



HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER

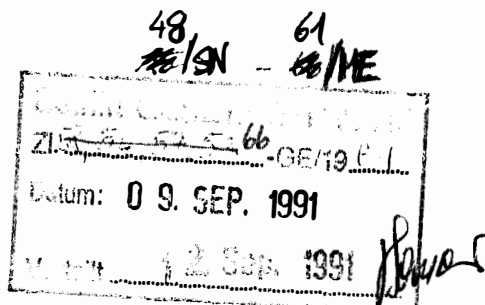
1031 WIEN KUNDMANNGASSE 21 POSTFACH 600 TEL 0222/711 32 TELEX 136682 hvsvt a TELEFAX 711 32 3777 DVR 00242/9
KI 1201:DW

ZI. 12-42.01:42.12:42.28:42.29/91 Sd/De

Wien, 5. September 1991

An das
Präsidium des Nationalrates

Parlament
1017 Wien



Betr.: 50. Novelle zum ASVG
21. Novelle zum B-KUVG
18. Novelle zum GSVG
16. Novelle zum BSVG

Wir übermitteln Ihnen 25 Exemplare unserer Stellungnahmen zu den Ministerialentwürfen der genannten Sozialversicherungsgesetze.

Der Generaldirektor:

Beilage

**HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER**

1031 WIEN

KUNDMANNGASSE 21

POSTFACH 600

TEL. 0222/711 32

TELEX 136682 hvsvt a

TELEFAX 711 32 3777

DVR 0024279

KI. 1001/DW

Zl. 12-42.01:42.12:42.28:42.29/91 G, Sd, Ch/Po Wien, 4. September 1991

An das

Bundesministerium für
Arbeit und SozialesStubenring 1
1010 W i e n

Betr.: 50. Novelle zum ASVG
21. Novelle zum B-KUVG
18. Novelle zum GSVG
16. Novelle zum BSVG

Bezug: Ihre Rundbriefe zur Zahl 20.797/2-2/91,
Zl. 20.621/1-2/91, Zl. 21.141/5-1/91 und
Zl. 20.350/42-1/91

In der Anlage übermittelt der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger seine Stellungnahmen zu den Ministerialentwürfen der im Betreff genannten Sozialversicherungsgesetze und ersucht, seine Anregungen bei deren Endredigierung zu einer Regierungsvorlage mitzubersichtigen. In diesen Stellungnahmen sind auch die ihm vorgelegenen Äußerungen der Sozialversicherungsträger eingearbeitet.

Nach Auffassung des Hauptverbandes wird durch die in Aussicht genommenen Novellierungen die Solidarfunktion der sozialen Krankenversicherung wesentlich gestärkt. Im Hinblick darauf unterstützt er alle darin enthaltenen Lösungsansätze zur Verbesserung der Versorgungsqualität und damit auch zur Erhöhung der Gesundheits- und Gesundungschancen der Versicherten. Seiner Meinung nach handelt es sich um prinzipiell sachgerechte Lösungen, die auf die Aufgabenstellung sowie Finanzierungskraft der sozialen Krankenversicherung adäquat Rücksicht nehmen.

Den Entwicklungsmöglichkeiten innerhalb unseres Gesundheitsversorgungssystems sind durch unser System der sozialen Sicherheit Grenzen vorgegeben. Ein Beispiel ist die Beibehaltung der Aufgaben- und Verantwor-

tungsbereiche zwischen Sozialversicherung und Sozialhilfe im Zusammenhang mit der Neuordnung der Pflegevorsorge. Die soziale Krankenversicherung kann im "Pflegebereich" somit nur mit Begleitmaßnahmen helfen. Bund und Länder müssen ihre Anteile übernehmen. Die im Entwurf zur 50. ASVG-Novelle vorgesehene und vom Hauptverband grundsätzlich als Leistung der sozialen Krankenversicherung bejahte "medizinische Hauskrankenpflege" kann ihrer Konzeption nach nur eine "krankenhausersetzende Leistung" sein, für die wie auch sonst der sozialversicherungsrechtliche Krankheitsbegriff bestimmend ist.

Die soziale Krankenversicherung ist ein wichtiges Finanzierungsinstrument unseres Gesundheitswesens. Innerhalb des für sie bestimmenden Grundsatzes von der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik findet - was oft übersehen wird - durchaus eine aufgabenorientierte Verteilung der zur Verfügung stehenden Geldmittel statt. Wie in den finanziellen Erläuterungen zur geplanten 50. ASVG-Novelle zutreffend festgehalten, können die mit den Veränderungen im "Leistungspaket" der sozialen Krankenversicherung gegebenen Mehrkosten aber nur über eine entsprechende Mittelzufuhr abgedeckt werden. Die Tatsache, daß der Hauptverband zu den darin genannten Ziffern nicht konkret Stellung nimmt, erklärt sich aus der (noch) ausständigen politischen Entscheidung und kann somit nicht dahingehend gedeutet werden, daß er die in den Erläuterungen genannten Beträge für zutreffend hält.

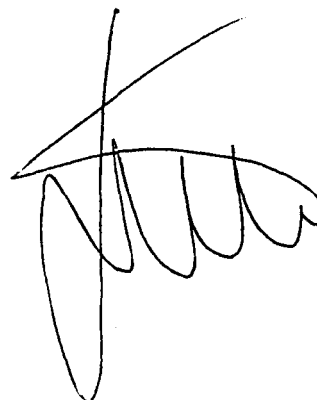
Der mit den gegenständlichen Entwürfen eingeleiteten Umorientierung in Richtung Strukturveränderung müssen seiner Meinung nach jedoch auch in anderen Bereichen unseres Gesundheitsversorgungssystems Initiativen folgen. Nur in diesem Fall kann die von den vorliegenden Entwürfen vorgezeichnete zukunftsgerichtete Weiterentwicklung und damit auch innere Erneuerung unseres Gesundheitsversorgungssystems vervollständigt werden.

25 Exemplare dieser Stellungnahme werden, wie gewünscht, dem Präsidium des Nationalrates direkt übermittelt.

Der Generaldirektor:



Der Präsident:



Beilagen

HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER
1030 Wien, Kundmannngasse 21
Telefon 0222/711 32

Stellungnahme

im Begutachtungsverfahren der

50. Novelle zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG)

Zu Art. I Z.1 (§ 16a ASVG - Selbstversicherung in der Pensionsversicherung):

Zum vorliegenden Entwurf einer Selbstversicherung in der Pensionsversicherung nimmt der Hauptverband im einzelnen wie folgt Stellung:

Zu Abs. 1

Die ganz allgemeine Formulierung des § 16a Abs.1 ermöglicht den Einstieg in die Selbstversicherung schon praktisch ab der Geburt. Darüber hinaus schließt sie zwar Weiterversicherte von der Selbstversicherung aus, nicht aber Personen, die zur Weiterversicherung berechtigt sind. Die Selbstversicherung stünde damit einem Personenkreis offen, der

1. der Pflicht- und Weiterversicherung noch nicht unterworfen sein kann und
2. ihrer gar nicht bedarf.

Es wird daher vorgeschlagen, § 16a Abs.1 wie folgt abzuändern:

"16a. (1) Personen, die das 15. Lebensjahr vollendet haben und nicht in einer gesetzlichen Pensionsversicherung pflicht- oder weiterversichert oder die nicht im § 2 Abs.1 des Bundesgesetzes über die Sozialversicherung freiberuflich selbständig Erwerbstätiger, BGBl.24/1978, angeführt sind, können sich, solange ihr Wohnsitz im Inland gelegen ist, in der Pensionsversicherung selbstversichern, soweit sie nicht zur Weiterversicherung in der Pensionsversicherung berechtigt sind."

