



# BUNDESKAMMER DER GEWERBLICHEN WIRTSCHAFT

## Bundeswirtschaftskammer

Bundeswirtschaftskammer · A-1045 Wien · Postfach 107

An das  
Präsidium des  
Nationalrates  
Parlament

1017 Wien

28/SN - 61/ME

DEIN GESETZENTWURF

Zl. 61 - GE/19

Datum: 05. SEP. 1991

Vorsitz: G.P.D. Lielke

*Dr. Majek*

Ihre Zahl/Nachricht vom

Unsere Zahl/Sachbearbeiter  
Sp 629/91/Dr.Ru/PH  
Dr. Rudda

Bitte Durchwahl beachten  
Tel. 501 054394  
Fax 502 06240

Datum  
26.8.1991

Betreff

Entwurf eines Bundesgesetzes, mit dem  
das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz  
geändert wird (50. Novelle zum ASVG).

In der Beilage übermitteln wir Ihnen 25 Ausfertigungen unserer an das Bundesministerium für Arbeit und Soziales abgegebenen Stellungnahme zum Entwurf eines Bundesgesetzes, mit dem das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz geändert wird (50. Novelle zum ASVG) zur gefälligen Kenntnisnahme und Verwendung.

BUNDESKAMMER DER GEWERBLICHEN WIRTSCHAFT  
Für den Generalsekretär:  
i.A.



Beilagen



---

**BUNDESKAMMER DER GEWERBLICHEN WIRTSCHAFT**

---

Bundeswirtschaftskammer

---

Bundeswirtschaftskammer · A-1045 Wien · Postfach 107

An das  
Bundesministerium für  
Arbeit und SozialesStubenring 1  
1010 WienIhre Zahl/Nachricht vom  
20.350/42-1/91  
2. Juli 1991Unsere Zahl/Sachbearbeiter  
Sp 629/91/Dr.Ru/PH  
Dr. RuddaBitte Durchwahl beachten  
Tel 501 064394  
Fax 502 06240Datum  
26.8.1991Betreff  
Entwurf eines Bundesgesetzes, mit dem  
das Allgemeine Sozialversicherungsge-  
setz geändert wird (50. Novelle zum ASVG).

Zum Entwurf einer 50. Novelle zum ASVG erlauben wir uns mitzuteilen, daß er zwar positive Ansätze zu einer Strukturreform in der gesetzlichen Krankenversicherung enthält, aber wesentliche Fragen der Finanzierung sowie ein Gesamtkonzept einer Reform des Gesundheitswesens offen läßt. Wir vertreten die Auffassung, daß die vorgeschlagenen neuen Pflichtleistungen nur dann realisiert werden können, wenn sie von den Trägern der sozialen Krankenversicherung überhaupt finanziert werden können. Den lakonischen Verweis in den Finanziellen Erläuterungen, daß der erhöhte Finanzierungsbedarf nur über Beitragssatzerhöhungen abgedeckt werden kann, können wir nicht zur Kenntnis nehmen. Die Bundeswirtschaftskammer ist der Auffassung, daß weitere Beitragserhöhungen wegen der negativen Auswirkungen auf die Lohnnebenkosten und die Wettbewerbsfähigkeit der Wirtschaft nicht hingenommen werden können. Es müßten daher zur Finanzierung neuer Leistungen jedenfalls ausreichende Selbstbehalte vorgesehen werden, wobei aber für sozial berücksichtigungswürdige Fälle Ausnahmen geschaffen werden könnten (Vorbild: Rezeptgebühr).

- 2 -

Die Bundeskammer begrüßt zwar den erhöhten Stellenwert der Gesundheitsförderung und der Präventionsmaßnahmen als Pflichtleistung, meint aber, daß hierfür ein erhöhter Finanzierungsbedarf in den kommenden Jahren entstehen wird. Zur Abdeckung dieses Bedarfs könnte zum Beispiel eine Gesundheitsförderungswertmarke vorgesehen werden, die aus verwaltungsökonomischen Gründen auf jeden Krankenkassenscheck (Krankenschein) geklebt werden sollte, der beim Arzt abgegeben wird. Damit könnte einerseits auch einem fallweise auftretenden Mißbrauch einer unnötigen Abgabe von Krankenscheinen entgegengetreten und andererseits ein zumutbarer Beitrag jedes Sozialversicherten zur Finanzierung umfassender Vorsorgemaßnahmen sichergestellt werden.

Im Bereich der Pensionsversicherung vermischen wir einen Vorschlag einer Regelung der Angleichung des Pensionsalters von Mann und Frau, die nach dem Erkenntnis des Verfassungsgerichtshofes vom 6.12.1990, G 223/88f bis Ende November 1991 zu erfolgen hat. Im übrigen sprechen wir uns dagegen aus, daß die Arbeitslosenrate bei der jährlichen Pensionsdynamik ab 1992 nicht mehr herangezogen werden soll, ohne daß eine neue Anpassungsformel in das ASVG aufgenommen wird. Wir meinen, daß auf Grund der angespannten Budgetsituation des Bundes jede Maßnahme vermieden werden sollte, die unnötig den Bundesbeitrag zur Pensionsversicherung erhöht. Schließlich befaßt sich auch eine Arbeitsgruppe des Beirats für die Renten- und Pensionsanpassung mit der Ausarbeitung eines einheitlichen Vorschlags für die Nettoanpassung in allen gesetzlichen Pensions- und Versorgungssystemen, die durch diese Vorgangsweise unterlaufen würde.

Im Bereich der Unfallversicherung erheben wir grundsätzlich gegen die Erweiterung der Wegunfälle keinen Einwand, wenn hinsichtlich der Arztbesuche und Kindertransporte exakte Definitionen für die Abgrenzung des Unfallrisikos gefunden werden können. Entschieden sprechen wir uns aber gegen die generelle Berücksichtigung von Sehnenscheidenentzündungen sowie Zeckenbissen als Be-

- 3 -

rufskrankheiten aus, weil evident ist, daß die meisten dieser Erkrankungen im eigenwirtschaftlichen Bereich verursacht werden.

Der Einführung einer Selbstversicherung in der Pensionsversicherung für jede Person mit inländischem Wohnsitz oder österreichischer Staatsangehörigkeit bei Wohnsitz im Ausland ohne Nachweis von Vorversicherungszeiten können wir nur zustimmen, wenn hierfür kostendeckende Beiträge entrichtet werden. Es wäre daher auch eine Adaptierung der Bestimmungen über die Weiterversicherung im Anschluß an diese Selbstversicherung erforderlich.

