AMT DER VORARLBERGER LANDESREGIERUNG
Landhaus, A-6901 Bregenz

An das
Bundesministerium für
Arbeit und Soziales
Stubenring 1
1010 Wien

30/SN-61/ME
Betrifft GESETZENTWURF
Zl. 61 -GE/19 91
Datum: 05. SEP. 1991
Verteilt 6.9.91

Auskünfte:
Dr. Schneider
Tel. (05574) 511
Durchwahl:
2064

Aktenzahl: PrsG-4550
(Bei Antwortschreiben bitte anführen)

Bregenz, am 26. August 1991

Dr. Hajek

Betrifft: 50. Novelle zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz, Entwurf, Stellungnahme
Bezug: Schreiben vom 2.7.1991, Zl. 20.350/42-1/91

Zum übermittelten Entwurf eines Bundesgesetzes, mit dem das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz geändert wird (50. Novelle zum ASVG), wird Stellung genommen wie folgt:

Allgemeines:

Gegen den vorliegenden Entwurf einer 50. ASVG-Novelle bestehen erhebliche Bedenken, weil darin zwar eine Erweiterung des Leistungskataloges und Beitragserhöhungen der Krankenversicherung vorgesehen, aber keine wirksamen Reformen für ein modernes und leistungsfähiges Gesundheitssystem enthalten sind. Entsprechenden Ankündigungen in der Regierungserklärung vom 18.12.1990 über die Reform des Gesundheitswesens stehen keine konkreten Umsetzungsmaßnahmen gegenüber. Vielmehr besteht nach wie vor ein reformbedürftiges Gesundheitssystem, das langfristig die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung nicht sichern kann.

Mit notwendigen Beitragserhöhungen sollten Zug um Zug folgende wirksame Reformschritte im Gesundheitswesen verwirklicht werden:

o Die ersatzlose Rückgabe von Kompetenzen des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger an die Krankenversicherungsträger als Selbstverwaltungskörper:

Die soziale Krankenversicherung wurde seinerzeit mit der Einführung des ASVG am 1.1.1956 als Instrument der Selbstverwaltung mit Autonomie der einzelnen Krankenversicherungsträger geschaffen. Im Zuge der bisher 49 Novellierungen des Gesetzes wurde dagegen die Kompetenz des Hauptverbandes konsequent ausgebaut und gleichzeitig jene der Krankenversicherungsträger eingeschränkt.

o Die Neugestaltung der Krankenanstaltenfinanzierung zu einem leistungsorientierten Finanzierungssystem:
Der Entwurf enthält keine Regelungen für ein leistungsbezogenes Abrechnungssystem in den Spitälern, sodaß nach wie vor das unbefriedigende und unwirtschaftliche Abgangsdeckungssystem praktiziert werden muß.

o Die Neugestaltung der ambulanten ärztlichen Hilfe durch ein leistungsorientiertes Finanzierungssystem und die Aufwertung ambulanter Versorgung:
Das wichtige Ziel der Gesundheitspolitik "soviel ambulant wie möglich und soviel stationär wie notwendig" ist ohne den niedergelassenen Arzt nicht erreichbar. Daher wäre es dringend notwendig, möglichst attraktive Rahmenbedingungen für die ärztliche Hilfe etwa durch ein entsprechendes Finanzierungssystem zu schaffen.

o Die Finanzierung von integrierten Nahraumstrukturen (Sozial- und Gesundheitssprengel) und die Einbindung der Länder in die Gestaltung der Sozialversicherung:
Die Schaffung von integrierten Sozial- und Gesundheitssprengeln als regionale Koordinierungseinrichtungen für die privaten und öffentlichen Träger müßten Kernstück einer wirksamen Reform des Gesundheitswesens sein. Im Entwurf ist nicht erkennbar, ob und wie derartige Nahraumstrukturen finanziert werden sollen. Es muß befürchtet werden, daß die angekündigten Regelungen wiederum zentralistisch sein werden.
Im Hinblick auf den Leistungsumfang der Sozialversicherung im Gesundheitsbereich und die damit verbundene gesundheitspolitische Bedeutung dieser Institution wäre es dringend notwendig, die Länder stärker in die Gestaltung der Sozialversicherung auf Landesebene einzubinden.

Die im Entwurf vorgesehene Erhöhung der Ausgleichszulagen für die Pensionen, Verbesserungen in der medizinischen Rehabilitation und die Sicherung der

medizinischen Hauskrankenpflege als Pflichtleistung werden begrüßt.

