASVG haften die in Z 1, 2 und 3 genannten Personen, wenn ein Betrieb auf sie übergeht, ohne Rücksicht auf das dem Betriebsübergang zugrunde liegende Rechtsgeschäft wie ein Erwerber gemäß Abs. 4, solange sie nicht nachweisen, daß sie die Beitragsschulden nicht kannten bzw. trotz ihrer Stellung im Betrieb des Vorgängers nicht kennen konnten.

In der Praxis ist es nun zu Auffassungsunterschieden darüber gekommen, ob ein Erwerber eines Betriebes aus einer Konkursmasse nach § 67 Abs. 6 ASVG zur Haftung herangezogen werden kann.

Seitens des Sozialversicherungsträgers wird eine Haftung nach § 67 Abs. 6 ASVG auch im Falle eines Betriebserwerbes aus einer Konkursmasse bejaht. Dies mit der Begründung, daß es beim Betriebserwerb gemäß § 67 Abs. 6 ASVG nicht auf die Art des dem Betriebsübergang zugrundeliegenden Rechtsgeschäftes ankomme.

Demgegenüber besteht die Auffassung, daß im Falle eines Betriebserwerbes aus einer Konkursmasse eine Haftung gemäß § 67 Abs. 6 ASVG nicht eintreten könne, weil der in dieser Bestimmung enthaltene Verweis auf § 67 Abs. 4 ASVG indirekt auch einen Verweis auf § 67 Abs. 5 ASVG enthalte, da diese Bestimmung in engem Zusammenhang mit § 67 Abs. 4 ASVG steht und letztlich nur eine Ergänzung darstellt.

Wohl wurde die Bestimmung des § 67 Abs. 6 ASVG vorgesehen, um die mißbräuchliche Umgehung der Erwerberhaftung zu verhindern, jedoch wäre zu bedenken, daß die in § 67 Abs. 6 ASVG genannten Personen - wollte man eine Haftung dieser Personen auch bei Erwerb eines Betriebes aus einer Konkursmasse vorsehen - schlechter gestellt wären, als betriebs- oder familienfremde Personen, die einen Betrieb aus einer Konkursmasse erwerben.

Da die Rechtslage auch durch die nunmehr vorgesehenen Bestimmungen nicht ausreichend geklärt erscheint, wären eindeutiger formulierte Bestimmungen wünschenswert.

Zu Art. II, Z 2 (§ 117 Z 1 - 4)

Im Prinzip ist die Ausweitung des Leistungskataloges im Rahmen der Krankenversicherung durch Aufnahme der Leistungen "Medizinische Maßnahmen" der Rehabilitation und "Medizinische Hauskrankenpflege" zu begrüßen. Hinsichtlich der "medizinischen Rehabilitation" ist jedoch zu bemängeln, daß es sich dabei um keine Pflichtleistung der Krankenversicherung handelt.

Problematisch und abzulehnen ist allerdings der Begriff der "medizinischen Hauskrankenpflege". Der Entwurf enthält keine Definition dieses Begriffes. Die Erläuterungen hiezu (siehe Seite 22), wonach diese Leistung "medizinisch bedingt sein muß", werden dem wahren Begriffsinhalt, wie er sich aus § 151 des Entwurfes ergibt, nicht gerecht. In Wahrheit ist nämlich nicht nur das Vorliegen des Versicherungsfalles der Krankheit Bedingung (im Sinne von Voraussetzung) der Gewährung von Hauskrankenpflege (aber dann uneingeschränkt), sondern ergibt sich aus § 151 des Entwurfes, daß auch bloß ein ganz bestimmter Teil der Hauskrankenpflege unter die Leistungspflicht der Krankenversicherung fällt; siehe hiezu die Ausführungen zu § 151 des Entwurfes.

Zu Art. II, Z 9 (§ 135 Abs. 1)

In den Erläuterungen zu dieser Bestimmung (§ 21) wird festgestellt, daß der ärztlichen Hilfe nunmehr auch eine auf Grund ärztlicher Verschreibung erforderliche Behandlung durch Psychotherapeuten bzw. Gesundheitspsychologen oder klinische Psychologen gleichgestellt werden soll.

Im Text des § 135 des Gesetzentwurfes ist die ärztliche Verschreibung bei Psychotherapeuten (Z 3) bzw. Psychologen (Z 2) nicht enthalten. Es findet sich lediglich in Z 1 (bei den medizinisch-technischen Diensten) ein Hinweis auf die ärztliche Verschreibung. Nach den Erläuterungen ist diese Rechtslage aber nicht gewollt. Es wird angeregt, diese Bestimmung nochmals zu überarbeiten.