Schließlich beantragen wir im Zuge der Novellierung des § 135 Abs. 1 die Gleichstellung der Lebens- und Sozialberater mit den Psychologen, die Gleichstellung der Leistungen des gewerblichen Masseurs mit den Physiotherapeuten und die Verankerung der Refraktionsbestimmung durch konzessionierte Kontaktlinseoptiker in dieser Bestimmung, wenn es sich nicht um eine erstmalige Untersuchung des Auges handelt.

Im einzelnen wird zu den Bestimmungen des Entwurfs folgendes bemerkt:

Zu Art. I Z. 1-4 und 13 (§ 16a, 17 Abs. 1, 76b):

Aus den Erläuternden Bemerkungen ist kein triftiger Grund für die absolute Notwendigkeit einer umfassenden Selbstversicherungsmöglichkeit in der sozialen Pensionsversicherung erkennbar. Es wird offenbar verschwiegen, daß es sich hier um gruppenspezifische Wünsche handelt. Tragender Grundsatz in der sozialen Pensionsversicherung ist aber, daß an eine unselbständige oder selbständige Erwerbstätigkeit angeknüpft wird. Auf Grund der daraus erfließenden Steuereinnahmen erscheint auch der Bundesbeitrag für die soziale Pensionsversicherung gerechtfertigt. Wenn nun ein Steueratbestand im Inland fehlt oder viele Einkünfte gar nicht erfaßt werden (können), so sind unseres Erachtens strengere Maßstäbe an-

- 4 -

zulegen. Wir meinen daher, daß ein kostendeckender Beitragssatz nach versicherungsmathematischen Grundsätzen festzulegen wäre, zumal auch für Weiterversicherte nach dem GSVG ein Beitragssatz von 24 % besteht. Diese Maßnahme soll auch dazu dienen, weitreichende Spekulationen und Mißbräuche auszuschließen. Vor allem müßte sichergestellt werden, daß in diesen Fällen auch in der anschließenden Weiterversicherung dieser Grundsatz gilt.

Jedenfalls müßten sich auch die Ausschlußgründe des § 16a Abs. 3 auf Personen erstrecken, die eine gleichartige ausländische Leistung beziehen oder in einem gleichartigen ausländischen Dienstverhältnis mit Anwartschaft auf Ruhe- und Versorgungsgenuß stehen. Weiters fällt auf, daß weder aus dem Gesetzestext noch aus den Erläuterungen erkennbar ist, ob auch für Zeiten vor dem 1.1.1992 eine Selbstversicherung abgeschlossen werden kann bzw. ob ein Übergangsrecht hiezu vorgesehen wird.

Die im § 17 Abs. 4 Z. 3 vorgesehene einmonatige Antragsfrist für die im Anschluß an die Selbstversicherung zu begründende Weiterversicherung könnte vielfach versäumt werden. Es ist uns auch unverständlich, warum hier eine relativ kurze Frist gegenüber der sonst bestehenden sechsmonatigen Frist auf Antragstellung auf Weiterversicherung in der Pensionsversicherung besteht. Die gleiche Härte würde auch für die im § 225 Abs. 1 Z. 3 lit. b in Aussicht genommene zweimonatige Frist für die Leistungswirksamkeit der Entrichtung von Beiträgen zur Selbstversicherung gelten. Bei einer Gestaltung nach versicherungsmathematischen Grundsätzen würde eine Frist entbehrlich werden. In eventu sollte zwecks Gleichklang mit der Weiterversicherung eine sechsmonatige Frist vorgesehen werden. Zur Ausschaltung von Spekulationen sollte für die freiwillige Weiterversicherung ebenfalls grundsätzlich die Höchstbeitragsgrundlage gelten. § 76a erscheint daher ergänzungsbedürftig.

- 5 -

Zu Art. I Z. 6 (§ 40):

Gegen den Vorschlag einer Meldepflicht für Leistungswerber, der einem langjährigen Wunsch der Versicherungsträger entspricht, erheben wir keinen Einwand, zumal diese Personen nachweislich über den Umfang ihrer Meldeverpflichtung belehrt werden müssen. Es ist uns aber unverständlich, warum diese Meldepflicht nur für Alterspensionswerber gelten soll und sich nicht auf andere Versicherte, wie z.B. Invaliditätspensionswerber, erstrecken soll. Die umfassende Meldepflicht für Leistungswerber wurde auch bereits vom Rechnungshof angeregt.

Zu Art. I Z. 7 (§ 41):

Wir begrüßen den Vorschlag zu § 41 Abs. 1 erster Satz, zweiter Halbsatz, der nun die Erfüllung von Meldeverpflichtungen der Dienstgeber mittels EDV auf eine einwandfreie gesetzliche Grundlage stellt. Es sollte aber zumindest in den Erläuterungen festgehalten werden, daß nicht nur der Dienstgeber berechtigt ist, Meldungen mittels elektronischer Datenträger zu erstatten, sondern auch der Versicherungsträger verpflichtet ist, entsprechend geeignete Empfangsgeräte anzuschaffen.

Zu Art. I Z. 9 (§ 67 Abs. 6):

Die vorgeschlagene Novellierung durch Erweiterung der Haftungsbestimmungen bei Betriebsnachfolge durch einen Mehrheitsgesellschafter lehnen wir ab. Die Erläuterungen, die diese schwerwiegende Maßnahme damit begründen, daß sie zur ökonomischen Eintreibung bestehender Beitragsrückstände beitragen könnte, überzeugen uns nicht. Wenn nämlich der Verwaltungsgerichtshof in einem Erkenntnis eine Klarstellung getroffen hat, sollte sich auch die Verwaltung daran halten und nicht postwendend eine Novellierung des Gesetzes beantragen. Im übrigen sollte auch ein Gleichklang zwischen der BAO und dem ASVG gewährleistet sein, zumal sich die

- 6 -

letzte Novellengesetzgebung daran orientiert hat.

Aber auch strukturpolitisch erscheint uns diese Novellierung völlig verfehlt. Wenn nämlich der Betrieb einer insolventen GmbH. auf eine neugegründete GmbH. übergeht, werden sich kaum andere Personen an der Nachfolge-GmbH. beteiligen, als jene Personen, die bereits Gesellschafter der insolventen GmbH. waren. Die für die Geschäftsführung der insolventen GmbH. maßgebenden Personen, wie etwa der Geschäftsführer, andere leitende Angestellte oder Prokuristen sind ja bereits im geltenden Recht in die Mithaftung miteinbezogen. Eine bloße qualifizierte Kapitalbeteiligung als Kriterium für eine zusätzliche Beitragshaftung heranzuziehen, wäre zivilrechtlich ein Novum und widerspricht sämtlichen Grundsätzen des Gesellschaftsrechts. Im übrigen erscheint uns diese Formulierung auch völlig unausgereift. Es ist überhaupt nicht geregelt, welche Mehrheit der betreffende Gesellschafter haben muß.