Zu Abs. 2

Der vorliegende Entwurf sieht vor, daß § 16a Abs. 1 ASVG auch für Personen für die Dauer ihres Auslandsaufenthaltes gilt, die ihren Wohnsitz nicht im Inland haben, wenn sie im Zeitpunkt der Antragstellung die österreichische Staatsbürgerschaft besitzen.

In diesem Zusammenhang weist der Hauptverband darauf hin, daß als einer der fundamentalen Grundsätze der von Österreich geschlossenen Abkommen über Soziale Sicherheit die **Gleichstellung der Staatsangehörigen der Vertragsstaaten** vorgesehen ist, *sodaß die Einschränkung auf die österreichische Staatsbürgerschaft nicht zum Tragen käme.*

Diese Gleichbehandlung hätte allerdings zur Folge, daß nicht nur österreichische Staatsbürger mit ausländischem Wohnsitz, sondern auch die Staatsangehörigen der Vertragsstaaten zur Selbstversicherung in der Pensionsversicherung berechtigt wären.

Zu Abs.3

Die Berechtigung zur Selbstversicherung sollte an eine Altersgrenze gebunden sein, um nicht allzu große Spekulationsmöglichkeiten zu eröffnen. Die Ausschlußbestimmungen sollten nicht nur auf den Zeitpunkt der Antragstellung abgestellt sein, sondern auch bei nachträglichen Veränderungen das Ende der Selbstversicherung bewirken.

§ 16a Abs.3 sollte daher wie folgt modifiziert werden:

”(3) Von der Selbstversicherung sind Personen ausgeschlossen, die

1. im Zeitpunkt der Antragstellung das 45. Lebensjahr vollendet haben oder
2. einen bescheidmäßig zuerkannten Anspruch auf eine monatlich wiederkehrende Geldleistung aus einer eigenen gesetzlichen Pensionsversicherung oder nach einem Landessozialhilfegesetz zur Deckung des Lebensbedarfes haben oder
3. die bereits die Voraussetzung für eine Weiterversicherung in der Pensionsversicherung erfüllen oder
4. in einem öffentlich-rechtlichen oder unkündbaren privatrechtlichen Dienstverhältnis zu einer öffentlich-rechtlichen Körperschaft oder zu von solchen Körperschaften verwalteten Betrieben, Anstalten, Stiftungen und Fonds stehen, wenn ihnen aus ihrem Dienstverhältnis die Anwartschaft auf Ruhe- und Versorgungsgenuß zusteht oder die auf Grund eines solchen Dienstverhältnisses einen Ruhe(Versorgungs)genuß beziehen, der den Leistungen der Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz gleichwertig ist. § 6 gilt entsprechend.”

Eine zeitlich befristete Übergangsregelung könnte sicherstellen, daß ein Überschreiten des vorgesehenen Alterslimits bei Einführung der Selbstversicherung eine gewisse Zeit hindurch toleriert wird.

Ergänzend dazu sollte im § 235 Abs.3 lit.b, wonach die Wartezeit für eine Leistung aus dem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit oder aus dem Versicherungsfall des Todes entfällt, wenn der Stichtag vor dem vollen-

deten 27. Lebensjahr des (der) Versicherten liegt und mindestens sechs Versicherungsmonate vorhanden sind, normiert werden, daß zur Erfüllung dieses Erfordernisses Beitragsmonate der Selbstversicherung nach § 16a nicht zu berücksichtigen sind. Zur Vermeidung einer spekulativen Nutzung zum Nachteil der Versichertengemeinschaft wäre eine Einfügung im § 235 Abs.3 lit.b im nachstehenden Sinne geboten:

"b) der Stichtag (§ 223 Abs.2) vor dem vollendeten 27. Lebensjahr des (der) Versicherten liegt und der (die) Versicherte mindestens sechs Versicherungsmonate, die nicht auf einer Selbstversicherung gemäß § 16a beruhen, erworben hat."

Zu Abs.4

Die im Abs.4 des Entwurfes geregelte Antragstellung berücksichtigt nicht jene Fälle, in denen der Antragsteller in der Pensionsversicherung zwar bereits versichert war, jedoch zuletzt nach dem GSVG bzw. BSVG. Ebenso müßte Vorsorge für jene Fälle getroffen werden, in denen der Antragsteller zuletzt in der Pensionsversicherung nach dem ASVG versichert war, jedoch gleichzeitig in mehreren Zweigen.

Zu Abs.6

1. Es dürfte mit diesen Bestimmungen beabsichtigt sein, eine Selbstversicherung nur solange zuzulassen, bis eine Berechtigung zur Weiterversicherung entsteht. Dies könnte aber auch vor dem Erwerb von 12 Beitragsmonaten der Selbstversicherung eintreten (z.B. wenn mit einem bis elf Beitragsmonaten die Voraussetzung des § 17 Abs.6 - 120 Versicherungsmonate - erfüllt wird oder wenn innerhalb der letzten 24 Monate bereits weniger als zwölf andere Versicherungsmonate liegen).

Ziffer 2 könnte daher lauten:

- "2. mit der Erfüllung der Voraussetzungen für die Weiterversicherung gemäß § 17 Abs.1 oder 6"
2. Es ist unklar, welche Rechtsfolgen eintreten sollen, wenn der Selbstversicherte mit mehr als 3 Beiträgen (§ 225 Abs.1 Z.3 lit.b in der Fassung des Art.IV

Z.1) im Rückstand ist, da eine Beendigung der Selbstversicherung bei Nichtentrichtung von Beiträgen nicht vorgesehen ist.

3. Als Grund für die Beendigung einer bestehenden Selbstversicherung gemäß Abs.6 des Entwurfes müßte daher auch die Tatsache der Nichtentrichtung der Beiträge angeführt werden (vgl. § 17 Abs.8 Z.2 ASVG), da sonst - sofern der (die) Versicherte seinen (ihren) Austritt nicht erklärt - die Berechtigung unbegrenzt aufrecht bleiben würde und daher die Möglichkeit eines Mißbrauches gegeben wäre.

Zu Abs.7

Um einen allfälligen Mißbrauch der Selbstversicherung von vornherein auszuschließen, sollten in Fällen, in denen in weiterer Folge die Weiterversicherung nicht in Anspruch genommen werden kann (z.B. weil weniger als zwölf Beitragsmonate der Selbstversicherung innerhalb der letzten 24 Kalendermonate erworben wurden) oder nicht in Anspruch genommen wird (z.B. weil kein Antrag auf Weiterversicherung gestellt wurde), die entrichteten Beiträge rechtsunwirksam sein, wenn nicht unmittelbar an die Selbstversicherung eine Versicherungszeit anschließt.

Zu Art.I Z.2 lit.a (§ 17 Abs.1 ASVG - Weiterversicherung in der Pensionsversicherung):

§ 17 Abs.1 Z.1 lit.a soll lauten:

”1.a) aus der Pflichtversicherung oder aus der Selbstversicherung gemäß § 16a nach diesem Bundesgesetz oder aus einer nach früherer gesetzlicher Regelung ihr entsprechenden Pensions(Renten)versicherung oder aus der Pensionsversicherung für das Notariat ausgeschieden sind oder ausscheiden und die...”

Zu Art.I Z.2 lit.b (§ 17 Abs.4 ASVG - Weiterversicherung in der Pensionsversicherung):

Zu der gemäß § 17 Abs.4 Z.3 ASVG-Entwurf geforderten Antragstellung erhebt sich die Frage, welche Auswirkungen entstehen, wenn eine solche Antragstellung unterbleibt oder verspätet einlangt.