Weiters erscheint die schon bisher in dieser Gesetzesstelle enthaltene Einschränkung auf Personen, die nach den jeweiligen berufsrechtlichen Vorschriften "zur freiberuflichen Ausübung" der hier genannten Dienste berechtigt sind, nicht verständlich. Eine physiotherapeutische Behandlung durch diplomierte Assistenten für physikalische Medizin im Rahmen einer Einrichtung im Sinne des § 52 Abs. 1 Krankenpflegegesetz (z.B. eines gemeinnützigen Vereines) wäre nach dieser Gesetzesstelle zwar zulässig, als Leistung der Krankenbehandlung für die soziale Krankenversicherung aber nur anerkannt, wenn die behandelnde Person zwar als Angestellte des Vereines tätig wird, aber gleichzeitig die Formalvoraussetzung des Rechtes zur freiberuflichen Berufsausübung (§ 52 Abs. 4 des Krankenpflegegesetzes) erfüllt. Eine solche Regelung kann nicht als sinnvoll bezeichnet werden.

Zu Art. II, Z 17 (§ 151)

Nach dieser Gesetzesbestimmung soll medizinische Hauskrankenpflege (besser wäre "Hauskrankenpflege auf medizinische Anordnung) ausschließlich von diplomiertem Pflegepersonal nach § 23 Krankenpflegegesetz geleistet werden. Diese Regelung übersieht, daß mit der Novelle BGBI.Nr. 449/1990 zum Krankenpflegegesetz das neue Berufsbild des Pflegehelfers geschaffen wurde, zu dessen Aufgaben es nach § 52 Abs. 6 Krankenpflegegesetz unter anderem gehören soll, im Rahmen von Institutionen tätig zu sein, die Hauskrankenpflege anbieten.

Auf Grund dieser Rechtslage wird dringend angeregt, § 151 des Entwurfes dahingehend abzuändern, daß auch Pflegehelfer (selbstverständlich unter Beachtung des entsprechenden Berufsbildes) in der medizinischen Hauskrankenpflege eingesetzt werden können.

Aus der derzeitigen Fassung dieser Bestimmung muß aber auch geschlossen werden, daß der Begriff "medizinische Hauskrankenpflege" als Einschränkung der Leistungspflicht der Krankenversicherung zu verstehen ist. Nach Abs. 2 dieser Gesetzesstelle werden darunter offenbar nur jene Leistungen verstanden, die durch diplomierte Krankenschwestern bzw. Krankenpfleger (§ 23 des Krankenpflegegesetzes) erbracht werden.

Damit soll - wenngleich sprachlich nicht ganz geglückt - wohl zum Ausdruck gebracht werden, daß nur die diesem Personenkreis vorbehaltenen Tätigkeiten zum Leistungsumfang der Krankenversicherung gehören.

Es ist nicht einsichtig, daß der Bundesgesetzgeber eine qualifizierte Ausbildung für Pflegehelfer vorschreibt, um eine qualitativ ansprechende Betreuung im Rahmen der Hauskrankenpflege zu ermöglichen, wenn ein Jahr später die Leistungen dieses Personenkreises nach dem vorliegenden Gesetzesentwurf für die Krankenversicherung nur dann als Leistung der Hauskrankenpflege gelten sollen, wenn diese für den Pflegehelfer zulässigen Leistungen von diplomiertem Pflegepersonal erbracht werden.

Es ist daher anzunehmen, daß in Wahrheit durch Abs. 2 dieser Bestimmung des Entwurfes eine Leistungseinschränkung auf die dem diplomierten Krankenpflegepersonal vorbehaltenen Tätigkeiten zum Ausdruck gebracht werden soll. Eine derartige Beschränkung wäre aus den vorgenannten Gründen sachlich nicht gerechtfertigt. Diese Beschränkung steht aber auch im Gegensatz zu den zwischen Bund und Ländern im Zuge der Verhandlungen über eine Art. 15a B-VG-Vereinbarung über die Krankenanstalterfinanzierung getroffenen Vereinbarungen. Als Voraussetzung für das Zustandekommen einer solchen Art. 15a B-VG-Vereinbarung für das Jahr 1991 wurde ein

- 7 -

Maßnahmenpaket für die Zeit ab 1.1.1992 beschlossen, welches unter Punkt 3 folgendes vorsieht:

"Darüberhinaus hat die Sozialversicherung Vorsorge für eine flächendeckende Hauskrankenpflege als Pflichtleistung zu treffen. Darunter sind Pflegeleistungen in jenem Umfang zu verstehen, wie sie in Krankenhäusern anfallen."