Die Folgewirkung dieses Vorschlags wäre ausgesprochen fatal. Es könnte dann der Nachfolge-GmbH. eine neuerliche Insolvenz drohen, wenn der Mehrheitsgesellschafter in Anspruch genommen wird, was auch zu einer Kapitalauszehrung führen würde. In weiterer Folge könnten neuerliche Beiträge nicht mehr entrichtet werden, was aber keinesfalls im Interesse der Sozialversicherung liegen würde. Schließlich erscheint uns auch im Hinblick auf grenzüberschreitende Kapitalbeteiligungen diese Regelung nicht EG-konform.

Zu Art. 1 Z. 10 (§ 68 Abs. 1):

Da § 68 bereits wieder novelliert wird und für die Versicherungsträger eine weitere Begünstigung durch die Einbeziehung von Beitragsmithaftenden in die Feststellungsverjährung geschaffen werden soll, wäre es notwendig, die Rückzahlungsfrist von zu Unrecht entrichteten Beiträgen von 3 auf 5 Jahre auszudehnen, um die ärgsten Härten mildern zu können. Wir haben dies auch in unserem Schreiben vom 28.6.1991 (Sp 625/91/Dr.Ru/MS) unter Punkt 2 ange-

regt.

Neuerlich sei darauf hingewiesen, daß der Betroffene durch die Ungebührlichkeit der Beitragsentrichtung ohnedies den Anspruch auf Leistungen verliert. Durch die 3-jährige Verfallsfrist wird er aber von jeder Rückerstattungsmöglichkeit abgeschnitten, was verfassungsrechtlich bedenklich erscheint (Verletzung der Grundrechte der Gleichheit und des Eigentums). Aus administrativen und ökonomischen Gründen haben wir daher die 5-Jahresfrist für die Erstattung vorgeschlagen. Auch der Österreichische Arbeiterkammertag hat dagegen keinen Einwand erhoben. Es sollte daher dieses bereits seit einigen Jahren vorgebrachte Anliegen endlich realisiert werden.

Zu Art. I Z. 16 (§ 86 Abs. 4):

Die vorgeschlagene Lösung führt nur teilweise zu einer Entschärfung und zugleich zu neuen Ungerechtigkeiten, vor allem bei den Selbständigen und in jenen Fällen, in denen mangels Erkennens eines Unfalls als Arbeitsunfall eine Anzeige ebenso wie ein Leistungsantrag unterblieben ist. Gerade durch die ständige Weiterentwicklung und Ausweitung des Unfallversicherungsschutzes durch die Judikatur und Verwaltungspraxis ist es den Betroffenen oder Angehörigen oft nicht ersichtlich, daß es sich um einen geschützten Unfall handeln könnte. Für Dienstgeber kann die geltende Rechtslage ebenso wie der Novellierungsvorschlag in diesen Fällen zu Schadenersatzforderungen führen. Es sollte daher die Unfallversicherungsleistung unabhängig von einer Unfallanzeige generell auch rückwirkend gewährt werden können, wobei die Rückwirkung auf 5 Jahre vom Antragstag an begrenzt werden sollte. Damit könnten diese Härten wirkungsvoller beseitigt werden und es wären auch für die betroffenen Arbeitgeber die drohenden Schadenersatzforderungen vermieden. Insgesamt dürfte es sich um wenige Fälle handeln, sodaß der finanzielle Mehraufwand nicht ins Gewicht fällt.



- 8 -

Zu Art. I Z. 20 (§ 108d):

Die Änderung des Anpassungsfaktors durch Außerachtlassung der Arbeitslosenrate lehnen wir als isolierte Maßnahme ab. Wir meinen, daß das in Beratung stehende neue System der Nettoanpassung Zug um Zug eingeführt werden müßte. Außerdem verursacht die Eliminierung der Arbeitslosenrate für 1992 Mehrkosten von ca. 1,1 Mrd. Schilling, die in den Folgejahren mit den künftigen Anpassungen noch kumulieren.

Zu Art. II Z. 1 und 2 (§ 116 und § 117):

In diesen Bestimmungen wird die Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung als neue Pflichtleistung vorgesehen. Nach den Erläuterungen haben die Krankenversicherungen damit die Möglichkeit zur Durchführung der Primär- und Sekundärprävention sowie zur Erforschung von Krankheitsursachen und deren Auswertung. Nach den Erläuterungen soll der finanzielle Mehraufwand hierfür nur geringfügig sein. Wir bezweifeln dies, wenn die Versicherungsträger die Prävention ernst nehmen. In der Bundesrepublik Deutschland ist ein Aufwand von 0,5 % bis 1 % des Leistungsaufwandes hierfür notwendig. Diese Größenordnung wurde auch von Experten der IVSS anlässlich einer Forschungskonferenz im Jahre 1989 in Wien bestätigt. Wir meinen daher, daß zur Finanzierung der Krankenversicherung eine Gesundheitsförderungsmarke eingeführt werden sollte, die auf jeden Krankenschein, der bei einem Arzt abgegeben wird, geklebt wird. Bei einem Betrag von S 60,-- würde dies jährliche Einnahmen von 1,4 Mrd. Schilling bedingen. Unter Berücksichtigung sozialer Ausnahmen - wie bei der Rezeptgebühr - würden etwa 1,2 Mrd. Schilling als Nettoerlös verbleiben. Es wäre dies auch eine Möglichkeit, die drohende Beitragserhöhung verringern zu können.

Zu Art. II Z. 4 (§ 122 Abs. 2 Z. 2 lit. c):

Nach einem Antrag des Österreichischen Arbeiterkammertages sollen nicht nur Arbeitslose, die sich geweigert haben, eine zumutbare Beschäftigung anzunehmen, den Krankenversicherungsschutz während der Nachfrist nach § 122 Abs. 2 Z. 2 lit. c weiterhin haben, sondern auch jene Arbeitslose, deren Dienstverhältnis infolge eigenen Verschuldens beendet wurde, oder die ihr Dienstverhältnis ohne triftigen Grund freiwillig gelöst haben. Wir meinen, daß jede Maßnahme unterbunden werden sollte, die den Bezug von Arbeitslosengeld indirekt fördert und die Auflösung von Dienstverhältnissen aus Verschulden des Arbeitnehmers belohnt.

Zu Art. II Z. 6 (§ 125 Abs. 1):

Wir lehnen die vorgeschlagene Änderung bei der Bemessung des Krankengeldes ab. Die Begründung des Österreichischen Arbeiterkammertages erscheint uns nicht überzeugend. Wir glauben, daß kein Schritt gesetzt werden sollte, der Krankenstände fördert statt verhindert. Auch angesichts der Knappheit der finanziellen Mittel der sozialen Krankenversicherung ist der jetzige Zeitpunkt für solche Leistungserweiterungen nicht günstig. Im übrigen würde dieser Vorschlag bei Angestellten eine Schlechterstellung bewirken, wenn der beitragspflichtige Entgeltsanspruch nach § 8 Abs. 2 Angestelltengesetz nur noch 50 % beträgt.