Eine neuerliche Antragstellung auf Selbstversicherung im letzten Fall scheint nicht sinnvoll, da dann in der Regel bereits zwölf Beitragsmonate der Selbstversicherung in den letzten 24 Kalendermonaten vorliegen. Bei gänzlicher Unterlassung einer Antragstellung auf Weiterversicherung könnte zu einem späteren Zeitpunkt immer wieder neuerlich ein Antrag auf Selbstversicherung eingebracht werden und so durch die vorgesehene Beitragsgrundlage eine entsprechende Pensionshöhe selbst gesteuert werden (siehe auch die Ausführungen zu § 16a Abs.7 ASVG).

Für den Fall der Weiterversicherung in der Pensionsversicherung nach einer Selbstversicherung gemäß § 16a ASVG-Entwurf fehlt auch eine Regelung, wie die Beitragsgrundlage gemäß § 76a ASVG zu ermitteln ist, wenn noch keine Beitragszeiten der Pflichtversicherung vorliegen.

Zu Art. I Z. 5 (§ 31 Abs. 8 ASVG - SOZDOK-Anschlüsse für Universitäten):

Der Hauptverband begrüßt an sich den Vorschlag, weil er die (wegen der nach § 2 UOG bestehenden Teilrechtsfähigkeit) bestehende Unsicherheit beseitigt, ob Universitäten zu den "Stellen der Gebietskörperschaften" im Sinne dieser Gesetzesstelle gehören oder nicht.

Angesichts der zu erwartenden Zahl von Zugriffen der österreichischen Universitäten auf die SOZDOK spricht er sich jedoch gegen eine kostenlose Inanspruchnahme aus.

Seiner Meinung nach sollten alle Benutzer der SOZDOK für die Benutzung dieser Datenbank Kostenbeiträge leisten, was auch für die nunmehr geplanten Anschlüsse gelten müßte.

Zu Art. I Z. 6 (§ 40 ASVG - Meldepflicht für Pensionswerber):

Die vorgeschlagene Regelung wird zwar grundsätzlich begrüßt, sie sollte allerdings nicht bloß für jene Personen gelten, die eine Leistung aus einem **Versicherungsfall des Alters** beantragt haben, sondern für **alle Pensionsantragsteller**.

Ein sachlicher Grund, warum Antragsteller auf Berufsunfähigkeits- bzw. Invaliditätspensionen diese Meldepflicht nicht treffen sollte, ist nicht ersichtlich.

Aufgrund der Aufhebung der Ruhensbestimmungen gemäß § 94 ASVG mit 1. April 1991 erscheint der Ausdruck in Z.2 " ... bzw. während des Ruhens des Leistungsanspruches ... " entbehrlich.

Zu Art. I Z. 8 (§ 63 Abs.1 ASVG - Abfuhr der Beiträge an die Träger der Unfall- und Pensionsversicherung):

An sich ist es richtig, daß der Hauptverband vorgeschlagen hat, eine Klarstellung zu treffen. Der ausgesandte Text würde aber das Gegenteil dessen bewirken, was vom Hauptverband beabsichtigt war; statt früher würden die Pensionsversicherungsträger die benötigten Beiträge später als bisher erhalten.

Ehe die vorgeschlagene Formulierung verwirklicht wird, sollte eine Änderung des § 63 ASVG unterbleiben. Einstweilen könnte mit der vom Hauptverband den Krankenversicherungsträgern empfohlenen Vorgangsweise das Auslangen gefunden werden. Danach haben die Krankenversicherungsträger, wenn der Letzte eines Kalendermonats auf einen bankfreien Tag fällt, die Beiträge am letzten davor liegenden Banktag abzuführen; ist der 10. oder 20. ein bankfreier Tag, erfolgt die Abfuhr erst am nächstfolgenden Banktag.

Zu Art. I Z. 9 (§ 67 ASVG - Beitragshaftung):

Der Hauptverband hält es für wünschenswert, im gegebenen Zusammenhang darüber hinaus festzulegen, daß auch gegen persönlich haftende Gesellschafter Rückstandsausweise ausgestellt werden können.

Zu Art. I Z. 10 (§ 68 Abs.1 ASVG - Beitragshaftung):

Der Hauptverband geht davon aus, daß Maßnahmen zur Verjährungsunterbrechung auch gegen die Beitragsmithaftenden wirken, auch wenn sie nur gegen den Zahlungspflichtigen gesetzt werden sollten. Falls hiezu andere Auslegungsvarianten vertreten werden könnten, müßte der eingangs genannte Standpunkt im Gesetzestext klargestellt werden.

Zu Art. I Z.11 (§ 73 Abs.4 ASVG - Krankenversicherungsbeiträge der Pensionisten):

Der Novellierungsvorschlag sieht nicht mehr vor, daß der Hauptverband die einlangenden Beiträge an die Krankenversicherungsträger weiterzuleiten hat; die Bestimmung über den Ausgleich, der bisher im folgenden Kalenderjahr vorzunehmen war, fällt weg.

Dies dürfte auf einem Irrtum beruhen.

Anlaß für die hiezu vorgesehene Novellierung waren Beschwerdeverfahren der Vorarlberger Gebietskrankenkasse. In diesen Verfahren zeigte sich, daß es für die einzelnen Krankenversicherungsträger außerordentlich schwierig war, allfällige Fehler in den Berechnungsgrundlagen der Schlüssel festzustellen und nachzuweisen. Die **Vorarlberger Gebietskrankenkasse hat sich gegen den vorliegenden Novellierungsvorschlag ausgesprochen**, weil auch dieser Vorschlag (Festsetzung durch Verordnung, also nicht durch ein Verfahren, erschwerte Anfechtungsmöglichkeit) die Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Berechnungen nicht gut gewährleistet.

Im weiteren führte die Vorarlberger Gebietskrankenkasse noch folgendes aus:

"Die in der Novelle vorgesehene Neuberechnung wird daher zu überprüfen sein. Bei dieser hierfür maßgebenden Feststellung des Pensionsaufwandes spielt offenbär auch die Wahl des Beobachtungszeitraumes eine nicht unbedeutende Rolle. Nach Auffassung der Vorarlberger Gebietskrankenkasse wäre diesbezüglich eine klare und eindeutige gesetzliche Regelung zu treffen. Wir vertreten die Auffassung, daß der Pensionsaufwand für jeden einzelnen Kalendermonat (einschließlich allfälliger Nachzahlungen) der Berechnung zugrundegelegt werden sollte. Die diesbezüglichen Daten sind verfügbar. Die Ermittlung eines Aufteilungsschlüssels würde sich dadurch erübrigen. Überdies würde diese Lösung den unterschiedlichen Tendenzen in den einzelnen Bundesländern am besten gerecht."

Die Kasse macht darüber hinaus noch darauf aufmerksam, daß die aus Artikel VIII ersichtlichen Ergebnisse mit ihren Berechnungen nicht übereinstimmen.

Zum einen seien von der Vorarlberger Gebietskrankenkasse nicht nur Korrekturen in Bezug auf die Kursberechnung, sondern auch in Bezug auf eine ganze Reihe von Einzelfällen bzw. Fallgruppen (z.B. türkische Staatsangehörige

mit unbekanntem Geburtsdaten) verlangt worden. Diese Forderungen sind in den Erläuterungen nicht erwähnt und dürften unberücksichtigt geblieben sein. Zum anderen stellt die Vorarlberger Gebietskrankenkasse Veränderungen bei den einzelnen Jahresschlüsseln fest, die nicht auf die DM-Umrechnung zurückgehen. Auch hierzu fehlt in den Erläuterungen jeder Hinweis.

Während die Neufestsetzung der Schlüssel in Art. VIII des Entwurfes für die Jahre 1985 bis 1990 Beitragsmehreinnahmen der Vorarlberger Gebietskrankenkasse von ca. 4,2 Millionen Schilling erwarten ließen, ergaben Hochrechnungen dieser Kasse für die Jahre 1985 bis 1989 (!) eine Nachforderung von ca. 7,1 Millionen Schilling.