Zu einzelnen Bestimmungen:

Zu Art. I Z. 1 bis 4:

Obgleich die im § 16a des Entwurfes vorgeschlagene Selbstversicherung in der Pensionsversicherung grundsätzlich begrüßt wird, ist zu bemängeln, daß diese nach zwölf Beitragsmonaten endet und dann innerhalb eines Monats über Antrag in eine Weiterversicherung übergehen soll. Es besteht die Gefahr, daß der vorgesehene Antrag und die Monatsfrist von einem Großteil der Selbstversicherten versäumt werden. Wenn ein freiwilliges Versicherungsverhältnis angestrebt wird, so soll dieses so lange bestehen bleiben, bis es vom Versicherten oder Sozialversicherungsträger aufgekündigt wird.

Die aus familienpolitischen Gründen bereits geltende begünstigte Selbstversicherung während der Kindererziehung sollte zur Erreichung einer Chancengleichheit von Frau und Mann dahingehend geändert werden, daß Kindererziehungszeiten für jedes Kind als Beitragszeiten berücksichtigt werden. Der Bundesminister für Arbeit und Soziales hat anläßlich einer Rede im Rahmen der Festveranstaltung "100 Jahre Sozialversicherung" am 4.9.1989 diese vorgeschlagene Änderung versprochen und darüber hinaus im Schreiben vom 26.9.1990, Zl. 21.710/3-1/90, zugesagt, daß auch Zeiten der Pflege Angehöriger als Beitragszeiten vorgesehen sind. Die Umsetzung dieser Worte des Ministers ist im vorliegenden Entwurf nicht zu finden. Ebenso ist die ungleiche Behandlung der Kindererziehung mit der sonstigen Erwerbstätigkeit nach wie vor nicht behoben.

Zur Förderung der familiären Pflege von pflegebedürftigen Personen ist eine sozialversicherungsrechtliche Absicherung von Pflegepersonen entweder durch eine begünstigte Selbstversicherung in der Pensionsversicherung analog den Bestimmungen des § 18a ASVG oder eine begünstigte Selbstversicherung in der Pensionsversicherung im Sinne des § 18 Abs. 1 ASVG dringend notwendig. Eine derartige Regelung fehlt im Entwurf. Gerade aus der Sicht des Landes Vorarlberg, das seit 1.1.1990 den Pflegezuschuß mit Erfolg eingeführt hat, ist die Einbeziehung von Pflegepersonen in die Sozialversicherung ein dringendes Anliegen.

Zu Art. I Z. 5:

Die näheren Einzelheiten über den Zugang zur Dokumentation sind nicht gere-

gelt. Auch die Erläuterungen enthalten hierüber keine Bemerkungen.
Anläßlich der Novellierung des § 31 wird angeregt, im Sinne einer Wiederherstellung der Selbstverwaltung der Krankenversicherungsträger die Gesamtvertragskompetenz des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger ersatzlos zu streichen und auf die Krankenversicherungsträger zu übertragen. Dadurch wäre eine wesentlich flexiblere und bedürfnisgerechtere medizinische Versorgung der Bevölkerung gewährleistet.

Zu Art. I Z. 10:

Es ist unklar, ob Maßnahmen der Verjährungsunterbrechung, die gegen den Zahlungspflichtigen gerichtet sind, auch gegen den Beitragsmithaftenden gelten sollen. Insbesondere erhebt sich die Frage, ob sich die 5-jährige Frist auch auf den Beitragsmithaftenden auswirkt.

Zu Art. I Z. 11:

Es ist unverständlich und nicht nachvollziehbar, weshalb der Aufteilungsschlüssel nicht mehr bescheidmäßig, sondern im Verordnungsweg festgesetzt werden soll. Es wird hier allem Anschein nach der Versuch unternommen, das Rechtsschutzinteresse der einzelnen Gebietskrankenkasse abzuschneiden. In Hinkunft wäre nämlich ein Verfahren bzw. eine Überprüfung durch den Verwaltungsgerichtshof nicht mehr möglich. Der Aufteilungsschlüssel beinhaltet individuell bestimmte Merkmale und ist daher mittels eines Bescheides festzusetzen.

Zu Art. II Z. 1, 2 und 7:

Die stärkere Betonung der Prävention von Krankheiten ist zu begrüßen. Es handelt sich hier jedoch nur um eine Kann-Bestimmung. Die Krankenkasse müßte nach unserer Ansicht verpflichtet werden, bestimmte Aktionen auf dem Gebiete der Gesundheitsvorsorge durchzuführen bzw. bestimmte Geldbeträge bestehenden Organisationen oder Ärzten zur Verfügung zu stellen.