Zu Art. II Z. 9 (§ 135 Abs. 1):

Grundsätzlich erheben wir gegen die vorgeschlagene Neufassung der Bestimmung des § 135 Abs. 1 zweiter Satz keinen Einwand, wenn auch die von uns vorgeschlagenen zusätzlichen Ergänzungen berücksichtigt werden. Dies betrifft vor allem die Einbeziehung der gewerblichen Masseur, der Kontaktlinsenoptiker hinsichtlich der Ausübung des Refraktionsrechtes und der Lebens- und Sozialberater. Die Einbeziehung dieser drei genannten Berufsgruppen wäre

- 10 -

schon aus verfassungsrechtlichen Gründen geboten. Wie jüngst der Sozialrechtler Univ.Prof. Dr. Franz Marhold in einem Gutachten schlüssig nachgewiesen hat, verstößt die gegenwärtige taxative Aufzählung in § 135 Abs. 1 eindeutig gegen die verfassungsrechtlichen Grundrechte der Gleichheit und Erwerbsfreiheit. Außerdem bestehen gleichartige Ausbildungen, die zur Krankenbehandlung berechtigen, zumal ohnedies diese Tätigkeiten im Rahmen ärztlicher Kontrolle erfolgen. Im übrigen sollte zumindest in den Erläuterungen klargestellt werden, daß in § 135 Abs. 1 eine Krankschreibung nach wie vor nur über den praktischen Arzt oder Versicherungsträger erfolgen darf.

Wir schlagen daher vor, nach der Z. 3 folgende Z. 4-6 anzufügen:

4. Die Refraktionsbestimmung durch konzessionierte Kontaktlinsensoptiker (§ 236 lit. a und b GewO 1973), wenn es sich nicht um eine erstmalige Untersuchung des Auges handelt.
5. Gewerbliche Masseure (§ 103 Abs. 1 lit. b Z. 34 GewO 1973), BGBl.Nr. 50/1974 in der Fassung BGBl.Nr. 399/88.
6. Lebens- und Sozialberater (§ 323e Abs. 2 GewO 1973), BGBl.Nr. 50/1974 in der Fassung BGBl.Nr. 399/88.

Als Begründung wird folgendes ausgeführt:

Zu Ziffer 4:

Die Ausbildung zum Kontaktlinsensoptiker, der einen qualifizierten Befähigungsnachweis mit einer Konzession benötigt, enthält auch die entsprechenden Fächer, die ihn in die Lage versetzen, zumindest pathologische Verdachtsmomente zu erkennen und den betreffenden Personen den Besuch eines Augenarztes zu empfehlen. Die weitaus überwiegende Zahl der Unternehmer und der kommende Unternehmernachwuchs verfügen über eine hohe fachliche Ausbildung im

- 11 -

Rahmen der Meisterschule für Augenoptik und Kontaktlinsenoptik. Diese Meisterschule entspricht auch den künftigen EG-Anforderungen. Sie wird heute bereits mit der höheren Fachausbildung in der Schweiz und in Deutschland als gleichwertig anerkannt.

Der vorgeschlagene Wortlaut zielt darauf ab, daß eine Erstuntersuchung des Auges jedenfalls dem Arzt vorbehalten bleiben soll. Bei der Durchführung von Refraktionsbestimmungen zum Zwecke der Feststellung der geänderten Sehleistung soll der Weg zum Arzt aber nicht mehr zwingend sein. Dies hätte für viele Personen den wesentlichen Vorteil, daß sie sich oft lange Wartezeiten beim Augenarzt ersparen würden. Auch für die betroffenen Unternehmer würden weniger Ausfallzeiten im Betrieb anfallen. Im übrigen würde diese Rechtslage auch dem Erkenntnis des Bundessozialgerichtes 6 RKA 2/72 vom 13.12.1973 entsprechen.

#### Zur Ziffer 5:

Die Bundesinnung der Fußpfleger, Kosmetiker und Masseur hat sich zusammen mit der Bundeskammer schon des längeren um eine Einbeziehung in § 135 Abs. 1 ASVG bemüht. In jüngster Zeit wurde ein namhafter Experte des Arbeits- und Sozialrechts, Univ.Prof. Dr. Franz Marhold, beauftragt, die gegenständliche Rechtslage zu prüfen. Er kam zum Ergebnis, daß die Massagebehandlung eines gewerblichen Masseurs Teil der ärztlichen Hilfe sein kann, wenn sie im Verantwortungsbereich des Arztes durchgeführt wird. Für die Verantwortung des Arztes reicht ein Auftrag oder Werkvertrag aus, wonach der Arzt ständige fachliche Aufsicht hält und nach seinen Anordnungen massiert wird. Ein Arbeitsvertrag ist nicht zwingend erforderlich.

Hinsichtlich der Vergütung würden mangels Gesamtvertrag Kostenerstattungen im Ausmaß der für Physiotherapeuten vom Krankenversicherungsträger festgelegten Sätze gebühren. Stehen Physiotherapeuten nicht in ausreichendem (§ 338 Abs. 2 ASVG) Maße zur Verfü-

- 12 -

gung und sieht der ärztliche Gesamtvertrag keine Vergütung für Delegationen an gewerbliche Masseur vor, gebührt volle Kostenerstattung. Eine eigenverantwortliche Krankenbehandlung gewerblicher Masseur ist sozialversicherungsrechtlich nicht vorgesehen. Hiefür gebührt auch keine Kostenerstattung. Daraus folgt, daß die Einbeziehung gewerblicher Masseur kaum nennenswerte Mehrkosten verursachen würde.

Zu Ziffer 6:

Bis zum Inkrafttreten der Gewerbechtsnovelle 1988 am 1.1.1989 war die Tätigkeit der gewerblichen Psychologen ein freies Gewerbe. Sie wurde unter dem Namen "Lebens- und Sozialberater" gem. § 223e GewO 1973 konzessioniert, wobei dem Konzessionsvorbehalt die Beratung und Betreuung von Menschen, insbesondere im Zusammenhang mit Persönlichkeitsproblemen, Ehe- und Familienproblemen, Erziehungsproblemen, Berufsproblemen und sexuellen Problemen unterliegt. Gem. § 223e Abs. 2 GewO 1973 gehört zu den konzessionspflichtigen Tätigkeiten auch die psychologische Beratung mit Ausnahme der Psychotherapie.