Zu Art. I Z. 12 (§ 76 ASVG - Studentenselbstversicherung):

Nach der vorliegenden Textierung wären noch immer jene Studenten (ungerechtfertigterweise) begünstigt, die mehrere Studien hintereinander beginnen und wieder abbrechen, ohne im Einzelfall die laut Studienförderungsgesetz vorgesehene Studiendauer um mehr als zwei Semester überschritten zu haben bzw. überschreiten. Eine Umgehungsmöglichkeit, die verhindert werden sollte.

Im übrigen wäre es zielführend, wenn diese **Änderung** erst mit **Beginn des Sommersemesters 1992** in Kraft treten würde.

Zu Art.I Z.13 (§ 76b Abs.5 ASVG - Beitragsgrundlage für Selbstversicherte):

Zur Bestimmung des Art.I Z.2 lit.b wurde bereits festgestellt, daß bei der Weiterversicherung in der Pensionsversicherung nach einer Selbstversicherung gemäß § 16a des Entwurfes überhaupt eine Regelung fehlt, wie die Beitragsgrundlage gemäß § 76a in jenen Fällen zu ermitteln ist, in denen noch keine Beitragszeiten der Pflichtversicherung vorliegen.

Sollte vorgesehen werden, daß in solchen Fällen für Zeiten der Weiterversicherung die Beitragsgrundlage aus der Selbstversicherung gilt, dann muß sichergestellt werden, daß nicht durch einen Verzicht oder absichtlichen Terminverlust der Zahlungen zur Weiterversicherung und eine nachfolgende Selbstversicherung gemäß § 16a ASVG ungerechtfertigt die Höchstbeitragsgrundlage erreicht werden kann. Es müßte daher durch einen entsprechenden Gesetzestext dafür gesorgt werden, daß die Beitragsgrundlage der Selbstversicherung gemäß § 16a ASVG für eine nachfolgende Weiterversicherung nur dann herangezogen werden darf, wenn keine Beitragsgrundlage aus einer Pflichtversicherung gebildet werden kann.

Zu Art. I Z. 14 (§ 77 Abs.2 ASVG - Beitragssatz bei der Versicherung):

Die Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues hat darauf aufmerksam gemacht, daß in der vorgeschlagenen Formulierung auf die weiterhin mögliche freiwillige Versicherung in der knappschaftlichen Pensionsversicherung nicht Bedacht genommen wurde.

Diese sollte ergänzt werden.

Zu Art. I Z. 15 (§ 82 Abs. 3 ASVG - Vergütung für Mitwirkung an fremden Aufgaben):

Die erläuternden Bemerkungen zu dieser Bestimmung erwähnen mit Recht, daß damit die Kosten der zentralen Datenspeicherung der Sozialversicherung gerechter als bisher aufgeteilt werden sollen.

Der vorgeschlagene Gesetzestext trägt diesem Ziel aber nur teilweise Rechnung, weil er (nur) davon spricht, daß Kosten der *Übermittlung* von Daten abgegolten werden sollen. Diese Kosten sind aber nur ein (geringer) Teil der Kosten der *Datenspeicherung*, wie sie die Erläuterungen anführen. Der Begriff "Übermittlung" hat (nach § 3 Z. 9 DSGVO) einen konkreten Inhalt, der hier nicht verwendet werden sollte.

Die Arbeit des Hauptverbandes, wie er sie im gegebenen Zusammenhang verrichtet (und deren Kosten abgegolten werden sollen), kann durch datenschutzrechtliche Begriffe nicht genau umrissen werden, weil sie über bloße Datenverarbeitungsschritte hinausgeht (z.B. Mitwirkung an der Organisation und Pflege der Datenbestände gemäß § 321 ASVG und den einschlägigen Richtlinien).

Es sollte besser lauten:

"(3) Soweit der Hauptverband an der Durchführung der der Arbeitsmarktverwaltung bzw. der Arbeitslosenversicherung gesetzlich übertragenen Aufgaben durch **Erhebung, Speicherung und Weitergabe von Daten (§ 31 Abs. 3 Z. 15 ASVG, § 69 AIVG)** auf automationsunterstütztem Weg mitwirkt,".

Dies würde (verfehlte) Rückschlüsse aufgrund der Verwendung datenschutzrechtlicher Begriffe vermeiden helfen.

Zu Art. I Z. 16 (§ 86 Abs.4 ASVG - Verfahren nach Unfallsanzeige):

Die vorgeschlagene Bestimmung ist zu weit:

Gemeint war (Anlaßfall bei der Volksanwaltschaft) jene Härtefälle zu bereinigen, in denen ursprünglich kein Rentenanspruch zuerkannt wurde und später (insbesondere zum Zeitpunkt einer späteren Antragstellung) noch ein solcher Anspruch bestand. Die vorgeschlagene Formulierung würde allerdings bewirken, daß auch kurzfristige Leistungen (z.B. Familien-, Taggeld, Gesamtvergütung) noch Jahre oder Jahrzehnte später rückwirkend festgestellt werden müßten. Dies ist - entsprechende Unterlagen fehlen dann meist - nahezu unmöglich.

Es wird daher vorgeschlagen, § 86 Abs.4 erster Satz ASVG um folgenden zweiten Satz zu ergänzen:

”Dies gilt nicht, wenn die Unfallsanzeige innerhalb von zwei Jahren nach Eintritt des Versicherungsfalles beim Unfallversicherungsträger erstattet wurde und zum Zeitpunkt der späteren Antragstellung bzw. Einleitung des Verfahrens dem Versicherten noch ein Anspruch auf Rentenleistungen zusteht”.

Eine Übergangsbestimmung fehlt.

Sie ist allerdings notwendig, weil sonst von Amts wegen alle vorhandenen Akten (!!) auf etwaige Härtefälle zu kontrollieren sind, was de facto unmöglich ist.

Es wird daher vorgeschlagen, Artikel VI Abs.2 erster Satz folgendermaßen zu fassen:

”Die Bestimmung des § 86 Abs.4 ASVG in der Fassung des Art. I Z. 16 gilt auch für Versicherungsfälle, die nach dem 31.12.1955 eingetreten sind und für die ein Antrag auf Feststellung der Leistung gestellt wurde.”

Zu Art. II Z. 1 (§ 116 ASVG - Aufgaben der Krankenversicherung):

Der Entwurf weist den Krankenkassen in den §§ 116 Abs.1 Z.1 ASVG und 132c ASVG zum Teil **neue**, über die bisherigen **Regelungen im Bereich der Prävention** hinausgehende Aufgaben zu. Der **Hauptverband**, der das **prinzipiell begrüßt**, schlägt in Abstimmung mit seinen Vorschlägen zu Art. II Z.7 (§ 132c Entwurf) jedoch vor, die gegenständliche **Regelung** wie folgt **umzuformulieren**:

”1. für Gesundheitsförderung, Krankheitsverhütung, Früherkennung von Krankheiten und Erhaltung der Volksgesundheit.”

Im vorgeschlagenen § 116 Abs. 2 ASVG scheint auch die Wortfolge *”und Leistungen aus Anlaß des Todes”* auf. Nach Auffassung des Hauptverbandes könnte darauf verzichtet werden. Hauptgrund dafür ist die Regelung im § 116 Abs.4 ASVG. Sollte diese aber eine Konkretisierung der Anordnung im § 116 Abs.2 über *”Leistungen aus Anlaß des Todes”* sein, wäre das im Gesetzestext klarzustellen. Darüber hinaus stellt sich noch die Frage nach einer Zusammenfassung der Regelungsinhalte in den Abs.2 und 3 des § 116 ASVG.