Zu Art. II Z. 3 und Art. V Z. 3:

Die gesetzliche Verankerung der chefärztlichen Bewilligungspflicht wird abgelehnt. Der Patient hat ein Grundrecht auf eine optimale medizinische Versorgung. Ebenso hat der Arzt die Verpflichtung, den Patienten medizinisch optimal zu betreuen. Ökonomische Gesichtspunkte dürfen dabei nicht im Vordergrund stehen.

Zu Art. II Z. 9 und Art. V Z. 5:

Hier dürfte eine Abgrenzung der Leistungsvoraussetzungen schwierig werden. Die Ausführungen in den Erläuterungen, wonach die Inanspruchnahme von psychologischen und psychotherapeutischen Leistungen an das Erfordernis einer ärztlichen Verschreibung gebunden ist, und der Wortlaut des Entwurfes stimmen nicht überein. Im Entwurf ist nämlich eine von einer ärztlichen Verschreibung unabhängige psychologische bzw. psychotherapeutische Behandlung durch entsprechend Berechtigte vorgesehen. Eine solche Regelung wäre für uns nicht annehmbar.

Um die nach den Erläuterungen gewollte Rechtslage zu erreichen bzw. um Mißverständnisse zu vermeiden, wird für den § 135 Abs. 1 zweiter Satz nachstehender Formulierungsvorschlag unterbreitet:

"Die ärztliche Hilfe wird durch Vertragsärzte, durch Wahlärzte (§ 131 Abs. 1), durch Ärzte in eigenen hiefür ausgestatteten Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) der Versicherungsträger gewährt. Im Rahmen der Krankenbehandlung (§ 133 Abs. 2) ist der ärztlichen Hilfe gleichgestellt:

Eine aufgrund ärztlicher Vorschreibung erforderliche

a) physikotherapeutische,

b) logopädisch-phoniatrisch-audiometrische oder

c) ergotherapeutische

Behandlung durch Personen, die gemäß § 52 Abs. 4 des Bundesgesetzes betreffend die Regelung des Krankenpflegefachdienstes, der medizinisch-technischen Dienste und der Sanitätshilfsdienste, BGBl.Nr. 102/1961, zur freiberuflichen Ausübung des physikotherapeutischen Dienstes, des logopädisch-phoniatrisch-audiometrischen Dienstes bzw. des Beschäftigungs- und arbeitstherapeutischen (ergotherapeutischen) Dienstes berechtigt sind,

d) psychologische Behandlung

durch Personen, die gemäß § 12 Abs. 1 des Psychologengesetzes, BGBl.Nr. 360/1990, zur selbständigen Ausübung des psychologischen Berufes berechtigt sind,

e) psychotherapeutische Behandlung

durch Personen, die gemäß § 11 des Psychotherapiegesetzes, BGBl.Nr. 361/1990, zur selbständigen Ausübung der Psychotherapie berechtigt sind."

Zu Art. II Z. 10:

Nach dem Entwurf bleibt die medizinische Rehabilitation (§ 137a) im wesentlichen auf Rehabilitationseinrichtungen der Sozialversicherungsträger be-

schränkt, weil Anstaltspflege nur nach Maßgabe der vorhandenen Einrichtungen gewährt wird. Die medizinische Rehabilitation sollte aber grundsätzlich auch in anderen Rehabilitationseinrichtungen finanziert werden, wenn dies notwendig und zweckmäßig ist. In Frage kommen vor allem die vielfältigen ambulanten Rehabilitationsdienste, wie etwa Bewegungstherapie, Sozialpsychiatrie oder Neurorehabilitation, aber auch Rehabilitationsmaßnahmen in psychiatrischen Übergangsheimen oder extramuralen psychiatrischen Einrichtungen, die überwiegend der sozialmedizinischen Rehabilitation dienen.
Die Rehabilitationseinrichtungen der Sozialversicherungsträger auch für nicht versicherte Patienten zu öffnen, ist überdies ein langjähriger Wunsch der Sozialreferenten aller Bundesländer.