Wohl hat dazu der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger den Standpunkt vertreten, daß mit den Leistungen für die Hauskrankenpflege nur die medizinisch indizierten Kosten abgegolten werden sollen, dieser Auffassung hat sich aber der Bund nicht angeschlossen.

Es ist keine Frage, daß Pflegeleistungen in dem in Krankenhäusern anfallenden Umfang weit über den im vorliegenden Gesetzesentwurf vorgesehenen Umfang hinausgehen. Wenn der Bund nun einseitig von diesem Übereinkommen mit den Ländern abgeht, dann ist auch eine Lösung der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1991 ff in Frage gestellt.

Nicht akzeptabel ist auch die in Abs. 4 normierte zeitliche Beschränkung der Leistungspflicht auf die Dauer von längstens vier Wochen. Gemeint ist hier offensichtlich pro Versicherungsfall der Krankheit. Aus ärztlicher Sicht muß diese Grenze wohl als willkürlich angesehen werden. In den Erläuterungen (Seite 23) heißt es zwar, daß die Höchstdauer von einem Monat (auf diese Divergenz darf hingewiesen werden) über Antrag jeweils um einen weiteren Monat verlängert werden kann; diese Auffassung findet aber im Gesetzestext des Entwurfes keinen normativen Niederschlag. In Anlehnung an die einschlägige Judikatur des Verwaltungsgerichtshofes sind daher solche Aussagen in den Erläuterungen nicht relevant. Es ist daher nach der eindeutigen Formulierung des § 151 Abs. 4 des Entwurfes davon auszugehen, daß die hinsichtlich Leistungsumfang ohnedies eingeschränkten Leistungen auch zeitlich absolut limitiert sind. Dadurch wird die Effizienz der Hauskrankenpflege in Richtung der Zielsetzung einer Entla-

stung der Akutkrankenanstalten zusätzlich in Frage gestellt.

Zu Art. IV, Z 3 lit. b (§ 227 Abs. 5 neu)

Die Ausnahmebestimmung des § 227 Abs. 5 (neu) erscheint nicht nötig, da die angegebenen Zeiten, für die aus Anlaß der Aufnahme in das pensionsversicherungsfreie Dienstverhältnis vom Dienstnehmer an den Dienstgeber ein besonderer Pensionsbeitrag geleistet worden ist, sofern für diese Zeiten ein Überweisungsbetrag nach § 311 ASVG geleistet worden ist, keine Ersatzzeiten im Sinne des § 227 ASVG, sondern Beitragszeiten nach § 225 ASVG sind.

Zu Art. IV, Z 10 (§ 253 a Abs. 1 Z 4)

Hier sollte es offensichtlich in den Erläuterungen in der vierten Zeile "Kündigungsentschädigung" statt "Kinderentschädigung" heißen.

Zu Art. IV, Z 16 (§ 313)

Hier wird auf ein geringfügiges Redaktionsversehen hingewiesen. In der sechsten Zeile des § 313 hat es statt "dem aus Anlaß" richtig "den aus Anlaß" zu heißen.

Zu Art. V, Z 1 (§ 324)

Durch diese Bestimmung des Entwurfes wird die Legalzession zugunsten der Träger der Sozialhilfe in jenen Fällen beseitigt, in denen der Pensionsberechtigte für einen unterhaltsberechtigten Ehegatten, dessen Nettoeinkommen den Richtsatz für die Ausgleichszulage nicht erreicht, zu sorgen hat. Es ist nicht einzusehen, daß der Anspruchsübergang auf den Träger der Sozialhilfe zur Gänze entfällt, wenn das Nettoeinkommen des unterhaltsberechtigten Ehegatten mehr oder weniger geringfügig unter dem erwähnten Richtsatz bleibt. Sinnvoller wäre es, die 50 % des Pensionsanspruches (die grundsätzlich von der Zession erfaßt sind) um jenen Betrag zu kürzen, um den das Nettoeinkommen des Ehegat-

ten den Richtsatz unterschreitet.