Zu Art. II Z. 2 (§ 117 Z. 1 bis 4 ASVG - Leistungen der Krankenversicherung):

Die Regelung im § 117 ASVG wird den im Entwurf zur Diskussion gestellten Änderungen zum "Leistungskatalog" der sozialen Krankenversicherung angepaßt. Hinsichtlich der **Formulierung** in der **Z.1** verweist der Hauptverband auf seine **Vorschläge zu § 132c ASVG** vor allem im Zusammenhang mit der "Erforschung von Krankheitsursachen". Die Wendung zur Gesundheitsförderung (Verhütung von Krankheiten) wäre überdies mit der Anregung zu § 116 Abs.1 Z.1 ASVG neu abzustimmen.

Die Bestimmung im § 117 Z.2 ASVG bezieht sich wie die jetzige Vorschrift auf die Früherkennung von Krankheiten. Dazu werden als spezifische Leistungen der sozialen Krankenversicherung die "Jugendlichenuntersuchungen und Vorsorge(Gesunden)untersuchungen" angeführt. Im Zusammenhang damit stellt sich die Frage, ob das durch eine Interpunktion, z.B. einen Doppelpunkt nach dem Ausdruck "Krankheiten" deutlicher zum Ausdruck gebracht werden kann.

Zu Art. II Z.2 (§ 117 Z.4 ASVG - Familien- und Taggeld):

Der Hauptverband geht davon aus, daß das Familien- oder Taggeld **nur als Leistung der Krankenversicherung gestrichen** werden soll. Als Leistung in der Unfallversicherung (§ 195 ASVG) und in der Pensionsversicherung (§ 307e ASVG) soll es offenbar bestehen bleiben. Fraglich ist, ob das mit dem Zweck der Abschaffung in der Krankenversicherung im Einklang steht, zumal die sogenannten "Fixkosten" eines Haushaltes auch bei Rehabilitanden weiterlaufen.

Jedenfalls muß, wenn das Familien- und Taggeld in der Unfall- und Pensionsversicherung als Leistungen erhalten bleiben sollen, die Bemessungsnorm vom Krankenversicherungsrecht in das Recht dieser Leistungszweige übernommen werden; insbesondere ist § 195 Abs.6 ASVG und § 307e ASVG entsprechend zu modifizieren. Außerdem ist sicherzustellen, daß der Entfall von Familien- und Taggeld in der Krankenversicherung keinesfalls zu Parallelbezügen von Krankengeld und Renten bzw. Pensionen führt.

Mehrere Krankenversicherungsträger haben überdies dringend die **Schaffung einer Übergangsbestimmung** urgiert, damit die Leistungsansprüche einheitlich umgestellt werden können.

Zu Art. II Z. 3 (§ 118 ASVG - Bewilligung durch den Versicherungsträger):

Gemäß § 361 Abs.1 Z.1 ASVG können Leistungen aus der Krankenversicherung nur über Antrag des Versicherten gewährt werden. Für den Hauptverband handelt es sich dabei um eine Regelung, die die **Stellung des Versicherten** in Verbindung mit seiner Krankenversicherung **zur Einhaltung der Regelung des § 133 Abs.2 erster Satz ASVG** gegenüber den von ihnen kontaktierten medizinischen Berufsgruppen (z.B. Arzt, Psychotherapeut) **stärken** soll. Keinesfalls kann das als Eingriff in die sogenannte "Therapiefreiheit" verstanden werden, zumal die Bestimmung im § 133 ASVG ähnlich der Vorschrift im § 342 Abs.2 letzter Satz ASVG in der gesetzlich vorgezeichneten Abwägung zwischen den Rechtsgütern Gesundheit des einzelnen und Vermögen der Versichertengemeinschaft auch eine Relevanz wirtschaftlicher Überlegungen erkennen läßt.

Aufgrund der Fülle der zu gewährenden Leistungen ist es aber nicht immer möglich, der Regelung im § 361 Abs.1 Z.1 ASVG Rechnung zu tragen. In der Regel werden daher von den Versicherten die Leistungen der Krankenversicherung direkt, d.h. ohne vorherigen Antrag und ohne Leistungsübernahmeerklärung des Versicherungsträgers, in Anspruch genommen werden können. Dem Krankenversicherungsträger muß es aber trotzdem möglich sein, bestimmte Leistungen von seiner Erklärung abhängig zu machen, die Kosten hierfür zu übernehmen. Dies soll durch den § 118 ASVG ausdrücklich im Gesetz verankert werden.

Die vorgeschlagene Textierung bringt dieses Prinzip aber nicht besonders deutlich zum Ausdruck. Anstelle des Wortes Bewilligung sollte daher das Wort **Leistungsübernahmeerklärung** verwendet werden.

Zur Klarstellung, daß durch die Wortfolge "nicht notwendige ... zweckmäßige Leistungen" auf den Leistungsumfang der Krankenversicherung Bedacht zu nehmen ist, sollte in Klammer der Hinweis auf § 133 Abs.2 ASVG eingefügt werden.

Die Wortfolge "bzw. nachträglichen" sowie der letzte Satz könnten ersatzlos gestrichen werden.

Zu Art. II Z. 4 lit.a (§ 122 Abs. 2 Z. 1 ASVG - Anspruchsberechtigung nach dem Ausscheiden aus der Versicherung):

Wie in den Erläuterungen angeführt ist, sollte durch diese Novellierung sichergestellt werden, daß auch Angehörige während des gesamten Krankengeldbezuges des Versicherten (Eintritt des Versicherungsfalles während der Schutzfrist) Anspruch auf Leistungen der Krankenversicherung haben. Dies ist nach Auffassung des Hauptverbandes bereits nach der derzeitigen Rechtslage so, weil ja der Angehörige keinen eigenen Leistungsanspruch hat, sondern dem Versicherten für den Angehörigen zusteht.

Die vorgeschlagene Textierung geht aber über diese Absicht weit hinaus. Durch den Wegfall des Hinweises auf die Z.2 oder Abs.3 im Abs.2 Z.1 wird nämlich bewirkt, daß bei Eintritt eines Versicherungsfalles beim Versicherten während einer Leistungspflicht des Krankenversicherungsträgers, die wegen des Eintritts des Versicherungsfalles während der Schutzfrist besteht, der Krankenversicherungsträger nunmehr über das Ende des "ersten" Versicherungsfalles hinaus leistungszuständig wird.

Theoretisch könnte der Versicherungsträger jahrelang leistungszuständig bleiben, wenn einmal ein Versicherungsfall während der Schutzfrist eingetreten ist, ohne daß eine entsprechende Pflichtversicherung in der Zwischenzeit bestanden hat.

In der Formulierung müßte daher unbedingt sichergestellt werden, daß die **Leistungszuständigkeit nur solange besteht, bis die Voraussetzungen für die Leistungspflicht aufgrund des "ersten Versicherungsfalles" wegfallen.** Mit diesem Zeitpunkt muß auch die Leistungspflicht des Krankenversicherungsträgers gegenüber dem Angehörigen beendet sein.

Zu Art. II Z. 4 lit.b (§ 122 Abs.2 Z.2 lit.c ASVG - Erweiterung der Schutzfristfälle):

Der Hauptverband geht davon aus, daß die Arbeitslosenversicherung den Aufwand, der den Krankenversicherungsträgern aufgrund der neuen Bestimmung entsteht, ebenso wie den bisherigen Aufwand nach § 43a Abs.2 AIVG zu ersetzen haben wird.

Vor diesem Hintergrund bestehen gegen die Bestimmung keine Bedenken.

Allerdings wäre es überlegenswert, für die in Rede stehenden Zeiten nicht die Schutzfristregelung zu erweitern, sondern die Krankenversicherung für Arbeitslosengeldbezieher entsprechend umzugestalten. De facto handelt es sich bei den betroffenen Personen ja um Arbeitslose, die nur aus ganz bestimmten Gründen kein Arbeitslosengeld erhalten.