Mit dem 2 Jahre später in Kraft getretenen Psychologengesetz wurde die bisher gesetzwidrig als freies Gewerbe ausgeübte Psychologentätigkeit der universitär ausgebildeten Psychologen einer besonderen Regelung unterworfen. Auch die Ausübung dieses Berufes umfaßt unter anderem die Beratung hinsichtlich der Leistungsfähigkeit, Persönlichkeitsmerkmale, Verhaltensstörungen, psychischen Veränderungen und Leidenszustände.

Da auch die Regelung der beruflichen Qualifikation für die beiden genannten Berufe in durchaus gleichwertiger Form erfolgte, (Befähigungsnachweisverordnung für das konzessionierte Gewerbe des Lebens- und Sozialberaters, BGBl.Nr. 1990/689; §§ 4-7 PsychologengG. BGBl.Nr. 1990/360) ist eine Gleichbehandlung der beiden Berufsgruppen auch sachlich gerechtfertigt.

- 13 -

Abschließend weisen wir aber nochmals ausdrücklich darauf hin, daß alle in § 135 Abs. 1 genannten Leistungen einen wesentlichen Selbstbehalt des Versicherten beinhalten müßten.

Zu Art. II Z. 10 (§ 137a):

Mit dieser Bestimmung soll die medizinische Rehabilitation im Bereich der Krankenversicherung vor allem für Angehörige und Pensionisten verankert werden. Der Anspruch soll zunächst nach pflichtgemäßem Ermessen des Krankenversicherungsträgers erbracht werden. Nach den Erläuterungen soll aber ab dem Jahre 1994 die Rehabilitation in der Krankenversicherung als Pflichtleistung mit einem individuellen Rechtsanspruch eingeführt werden. Im kammerinternen Begutachtungsverfahren wurde vor allem vorgebracht, daß die Übersichtlichkeit verloren gehen würde. Es ist daher erforderlich, eine Rangordnung der Rehabilitation deutlicher festzulegen. Unseres Erachtens soll es bei der bewährten primären Verpflichtung der Pensionsversicherungsträger zu den Rehabilitationsmaßnahmen nach Berufsgruppen bleiben. Auch die Rehabilitationsmaßnahmen der Unfallversicherung sollen weiterhin bei Arbeitsunfällen primär verpflichtend sein. Die Krankenversicherung soll nur subsidiär Rehabilitationsmaßnahmen durchführen, wenn keinerlei Verpflichtung eines anderen Trägers besteht. Unerläßlich wäre aber hierfür ein Selbstbehalt bei Inanspruchnahme von eigenen Einrichtungen oder Vertragseinrichtungen ähnlich dem § 27a KAG, zumal der mittelfristige Mehraufwand auf 1 bis 1,5 Mrd. Schilling pro Jahr geschätzt wird. Dieser Selbstbehalt sollte auch für Rehabilitationsaufenthalte bzw. Kuraufenthalte im Rahmen der Pensions- bzw. Unfallversicherung gelten.

Zu Art. I Z. 17 lit. b u. Art. II Z. 14 u. Z. 18 (§ 90, § 143 u. § 152):

Wir sprechen uns neuerlich gegen die Aufhebung des Ruhens von

- 14 -

Kranken- bzw. Wochengeld bei Anstaltspflege aus. Auch wenn in Hinkunft das Familien- und Taggeld ersatzlos gestrichen werden soll, erscheint uns diese Maßnahme nicht ausreichend. Obgenannter Ruhenstatbestand wurde bereits in der Stammfassung des ASVG eingeführt, um eine sachlich nicht gerechtfertigte Doppelversorgung des Versicherten zu vermeiden. Auch in der Krankenversicherung der Selbständigen gibt es hiefür kein Äquivalent. Die angespannte finanzielle Situation in der sozialen Krankenversicherung läßt außerdem die Mehrkosten von 215 Mio. Schilling nicht zu. Auch lehnen wir eine zusätzliche Belastung des Familienlastenausgleichsfonds um weitere 85 Mio. Schilling ab. Im übrigen steht die Textierung des § 141 Abs. 3 in der Fassung des Art. II Z. 13, letzter Satz, im Widerspruch mit der Aufhebung des § 152 in Art. II Z. 18. Wenn man sich konsequent zur Aufhebung des Tag- oder Familiengeldes bekennt, dann müßte dies auch für die satzungsmäßigen Mehrleistungen beim Krankengeld gelten.

Zu Art. II Z. 17 (§ 151):

Obwohl wir dem Grundsatz nach die medizinische Hauskrankenpflege als Pflichtleistung bejahen, wenn damit gleichzeitig auch ein spürbarer Abbau von Spitalsbetten garantiert und somit langfristig zu einer Kostendämpfung im Gesundheitswesen beigetragen werden kann, meinen wir, daß in der jetzigen Fassung des § 151 eine exakte Definition fehlt. Es wäre eine Definition der Hauskrankenpflege deshalb notwendig, um diese Leistung klar von der sogenannten "Grundpflege" abzugrenzen. Dies bedeutet, daß die Krankenversicherungsträger nur dann für Pflegeleistungen zuständig sein und damit auch für die finanzielle Bedeckung aufkommen sollen, wenn eine Krankenbehandlung dies erfordert.

Darüber hinaus stimmen die Erläuterungen mit dem Gesetzestext nicht überein. In § 151 Abs. 4 in der Fassung des Entwurfes ist vorgesehen, daß die medizinische Hauskrankenpflege längstens für die Dauer von 4 Wochen gewährt wird. In den Erläuterungen hinge-

- 15 -

gen wird die Höchstdauer mit einem Monat begrenzt und kann über Antrag jeweils um einen weiteren Monat verlängert werden. Diese zeitliche Unstimmigkeit müßte bereinigt werden. Außerdem sollte klargestellt werden, daß die Höchstdauer sich auf die jeweilige Erkrankung oder den jeweiligen Versicherungsfall erstreckt. Auch sollte vorgesehen werden, daß bei einer Verlängerung der Hauskrankenpflege eine zusätzliche ärztliche Bewilligung einzuholen ist.

Im § 151 Abs. 2 sollte zwecks Garantie einer bundesweiten Versorgung sichergestellt werden, daß nicht nur solche Vertragseinrichtungen, die ausschließlich medizinische Hauskrankenpflege betreiben, die Hauskrankenpflege ausüben dürfen, sondern auch alle Verbände der freien Wohlfahrtspflege, die in der Lage sind, die medizinische Hauskrankenpflege durch qualifizierte Krankenschwestern oder Krankenpfleger zu erbringen. Zur bundeseinheitlichen Gestaltung dieser neuen Pflichtleistung wird eine Richtlinienkompetenz des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger angeregt. Damit könnte auch sichergestellt werden, daß die Vereine der freien Wohlfahrtspflege auch bei integrativen Diensten stets auf die scharfe Trennung zwischen Hauskranken- und Grundpflege zu achten hätten.