Zu Art. II Z. 17:

Die medizinische Hauskrankenpflege soll nur durch diplomierte Krankenschwestern bzw. Krankenpfleger erbracht werden können. In diesem Zusammenhang wird darauf hingewiesen, daß in Vorarlberg die Hauskrankenpflege durch private Krankenpflegevereine bewerkstelligt wird. Die Finanzierung erfolgt durch Mitgliedsbeiträge und private Spenden sowie durch Subventionen seitens der Gebietskörperschaften und der Krankenversicherungsträger. Dieses System beruht auf dem Subsidiaritätsprinzip. Es berücksichtigt die Mitverantwortung des Pflegebedürftigen sowie die Solidarität aller anderen nicht pflegebedürftigen Vereinsmitglieder. Diese Vereine sind zur Erfüllung ihrer Aufgaben auch auf nicht diplomiertes Pflegepersonal angewiesen. Um diese gut funktionierenden Einrichtungen nicht zu gefährden, muß mit allem Nachdruck verlangt werden, daß die Pflichtleistung "Hauskrankenpflege" nach dem Gesetz auch durch Zahlungen an Hauskrankenpflegevereine und Altenpflegehelfer(innen) erbracht werden kann.

In diesem Zusammenhang sei auch darauf hingewiesen, daß die Krankenanstalten einen großen Bedarf an diplomiertem Krankenpflegepersonal haben. Sollte die Hauskrankenpflege künftig nur noch durch selbständig tätige diplomierte Krankenschwestern bzw. Krankenpfleger ausgeübt werden dürfen, so wäre ein spürbarer Abgang von diplomiertem Personal von den Krankenanstalten zu befürchten.

Festzuhalten ist auch, daß die Beschränkung der medizinisch angeordneten Hauskrankenpflege (§ 151 Abs. 4) auf die Dauer von vier Wochen zu gering ist. Erfahrungsgemäß handelt es sich nämlich bei den zu Betreuenden eher um ältere

Personen, für die eine längere Behandlungsdauer vorgesehen werden muß.

Zu Art. II Z. 21:

Aus dem bisherigen Text des § 155 Abs. 2 wurden u.a. die Landaufenthalte und die Übernahme der Reisekosten gestrichen. Die Erläuterungen enthalten hiefür keine Begründung. Dieser Streichung kann daher nicht zugestimmt werden.

Unklar ist auch, warum für Kuraufenthalte nur Kuranstalten in Frage kommen sollen, bei welchen "die Anwendung natürlicher Heilvorkommen mit eine Voraussetzung für den Behandlungserfolg darstellt".

Zu Art. IV Z. 13:

Die Regelung, daß der zuständige Pensionsversicherungsträger die Gewährung der von einem Krankenversicherungsträger nach Maßgabe des § 137a zu erbringenden medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation jederzeit an sich ziehen kann, widerspricht der erforderlichen Transparenz von Verwaltungsabläufen.

Mit den §§ 90 Abs. 1, 117 Z. 4, 140 Z. 1, 141 Abs. 3, 143 Abs. 1 Z. 2 und Abs. 3, 152, 166 Abs. 1 Z. 1 und Abs. 3 sowie 238 Abs. 4 Z. 1 sollen nach den Erläuterungen Härtefälle beseitigt werden. Es wird in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, daß für solche Fälle bei den Krankenversicherungsträgern bereits ein Unterstützungsfonds für Einzelfälle eingerichtet ist. Die zusätzlichen Mittel, die durch die vorgeschlagene Änderung erforderlich wären, könnten effizienter eingesetzt werden. Diese Änderungen werden daher abgelehnt.

Schließlich wird zu den §§ 341 und 343 erneut und nachdrücklich gefordert, daß dem Landeshauptmann bei den Regelungen der Gesamtverträge zwischen den Trägern der Krankversicherung und den freiberuflich tätigen Ärzten ein Mitspracherecht eingeräumt wird. Auf das Schreiben der Verbindungsstelle der Bundesländer an das Bundesministerium für Arbeit und Soziales vom 15.2.1991, Zl. VST-361/174, wird verwiesen.

Für die Vorarlberger Landesregierung:

Dr. Guntram Lins, Landesrat

a) Allen
Vorarlberger National- und Bundesräten

b) An das
Präsidium des Nationalrates

1017 W i e n

(22-fach)

im Sinne des Rundschreibens des Bundeskanzleramtes vom 24. Mai 1967, Zl. 22.396-2/67

c) An das
Bundeskanzleramt - Verfassungsdienst

1010 W i e n

d) An alle
Ämter der Landesregierungen
z.H. d. Herrn Landesamtsdirektors

e) An die
Verbindungsstelle der Bundesländer
beim Amt der NÖ. Landesregierung

1014 W i e n

f) An das
Institut für Föderalismusforschung

6020 I n n s b r u c k

zur gefälligen Kenntnisnahme.

Für die Vorarlberger Landesregierung:
Der Landesamtsdirektor:

Dr. E n d e r

F.d.R.d.A.