Zu Art. II Z. 5 (§ 124 Abs.1 ASVG - Leistungssonderregelung für Selbstversicherte):

Hiefür gilt dasselbe, was zu § 76 Abs.1 ASVG angemerkt wurde; durch mehrfachen Studienwechsel bzw. Studienabbruch, ohne daß dabei die Studierendauer um mehr als zwei Semester überschritten würde, könnte die Bestimmung umgangen werden.

Zu Art. II Z. 6 (§ 125 Abs. 1 ASVG - Bemessungsgrundlage):

Durch die vorgeschlagene Gesetzesänderung wird nicht in allen Fällen, so wie dies beabsichtigt ist, eine Leistungsverbesserung für den Versicherten erreicht werden können.

In bestimmten Fällen wird diese Regelung auch zu Nachteilen für den Versicherten führen können (geringere Bemessungsgrundlage).

Dies insbesondere dann, wenn das Krankengeld ruht, weil der Versicherte mehr als 50 % des Entgelts vom Dienstgeber weiter erhält.

Die Pflichtversicherung besteht in solchen Fällen weiter, weil auch ein Entgeltanspruch besteht. Für die Ermittlung der Bemessungsgrundlage wäre dann der geringere Arbeitsverdienst heranzuziehen.

Der Hauptverband schlägt daher vor, daß die Bemessungsgrundlage auf das Ende jenes Beitragszeitraumes abstellt, in dem das letzte "volle" (also nicht durch die Krankheit geschmälerte) Entgelt gezahlt wird.

Zu Art. II Z. 7 (§ 132c ASVG - Gesundheitsförderung):

Der **Hauptverband begrüßt den Vorschlag**, Maßnahmen der **Gesundheitsförderung als Pflichtaufgabe** im Leistungskatalog der Krankenversicherung **vorzusehen**. Hiedurch wird die Rolle der Krankenkassen im Bereich der Prävention verstärkt sowie deren Bedeutung im Rahmen einer modernen Gesundheitspolitik unterstrichen.

Mit der Regelung im § 132c ASVG-Entwurf kommen den Krankenkassen zum Teil neue, über die bisherigen Bestimmungen (siehe § 156 ASVG) hinausgehende Aufgaben zu. Nach Meinung des Hauptverbandes ist die Gesundheitsförderung als positive Forderung auf die Verminderung gesundheitsriskanter Faktoren in der Lebens- und Arbeitswelt ausgerichtet. Mit einigen der jetzt im § 156 ASVG zur Krankheitsverhütung genannten Maßnahmen besteht somit kein unmittelbarer Zusammenhang. Die im Entwurf vorgesehene ersatzlose Streichung des § 156 ASVG kann daher auch als Einschränkung des bisher Möglichen interpretiert werden.

Aus systematischen Gründen sollte die **Bestimmung** im § 132c ASVG-Entwurf über die Gesundheitsförderung **in einem neuen § 156 ASVG aufscheinen**. Der **bisherige § 156 Abs.1 ASVG** wäre dann **in einen damit abgestimmten § 156a neu ASVG umzuformulieren**. Die sich daraus ergebende Zweiteilung in "Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung" erscheint auch deshalb sinnvoll, weil die im § 156 Abs.1 ASVG angeführten Maßnahmen dann **weiter freiwillige Leistungen blieben**, die den Versicherten individuell gewährt werden könnten.

Die jetzt im § 156 Abs.2 und 3 ASVG aufscheinenden Möglichkeiten der Zusammenarbeit könnten durchaus in die Regelung des § 156 neu ASVG über die Gesundheitsförderung aufgenommen werden. Fiele z.B. die Vorschrift im § 156 Abs.3 ASVG jetzige Fassung weg, könnte sich nach Auffassung des Hauptverbandes, die soziale Krankenversicherung nicht mehr an Einrichtungen wie dem Fonds "Gesundes Österreich" beteiligen. Unabhängig davon, hält es der Hauptverband für **wünschenswert**, daß ihm im ASVG für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung innerhalb der Sozialversicherung eine effektiv umsetzbare **Koordinierungsfunktion** für eine gezielte Vorgangsweise eingeräumt wird.

Der Entwurf zählt im § 132c ASVG das **"Erforschen von Krankheitsursachen"** als konkrete Leistung der Krankenversicherung auf. Diese vom Hauptverband **grundsätzlich bejahte** neue Aufgabe sollte seiner Meinung nach jedoch nicht im Leistungsrecht, sondern **bei den allgemeinen Aufgaben** der Krankenversicherung (z.B. § 116 ASVG) **aufscheinen**. Außerdem ist es zweckmäßiger, die **"Forschungskompetenz"** dem **Hauptverband** in Konkretisierung seiner Aufgabenstellung innerhalb der Sozialversicherung (siehe § 31 ASVG) zu **übertragen**, da es sich um eine Grundlagenarbeit handelt, die nur zentral wahrgenommen werden kann. Der Hauptverband hat mit Beschluß des Präsidialausschusses vom 25. Jänner 1971 bereits das **Forschungsinstitut für soziale Sicherheit** geschaffen, das durchaus auch die im § 132c Z.2-Entwurf vorgesehene "Aufgabe" für die soziale Krankenversicherung übernehmen kann. **Allenfalls** müßte im § 31 ASVG der Bestand des gegenständlichen Forschungsinstituts **gesetzlich abgesichert werden**.

Zu Art. II Z.8 (§ 133 Abs.1 ASVG - Umfang der Krankenbehandlung):

Nach § 137a Abs.1 ASVG-Entwurf dient die **medizinische Rehabilitation** der Sicherung des Erfolges der Krankenbehandlung bzw. der Erleichterung der Folgen der Krankheit. Gemeint ist also der Bereich der **Nachsorge im Anschluß an die Krankenbehandlung**. Die **Nennung im § 133 Abs.1 ASVG** als Bestandteil der Krankenbehandlung ist daher **systematisch falsch**.

Außerdem finden sich in der Aufzählung zur Krankenbehandlung bisher nur einklagbare Pflichtleistungen. Die Aufnahme der medizinischen Rehabilitation, die eine **nicht einklagbare Pflichtaufgabe** ist, in die Krankenbehandlung wäre demnach systemwidrig.

Nach Ansicht des Hauptverbandes sollte daher die **Regelung im § 133 Abs.1 ASVG unverändert bleiben**. Vielmehr **genügt**, daß die medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation, wie im **§ 117 Z.3 ASVG-Entwurf** vorgesehen, neben der Krankenbehandlung als Leistung aus dem Versicherungsfall der Krankheit angeführt werden.

Auf Seite 6 der finanziellen Erläuterungen wird darüber hinaus erwähnt, daß die vorliegende Novelle eine Erweiterung des Begriffes der Krankenbehandlung um die Zahnbehandlung und den unentbehrlichen Zahnersatz beinhaltet. In § 133 Abs.1 ASVG wurde der Umfang der Krankenbehandlung allerdings lediglich um die medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation erweitert, was - wie oben dargelegt - nicht systemkonform ist. In den finanziellen Erläuterungen wäre daher der vorerwähnte Hinweis ersatzlos zu streichen.

Zu Art. II Z. 9 (§ 135 Abs. 1 ASVG - Ärztliche Hilfe):

Vorweg ist einmal festzuhalten, daß derzeit ein Ressortentwurf über ein Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinischen Dienste (MTD-Gesetz) in Begutachtung ist. Darin werden unter anderem die Berufsbezeichnungen sowie die Rechtsgrundlage für die freiberufliche Tätigkeit der darin aufscheinenden Berufsgruppen geändert. Das wäre im Falle eines Inkrafttretens des MTD-Gesetzes bei den Zitierungen im § 135 Abs.1 ASVG mitzubersichtigen.