Im übrigen meinen wir, daß auch bei der Hauskrankenpflege ein Selbstbehalt vorgesehen werden sollte, der sozial gestaffelt werden könnte oder zumindest jenen Betrag erreichen müßte, den der Pflegling nach § 27a KAG zu entrichten hat (derzeit S 55,-- pro Tag). Da nämlich zumindest in den ersten Jahren zu rechnen ist, daß sich die Hauskrankenpflege parallel zur weiteren Spitalspflege entwickeln wird, werden zusätzliche Kosten in erheblichem Ausmaß für die Krankenversicherungsträger auflaufen. Die bisherigen freiwilligen Leistungen an Hauskrankenpflege haben nur einen Bruchteil hievon betragen. Die Erläuterungen sprechen langfristig von etwa 1,6 - 2,4 Mrd. Schilling allein in der Krankenversicherung nach dem ASVG. Auch bisher hatten die Versicherten diese



- 16 -

Leistung überhaupt voll zu tragen, wenn der Krankenversicherungsträger die Übernahme als freiwillige Leistung abgelehnt hat oder nur einen geringen Betrag bezahlt hat. Wir meinen daher, daß ein sozial gestaffelter Selbstbehalt die beste Lösung wäre, um den zusätzlichen Finanzierungsaufwand zu einem großen Teil abdecken und die drohende Beitragssatzerhöhung in erträglichen Grenzen halten zu können.

Zu Art. II Z. 21 lit. c (§ 155 Abs. 2):

Bei der Neufassung der Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit fällt auf, daß die Unterbringung in Kuranstalten zur Verhinderung einer unmittelbar drohenden Krankheit oder der Verschlimmerung einer bestehenden Krankheit nunmehr an die Anwendung natürlicher Heilvorkommen als eine notwendige Voraussetzung gebunden werden soll. Dies erscheint uns als eine Verschlechterung gegenüber der geltenden Praxis. Es erhebt sich daher die Frage, ob damit auch jenen Fällen entsprochen wird, die einen Kuraufenthalt ohne bestimmte Kurmittel benötigen, weil diese kontraindiziert sein könnten. So kommt es vor, daß etwa Personen zu Kuren nach Bad Ischl oder nach Baden bei Wien geschickt werden, ohne daß sie Sole- oder Schwefelbäder in Anspruch nehmen müssen. In diesen Fällen würde dies bedeuten, daß, um dem Wortlaut des Gesetzes zu entsprechen, dann zusätzliche Kurmaßnahmen unnötigerweise verordnet werden müssen, oder generell für diesen Personenkreis eine Kur ausgeschlossen wird, was zur Folge hätte, daß mit einer Verschlimmerung von Berufskrankheiten gerechnet werden muß, die dann in der Folge neuerlich Maßnahmen der Rehabilitation mit wesentlich höheren Folgekosten notwendig machen würden. Wir meinen daher, daß in § 155 Abs. 2 Z. 2 in der Fassung des Entwurfs der letzte Halbsatz entfallen sollte.

Zu Art. III Z. 1 (§ 175 Abs. 2):

In der Ziffer 2 wird der Unfallversicherungsschutz auf einem Weg

- 17 -

zum Arzt insofern ausgedehnt, als es sich künftig nicht mehr um eine Untersuchung handeln muß, der sich der Arbeitnehmer zu unterziehen hat, sondern jede ärztliche Untersuchung in Betracht kommt. Im kammerinternen Begutachtungsverfahren wurde vor allem auf Mißbrauchsmöglichkeiten hingewiesen, wenn der Arztweg nicht klar definiert wird. Wir meinen daher, daß nur jener Weg von der Arbeits- oder Ausbildungsstätte oder von der Wohnung zu einer ärztlichen Untersuchungsstelle und anschließend zurück zur Wohnung bzw. zur Arbeits- (Ausbildungs)stätte geschützt sein soll, wenn eine unmittelbare Notwendigkeit zur ärztlichen Untersuchung vorliegt und dies auch gegenüber dem Dienstgeber bescheinigt wird. Neben der Ergänzung des Gesetzestextes sollte dies auch in den Erläuterungen festgehalten werden. Dabei sollte zur Klarstellung erwähnt werden, daß nur der unmittelbare Weg von der Wohnung bzw. der Arbeits- (Ausbildungs)stätte zur ärztlichen Untersuchung bzw. nur der unmittelbare Weg von dort zurück geschützt wird.

Ebenfalls wäre § 175 Abs. 2 Z. 10 in der Fassung des Entwurfes, der den Unfallversicherungsschutz für Wege zur oder von der Arbeits- (Ausbildungs)stätte zu (von) einem Kindergarten bzw. zu (von) einer Schule vorsieht, präzisierungsbedürftig. Es sollte nicht jeder Transport geschützt werden, weil dies ja oft von Zufälligkeiten abhängt. Der Unfallversicherungsschutz soll sich daher nur auf jene Versicherte erstrecken, denen die gesetzliche Aufsicht über mindestens ein zu transportierendes Kind (Schüler) obliegt. Im übrigen hat auch der Österreichische Arbeiterkammertag nur beabsichtigt, den Weg von erwerbstätigen Aufsichtspersonen, die ihre Kinder zum Kindergarten (zur Kindertagesstätte) bzw. zur Schule bringen oder von dort abholen, unter Unfallversicherungsschutz zu stellen (Seite 25 der Erläuterungen). Wir schlagen daher vor, § 175 Abs. 2 Z. 10 in der Fassung des Entwurfes um folgenden Halbsatz zu ergänzen: "wenn dem Dienstnehmer (der Dienstnehmerin) die gesetzliche Aufsicht obliegt".

- 18 -

Zu Art. IV Z. 10 (§ 253a):

Obwohl es sich hier wiederum um eine Verbesserung für den Anspruch auf eine vorzeitige Alterspension handelt und grundsätzlich getrachtet werden müßte, daß auf Grund der künftigen demographischen Entwicklung und der Arbeitsmarktlage die Erwerbsquote angehoben wird, sehen wir von einem Einwand ab, zumal es sich offenbar nur um wenige Fälle handeln dürfte. Allerdings sollte in den Erläuterungen die Bezeichnung "Kinderentschädigung" auf "Kündigungentschädigung" richtiggestellt werden.