Zu Art. V, Z 7 (§ 360 Abs. 3)

In § 360 Abs. 3 sollte die Wortfolge "notwendig ist" im Hinblick auf § 7 Abs. 2 Datenschutzgesetz i.d.dzt.g.F. durch die verba legalia "eine wesentliche Voraussetzung bildet" ersetzt werden.

Zu der in dieser Gesetzesnorm ebenfalls verankerten gesetzlichen Ermächtigung zur Einsichtnahme (Datenabfrage) in "Hilfsverzeichnisse", in Verbindung mit einer demonstrativen Aufzählung, könnte im Lichte des Legalitätsprinzips empfohlen werden, eine Formulierung zu wählen, die eine ausreichendere Bestimmtheit erkennen ließe.

Zu Art. V, Z 9 (§ 412)

Da es immer wieder vorkommt, daß Einsprüche irrtümlich direkt beim Landeshauptmann eingebracht werden, wird angeregt, § 412 Abs. 1 letzter Satz in Anlehnung an § 63 Abs. 5 AVG insofern abzuändern, als Einsprüche auch bei der Behörde (Landeshauptmann) eingebracht werden können, die über den Einspruch zu entscheiden hat.

Zusammenfassung

Zusammenfassend ist daher zu sagen, daß der vorliegende Entwurf jene Konsequenz vermissen läßt, die erforderlich wäre, um die daran geknüpften Erwartungen zu erfüllen. Die Normierung von zusätzlichen Leistungen der Krankenversicherungsträger, die noch dazu hinsichtlich Umfang und Dauer auf ein ungenügendes Minimum reduziert werden, ohne Vorsorge für die dafür erforderlichen Mittel (z.B. durch eine offensichtlich dringend notwendige Erhöhung der Beiträge) zu treffen, muß zum Scheitern der damit verbundenen Zielvorstellungen führen. Der Entwurf geht offensichtlich von der Erwartung aus, daß eine Erfüllung auf Kosten anderer, nämlich der Krankenanstaltenträger und (oder) der Träger der Hauskranken-

pflege, erfolgt. Da die hier angesprochenen Träger, vorwiegend Länder und Gemeinden, bereits jetzt weit über Gebühr belastet sind, muß der Entwurf zumindest hinsichtlich der Regelungen in der Krankenversicherung abgelehrt werden, zumal damit auch eine Einigung über die Krankenanstaltenfinanzierung in Frage gestellt wird.

Auch der Hinweis auf Seite 7 der "Finanziellen Erläuterungen", wonach die mit dem Entwurf verbundener Mehrkosten im Bereich der sozialen Krankenversicherung nur durch ein Anheben der Beitragssätze finanziert werden können, kann nicht befriedigen, weil damit nicht gewährleistet ist, daß die für die Leistungsausweitung erforderlichen Mittel auch tatsächlich bereitstehen.

Im übrigen ist darauf hinzuweisen, daß die Kostenschätzungen für die Leistungen der Punkte 1- 3 äußerst fraglich erscheinen, zumal auch aus den Erläuterungen nicht erkennbar ist, auf welchen annehmbaren Grundlagen sie beruhen.

Bezeichnend für die dem Entwurf innewohnende Tendenz der Lastenabschiebung ist der Hinweis auf Seite 2 letzter Absatz der "Finanziellen Erläuterungen". Die hier angesprochenen Jahresausgleichszahlungen sind das ohnedies unzureichende Äquivalent dafür, daß sich die Steigerung der Pflegegebührenersätze bloß an der Entwicklung der Beitragseinnahmen der Krankenversicherungsträger und nicht an den (wesentlich höheren) Spitalskostensteigerungen orientiert. Durch die Hauskrankenpflege - selbst in effizienter Form - können daher diese Jahresausgleichszahlungen nicht entfallen, es sei denn, daß auch die Begrenzung der Erhöhung der Pflegegebührenersätze entfällt.

Unabhängig von der vorgeschlagenen Änderung des ASVG sieht sich das Amt der Wiener Landesregierung veranlaßt, an die von den Ländern wiederholt vorgebrachte Forderung nach einer Mitwirkungsmöglichkeit der Länder bei der Schaffung von Kassenplanstellen für Ärzte (§§ 341 ff ASVG) zu erinnern. Es ist nicht einzusehen, daß nur eine Landesvertretung und die Sozialversicherungsträger

- 11 -

über die Vergabe von ärztlichen Planstellen entscheiden, den Ländern ein Mitspracherecht auf diesem wichtigen Sektor der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung aber weiterhin verwehrt bleiben soll.