Allgemein ist noch zu sagen, daß die Erläuterungen (siehe Seite 21) von der Notwendigkeit einer ärztlichen Verschreibung bei Psychotherapie sprechen, dies aber im Gesetzestext richtigerweise nicht vorgesehen ist. Diese Diskrepanz wäre daher zu beseitigen.

PSYCHOTHERAPIE

Grundsätzlich bejaht der Hauptverband die Einführung der Psychotherapie durch Psychotherapeuten im Sinne des Psychotherapiegesetzes, BGBl.Nr. 1990/361, auf Kosten der Krankenversicherungsträger. Bis jetzt gab es psychotherapeutische Behandlungen auf Kosten der Krankenversicherungsträger nur, wenn diese Leistung von Vertragsärzten, in Vertragseinrichtungen oder eigenen Einrichtungen erbracht wurde. Durch die neue Berufsgruppe der Psychotherapeuten wird es sicherlich möglich sein, Psychotherapie in ausreichendem Maß für die Versicherten zur Verfügung zu stellen.

Damit dieses Ziel aber auch erreicht werden kann, **bedarf der vorliegende Gesetzestext noch verschiedener grundlegender Änderungen:**

1. Die **Verschwiegenheitspflicht im § 15 Psychotherapiegesetz** ist im Vergleich zu den Bestimmungen des Ärztegesetzes sehr weitgehend und läßt keine Ausnahmeregelungen zu. Der Psychotherapeut dürfte sich darauf jedoch gegenüber der Krankenversicherung nicht berufen können. Dem Krankenversicherungsträger muß es nämlich im Hinblick auf die Regelungen in den §§ 120 Z.1, 133 Abs.2 erster Satz und 361 Abs.1 Z.1 ASVG in Verbindung mit der in Aussicht genommenen Regelung im § 118 ASVG-Entwurf möglich sein, zu prüfen, ob er überhaupt leistungszuständig ist. Nach Auffassung des Hauptverban-

des ist daher der § 15 Psychotherapiegesetz im Rahmen der 50. ASVG-Novelle **im Sinne des § 26 Abs.2 Z.4 Ärztegesetz zu ändern**. Sollte das nicht möglich sein, müßte im ASVG eine mit der vorerwähnten Ärztegesetz-Regelung vergleichbare Vorschrift aufgenommen werden.

2. Wie auch zu § 349 Abs.2 ASVG-Entwurf (Art.V Z.5) festgehalten, muß im ASVG dafür Vorsorge getroffen werden, wenn **weder Gesamt- noch Einzelverträge** mit Psychotherapeuten zustande kommen. Für diesen Fall gibt es in der Literatur Meinungen, nach denen sich die Kostenerstattung an der Höhe des Privathonorars zu orientieren habe. Folglich müßte im Gesetz eine Regelung aufscheinen, die den Krankenversicherungsträgern eine **Limitierungsmöglichkeit über die Satzung durch Zahlung von Zuschüssen** einräumt.

Am zielführendsten wäre es, eine derartige Regelung generell für alle Leistungen im Bereich der Krankenversicherung und nicht nur für die Psychotherapie vorzusehen. Für diesen Fall bietet sich eine neue Bestimmung § 131b ASVG an; diese Vorschrift könnte ähnlich dem § 131a ASVG formuliert werden und Vorsorge für den Fall der Kostenerstattung treffen, daß bisher noch keine Verträge für derartige Leistungen abgeschlossen wurden. § 131b ASVG sollte der Satzung aber die Regelungsmöglichkeit eröffnen, einen Tarif für die Kostenerstattung in solchen Fällen vorzusehen.

3. **Fehlt nur ein Gesamtvertrag** und können die Krankenversicherungsträger Psychotherapeuten in Vertrag nehmen, ist nach Auffassung des Hauptverbandes eine **einheitliche Vorgangsweise** innerhalb der Krankenversicherung nötig, was über eine **Richtlinie**, die der **Hauptverband erläßt**, sichergestellt werden könnte. Für diesen Fall müßte der Katalog im § 31 Abs.3 ASVG ergänzt werden. An die Richtlinie wären alle Krankenversicherungsträger zu binden; **Einzelverträge, die ihr widersprechen**, sollten **teilnichtig** sein, d.h. die mit ihr nicht übereinstimmenden Vertragsbestimmungen wären durch die zutreffenden Richtlinienregelungen zu ersetzen.

Der Hauptverband geht überdies davon aus, daß die Regelung im § 118 ASVG-Entwurf über die **"Leistungsübernahmeerklärung"** Gesetz wird. Sollte es anders sein, was nicht mit den vorne zu Art.II Z.3 zitierten Gesetzesbestimmungen übereinstimmen würde, müßte im Gesetz ausdrücklich vorgesehen werden, daß der Krankenversicherungsträger für die psychotherapeutische Behandlung eine **"Leistungsübernahmeerklärung"**, zwar **nicht von Anfang an, wohl**

aber ab einer bestimmten Anzahl von psychotherapeutischen Sitzungen, vorsehen kann; die **genauen Modalitäten** sollten nach Ansicht des Hauptverbandes **im Gesamtvertrag** (bzw. wenn ein solcher nicht zustande kommt, in der von ihm zu erlassenden Richtlinie) **geregelt werden**. Auch im Hinblick darauf ist eine Änderung des § 15 Psychotherapiegesetz im vorerwähnten Sinne (vgl. Punkt 1) nötig.

PSYCHOLOGEN

Psychologische Behandlungen können, falls sie wie im Entwurf vorgesehen, im § 135 ASVG aufscheinen werden - so wie die Psychotherapie und die ärztliche Hilfe - nur dann auf Rechnung der Krankenversicherungsträger gewährt werden, wenn es sich dabei um Krankenbehandlung im sozialversicherungsrechtlichen Sinne (§ 120 Z.1 iVm § 133 Abs.2 erster Satz ASVG) handelt. Die im § 3 des Psychologengesetzes angeführte Berufsumschreibung der psychologischen Tätigkeit umfaßt aber auch Maßnahmen, die keinesfalls als Krankenbehandlung im sozialversicherungsrechtlichen Sinne anzusehen sind, wie z.B. persönlichkeitsfördernde Maßnahmen.

Über die Dienstleistungen, die die Gesundheitspsychologen oder klinischen Psychologen im Hinblick auf den Versorgungsauftrag der Krankenversicherung anbieten können, gibt es trotz intensiver Gespräche mit Fachvertretern noch keine Klarheit. Nach Auffassung des Hauptverbandes werden **Gesundheitspsychologen**, die vor allem **im Bereich der Rehabilitation und Prävention** tätig sein sollen, zweifelsohne **für Institutionen benötigt, die im Bereich** der vorerwähnten Arbeitsfelder **tätig sind**. Für die **niedergelassene Praxis** auf Rechnung der Krankenversicherung besteht jedoch **kaum ein Bedarf**. Ähnlich verhält es sich mit den **klinisch tätigen Psychologen**. Sie werden im **Zusammenhang mit der psychotherapeutischen Betreuung der Versicherten** in erster Linie wohl zur Erstellung von klinisch-psychologischen **Diagnosen benötigt**.

Im Gesetzestext des **§ 135 ASVG** bräuchten daher als Leistung der sozialen Krankenversicherung **nur diagnostische Leistungen der klinischen Psychologen** angeführt werden. Voraussetzung für die Kostenübernahme durch den Krankenversicherungsträger müßte in diesem Fall aber eine Zuweisung durch den Arzt oder Psychotherapeuten sein.

Zu Abs.3:

Im Abs.3 ist angeführt, daß der Versicherte zur Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe einen Krankenschein vorzulegen hat. Anstelle des Wortes "Krankenschein" sollte aber das **Wort "Krankenkassenscheck" verwendet werden.** Dies würde der seit 1985 verwendeten Bezeichnung für dieses Formular entsprechen. Eine entsprechende Änderung des § 153 Abs.4 (Zahnbehandlerschein) wäre ebenfalls erforderlich.