Zu Art IV Z. 12 lit. a (§ 293 Abs. 1):

Die außerordentliche Erhöhung der Ausgleichszulagenrichtsätze für Einzelpersonen von S 6.000,-- auf S 6.500,-- und für Ehepaare von S 8.600,-- auf S 9.317,-- entspricht der Regierungserklärung bzw. dem Arbeitsübereinkommen der Koalitionsparteien. Es soll aber nicht unerwähnt bleiben, daß im kammerinternen Begutachtungsverfahren auch Meinungen geäußert wurden, die sich gegen diese außerordentliche Erhöhung aussprechen.

Zu Art. V Z. 8 (§ 367 Abs. 1):

Nach den Erläuterungen zu der vorgeschlagenen Änderung in § 367 Abs. 1 soll bei der Feststellung des Anspruches auf Integritätsabgeltung als Leistung der Unfallversicherung nach § 213 ASVG künftig ein Bescheid nur dann erlassen werden, wenn die beantragte Leistung ganz oder teilweise abgelehnt wird und der Versicherte ausdrücklich einen Bescheid verlangt. Wir meinen aber, daß bei einer so bedeutenden Leistung grundsätzlich ein Bescheid erlassen werden sollte, um die interne und externe Bescheidkontrolle beibehalten zu können. Wenn man bedenkt, daß diese Leistung immerhin bis zum Doppelten der jährlichen Höchstbeitragsgrundlage in der Unfallversicherung (1991 S 840.000,--) betragen kann, glauben wir, daß solche Leistungen nicht freihändig vergeben werden soll-

- 19 -

ten. Schließlich ist die Integritätsabgeltung auch an eine Reihe von Voraussetzungen gebunden, die auch künftig nachprüfbar sein sollten. So kommt es vor allem auf das Vorliegen einer grob fahrlässigen Verletzung von Arbeitnehmerschutzvorschriften durch den Dienstgeber an, die ja auch für diesen bestimmte Folgewirkungen (vor allem etwa durch die Arbeitsinspektion) haben könnte. Außerdem sollte die Integritätsabgeltung auch nicht der Kontrolle im Wege der Rentenausschüsse entzogen werden. Es gibt außerdem ja die Möglichkeit der Vorschußgewährung, sodaß die angebliche Notwendigkeit einer flüssigeren Auszahlung dieser Leistung uns nicht überzeugt.

Zu Art. V Z. 9 (§ 412):

Wir begrüßen die Schaffung einer Einspruchsvorentscheidung, die auf einen langjährigen Wunsch der Bundeskammer und auch des Rechnungshofes zurückgeht. Damit könnten in kurzer Zeit und in einem relativ raschen Verfahren bestimmte Fehler auf kurzem Wege korrigiert werden oder aber auch neu aufgetretene Sachverhalte zusätzlich berücksichtigt werden.

Wir meinen aber, daß folgende Ergänzungen oder Klarstellungen noch notwendig wären:

Nach der in § 412 Abs. 1 in der Fassung des Entwurfs vorgesehenen Formulierung wäre der Einspruch jedenfalls nur beim Versicherungsträger, der den Bescheid erlassen hat, einzubringen. Die AVG-Novelle 1990 (BGBl.Nr. 357/1990) hat aber im § 63 Abs. 5, erster Satz AVG, die Neuerung gebracht, daß die Berufung alternativ bei der Behörde eingebracht werden kann, die den Bescheid in erster Instanz erlassen hat oder bei der Berufungsbehörde, die darüber zu entscheiden hat. Im Gleichklang mit dem AVG sollte daher diese Möglichkeit auch in § 412 ASVG vorgesehen werden. Damit könnten auch jene Härten ausgeschaltet werden, daß bei derzeit unzuständiger Einbringung des Einspruchs und längerem Postweg die

- 20 -

Einspruchsfrist dann verloren geht, wenn der Einspruch beim zuständigen Sozialversicherungsträger verspätet einlangt. Es sollte daher in § 412 Abs. 1 ASVG folgender Satz angefügt werden: "Ein beim Landeshauptmann eingebrachter Einspruch gilt als beim Versicherungsträger eingebracht und ist an diesen unverzüglich weiterzuleiten."

Zur Klarstellung wäre im § 412 Abs. 2 in der Fassung des Entwurfs nach dem Ausdruck "binnen 2 Monaten nach Einbringung" der Klammersausdruck "(Einlangen)" einzufügen. Ebenfalls wäre dieser Klammersausdruck auch in § 412 Abs. 4 vorzusehen.

§ 412 Abs. 4 sollte um die Worte "nach Einbringung des Einspruchs" ergänzt werden, um zweifelsfrei klarzustellen, daß ab diesem Zeitpunkt die Zweimonatsfrist beginnt.

In § 412 Abs. 3 in der Fassung des Entwurfs sollte auch sichergestellt werden, daß eine Einspruchsvorentscheidung nur dann gefällt werden darf, wenn damit zumindest teilweise dem Einspruch Folge gegeben wird. Es soll dadurch vermieden werden, daß künftig bei Stellung eines Vorlageantrages an den Landeshauptmann noch einmal über jene Teile entschieden werden muß, die bereits mit Einspruchsvorentscheidung behandelt wurden.

Zu Art. V Z. 11 (§ 422 Abs. 2):

In § 422 Abs. 2 wird neu geregelt, daß der Versicherungsvertreter (Stellvertreter) die Annahme seiner Bestellung nachweislich dem Versicherungsträger mitzuteilen hat. Ab dem Zeitpunkt des Einlangens dieser Mitteilung ist er zur Ausübung seines Amtes berechtigt. Es ist uns unverständlich, warum das Sozialministerium neuerlich nicht die Vorschläge des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger und der Bundeskammer hinsichtlich einer pauschalen Meldung durch die entsendeberechtigten Stellen berücksichtigt. Die vorgeschlagene Fassung würde zu nicht

- 21 -

vertretbarer Rechtsunsicherheit führen. Es ist nämlich nicht klar erkennbar, ab welchem Tag der Versicherungsvertreter sein Amt ausüben darf. Insbesondere könnte es bei Überschneidungen der Tätigkeit von zwei Versicherungsvertretern in einer Funktionsperiode zu Schwierigkeiten kommen. Außerdem sollte auch ein Nachweis über den Zugang der Mitteilung aufliegen. Die Einzelmitteilung würde außerdem zu einem unnötigen Verwaltungsaufwand führen, weil jeder Versicherungsträger gesondert wiederum jeden Versicherungsvertreter zu benachrichtigen hätte. Wir meinen daher nach wie vor, daß eine Kollektivmeldung durch die entsendeberechtigten Stellen und eine Kollektivbestätigung durch die betroffenen Versicherungsträger die ökonomischste und sicherste Vorgangsweise wäre.

Zu Art. V Z. 13 (§ 431 Abs. 5):

Wir meinen, daß statt der Worte "sind ab dem Zeitpunkt" die Worte "sind ab Beginn des Zeitraumes" verwendet werden sollten. Schließlich handelt es sich ja um eine Funktionsperiode, für die die Versicherungsvertreter gewählt werden und nicht nur für die Befugnis zum Zeitpunkt der Wahl.

Zu Art. V Z. 24 (Anlage 1):

In Ziffer 24 lit. b sollte der Begriff "schädigende Erwerbsarbeit" durch den Begriff "schädigende Tätigkeiten" ersetzt werden. Diese bessere Formulierung findet sich auch in der Z. 24 lit. c bei der Nr. 45 und wurde von uns bereits früher erfolgreich angeregt.

Bei der Nummer 46 sind uns die Erläuterungen zu weitgehend. Die Zunahme von chronischen Sehenscheidenentzündungen ist sicherlich nicht auf die vermehrte Automatisierung und die EDV in der Arbeitswelt zurückzuführen. Gerade dadurch kommt es oft zu körperlichen Entlastungen. Wir meinen eher, daß sie durch psychosoziale

- 22 -

Faktoren bzw. durch die zunehmende Motorisierung und Bewegungsarmut, aber auch durch exzessive Sportausübung herbeigeführt werden.

Die Schaffung einer neuen Berufskrankheit mit der Nr. 47 unter der Bezeichnung "durch Zeckenbiß übertragene Krankheiten für alle Unternehmen) lehnen wir entschieden ab. Da die Unfallversicherung nach wie vor vom Kausalitätsprinzip beherrscht ist, Zeckenbisse aber weitgehend in der privaten Sphäre vorkommen, sollte nicht das Risiko der Krankenversicherung auf die Unfallversicherung abgewälzt werden. Wir könnten uns allenfalls einen eingeschränkten Geltungsbereich vorstellen, wenn die FSME oder Borreliose als Berufskrankheit nur für jene Unternehmen in Betracht kommt, die einen unmittelbaren Zusammenhang mit Tätigkeiten aufweisen, bei denen eine hohe Zeckenbißgefährdung vorliegt. Dies wären alle Unternehmen im landwirtschaftlichen Bereich, Sägewerke sowie sonstige Holzbe- und -verarbeitungsunternehmen. Im übrigen würde diese Maßnahme bedeuten, daß die Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt für die Kosten sämtlicher Zeckenimpfungen aufzukommen hätte. Außerdem gäbe es im Gegensatz zur Krankenversicherung dann keinen Selbstbehalt mehr. Diese überaus große Belastung könnte in weiterer Folge dann wiederum zu einer Beitragserhöhung in der Unfallversicherung führen, die in keiner Weise gerechtfertigt wäre.

Zu Art. VI Z. 4, 5 und 9:

Bei diesen Übergangsbestimmungen fällt ein unterschiedliches Inkrafttreten der neuen Leistungen der Unfallversicherung auf. Diese Differenzierung von einem Monat ist sachlich nicht begründbar. Es sollte daher eine Harmonisierung mit einem generellen Leistungsbeginn ab 1.1.1992 angestrebt werden.

Abschließend erlauben wir uns einen zusätzlichen Novellierungsvorschlag zu § 34 ASVG zu erstatten:

- 23 -

Gem. § 33 ASVG werden bei der An- und Abmeldung von Dienstnehmern die von der Gebietskrankenkassen bestätigten Meldungsdurchschriften auf deren Portokosten dem Dienstgeber zurückgesandt. Die Novellierung des § 33 Abs. 1 durch die 41. ASVG-Novelle hat dies auch ausdrücklich in den Erläuterungen vorgesehen. In § 34 ASVG ist eine solche Rücksendungsverpflichtung nicht *expressis verbis* vorgesehen. Es wird zwar bei Änderungsmeldungen oder Sonderzahlungsmeldungen dem Arbeitgeber grundsätzlich ebenfalls eine Bestätigung übermittelt, die Portokosten aber werden dem Arbeitgeber angelastet. Immer wieder kommt es auch vor, daß Arbeitgeber diesen Anachronismus der Beilage eines frankierten Rückkuverts übersehen, was zur Folge hat, daß für die ohne Frankierung zurückgesandten Meldebestätigungen nach § 34 ASVG von der Post ein Strafzuschlag eingehoben wird. Wir meinen, daß die Gebietskrankenkassen grundsätzlich alle Portogebühren übernehmen sollten. Unserer Auffassung nach wäre dieses Problem auch interpretativ zu lösen gewesen, doch mangelt es dabei an der Bereitschaft der Gebietskrankenkassen. Wir ersuchen daher ausdrücklich legislativ klarzustellen, daß bei Rücksendung anderer Meldebestätigungen als der An- und Abmeldung ebenfalls die Portogebühren von den Gebietskrankenkassen zu tragen wären, zumal die Dienstgeber ohnedies viele unbezahlte Verwaltungsarbeiten für die Sozialversicherung zu erledigen haben. Auch bei anderen Verwaltungsbehörden, wie z.B. den Finanzbehörden, existiert dieser Anachronismus der Beilegung eines frankierten Rückkuverts längst nicht mehr. Es wäre daher auch im Sinne einer Verwaltungsvereinheitlichung geboten, diese legislative Klarstellung vorzunehmen.

Weiters verlangen wir auch die Berücksichtigung unserer Vorschläge im Schreiben vom 28.6.1991 (Sp 625/91/Dr.Ru/MS). Es sind dies die Einführung von Habenzinsen in der Sozialversicherung, die bereits zu wiederholten Malen verlangte Ausdehnung der Frist von 3 auf 5 Jahre bei der Rückzahlung von zu Unrecht entrichteten Beiträgen und die Honorierung zusätzlicher Beitragszeiten nach dem Anfall einer Alterspension durch einen Zuschlag in halber Höhe der gel-



- 24 -

tenden Bonifikation.

Abschließend betonen wir nochmals ausdrücklich, daß die geplante Strukturreform in der Krankenversicherung für uns nur dann realisierbar ist, wenn der gesamte finanzielle Mehrbedarf sowohl auf dem ambulanten als auch stationären Sektor feststeht und vor allem durch die Einführung neuer Selbstbehalte abgedeckt wird. Dabei sind auch eine künftige leistungsbezogene Abrechnung im Spitalswesen sowie weitere konstendämpfende Maßnahmen auf diesem Sektor für uns unverzichtbar.

Wir ersuchen, unsere Vorschläge in die Regierungsvorlage zur 50. ASVG-Novelle aufzunehmen.

Wunschgemäß haben wir 25 Exemplare dieser Stellungnahme an das Präsidium des Nationalrates übermittelt.

BUNDESKAMMER DER GEMEINLICHEN WIRTSCHAFT  
Der Präsident:  Der Generalsekretär: 