Der Hauptverband ersucht, diese zusätzlichen Novellierungswünsche zu berücksichtigen.

Zu Art. II Z. 10 (§ 137a ASVG - Medizinische Maßnahmen der Rehabilitation):

Mit der 32. ASVG-Novelle hat der Gesetzgeber das bis dahin sehr zersplitterte Rehabilitationsrecht besser zusammengefaßt. Die Rehabilitation ist als eine sehr wichtige Aufgabe unseres Gesundheitsversorgungssystems von ihm jedoch allen Trägern der sozialen Sicherheit überantwortet. Innerhalb der Sozialversicherung wirken daran alle drei Zweige mit. Schwerpunktmäßig ist sie aber eine Aufgabe der Pensionsversicherung.

Künftig sollen die **Aufgaben der sozialen Krankenversicherung** um Maßnahmen der **medizinischen Rehabilitation** erweitert werden. Das wird vom **Hauptverband prinzipiell begrüßt**. Hiedurch wird die gesetzliche Krankenversicherung auch zur Rehabilitation von Alterskrankheiten zuständig, was eine Vorleistung zur Hintanhaltung von Pflegefällen bzw. zur Vermeidung und Verminderung von Pflegebedürftigkeit darstellt. Unabhängig davon gilt es **auch, die Forschung im Rehabilitationsbereich zu fördern**, wofür sich auch das beim Hauptverband bestehende Forschungsinstitut eignet, was bei einer allfälligen gesetzlichen Absicherung dieser Einrichtung im Rahmen dieser Novelle mitberücksichtigt werden sollte. Davon losgelöst wäre, weil außerhalb des Krankenversicherungssystems liegend, noch die **ärztliche Aus-, Fort- und Weiterbildung im Rehabilitationssektor zu verbessern**.

Nach Meinung des Hauptverbandes werden durch die gegenständliche Novelle jedoch die bisher bestandenen Probleme in der Abgrenzung zwischen den Sachleistungen der Krankenversicherung aus dem Titel der Krankenbehandlung und der medizinischen Rehabilitation nicht beseitigt. Das gilt auch in bezug auf die jetzt im § 155 ASVG festgehaltenen Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit.

Jedenfalls reicht es nicht aus, in diesem Zusammenhang nur die Gewährung von Körperersatzstücken, orthopädischen Behelfen und anderen Hilfsmitteln sowie die Ausbildung im Gebrauch der Hilfsmitteln anzuführen. Vielmehr wäre wohl auch die Unterbringung in (Sonder)Krankenanstalten, die vorwiegend der Rehabilitation dienen sowie die Unterbringung in Genesungsheime zu nennen.

Mit § 137a ASVG-Entwurf korrespondiert - wie angedeutet - auch die Regelung im § 155 ASVG über Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit. Der

vom Entwurf vorgenommenen **Loslösung der Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit vom** für die soziale Krankenversicherung bestimmenden **Krankheitsbegriff** kann der Hauptverband **nicht zustimmen** (siehe auch Anmerkungen zu Art.II Z.21). Hievon abgesehen, werden einige der jetzt im § 155 ASVG aufscheinenden Leistungen weder in dessen Neufassung angeführt noch sind sie zweifelsfrei unter die Regelung des § 137a ASVG-Entwurf subsumierbar. Im übrigen gilt für das Verhältnis zwischen den §§ 137a und 155 ASVG-Entwurf dasselbe wie für die Beziehung zwischen § 132c-Entwurf und § 156 ASVG jetzige Fassung.

Der Entwurf geht richtigerweise davon aus, daß die der sozialen Krankenversicherung künftig zukommenden Maßnahmen im Bereich der medizinischen Rehabilitation eine Pflichtaufgabe sein werden. Das deckt sich mit dem Leistungspaket der Pensionsversicherung. Im Hinblick darauf hält der Hauptverband die **Anführung** von Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation im **§ 133 Abs.2 ASVG** jedoch für **verfehlt**. Erstens sind darin nur Pflichtleistungen mit individuellem Rechtsanspruch angeführt, was auf die Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation auch nach der Entwurffassung nicht zutrifft. Zum anderen handelt es sich dabei für den Hauptverband um Maßnahmen, die nicht so ohne weiteres mit den Ansprüchen aus der Krankenbehandlung gleichgesetzt werden können, zumal sie in aller Regel im Anschluß daran gesetzt werden. Das müßte nach Ansicht des Hauptverbandes auch im Text des neuen § 137a zum Ausdruck gebracht werden. Seiner Meinung nach sollte die **gegenständliche Vorschrift** daher mit den **Worten**

„Über die Krankenbehandlung hinaus gewähren die Krankenversicherungsträger nach pflichtgemäßem Ermessen und nach Maßgabe des § 133 Abs.2 ASVG medizinische Maßnahmen der Rehabilitation“

eingeleitet werden.

Im Hinblick darauf müßte auch die im zweiten Satz des § 137a ASVG-Entwurf aufscheinende Formulierung „neben den sonstigen aus dem Versicherungsfall der Krankheit in Betracht kommenden Leistungen (§ 117 Z.3 ASVG)“ entfallen. Zu streichen wäre weiters der vorletzte Satz, der die Anstaltspflege - gleichfalls eine Leistung aus dem Versicherungsfall der Krankheit - erwähnt.

Begrüßt wird die zwischen den Sozialversicherungsträgern vorgeschriebene **Zusammenarbeit**. Übersehen wurde dabei aber offenbar, daß auch

die **Unfallversicherung** Rehabilitationsmaßnahmen zu erbringen hat, wenn es sich um Folgen eines Arbeitsunfalles oder einer Berufskrankheit handelt. Sie wäre daher ebenso wie die Pensionsversicherungsträger im § 137a Abs.2 ASVG-Entwurf in der Aufzählung der Träger anzuführen, die Rehabilitationsmaßnahmen an sich ziehen können.

Die **Bestimmung**, welche die Gewährung von Körperersatzstücken usw. aus dem Titel der medizinischen Rehabilitation vorsieht, **kollidiert** nach Ansicht des Hauptverbandes mit **§ 154 ASVG**, wozu sich auch die Frage stellt, ob für diese Regelung überhaupt ein Anwendungsbereich verbleibt. Wie bekannt, sieht § 154 ASVG bei der Gewährung von Hilfsmitteln eine Kostenbeteiligung des Versicherten vor. Werden solche Hilfsmittel jedoch aus dem Titel der medizinischen Rehabilitation gemäß § 137a ASVG-Entwurf gewährt, hätte der Versicherte keine Kostenbeteiligung zu leisten. Die Folge wäre eine Rechtsunsicherheit sowohl bei den Versicherten als auch bei den Krankenversicherungsträgern. Der Hauptverband hält daher eine **schlüssige Abstimmung** der §§ 137a ASVG-Entwurf und § 154 ASVG jetzige Fassung für unbedingt **erforderlich**.

Unklar ist auch das **Verhältnis zwischen dem § 137a Abs.2 und § 302 Abs.2 ASVG-Entwurf**. Hierauf hat auch die Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter in ihrer Stellungnahme aufmerksam gemacht. Nach § 137a Abs.2 ASVG-Entwurf hätten die Krankenkassen dann medizinische Maßnahmen der Rehabilitation zu erbringen, wenn solche Leistungen nicht von einem Unfall- oder Pensionsversicherungsträger gewährt werden. § 302 Abs.2 ASVG-Entwurf sieht derartige Maßnahmen nur vor, wenn und soweit sie nicht aus dem Titel "einer gesetzlichen Krankenversicherung gewährt werden". Dieser logische Widerspruch muß beseitigt werden. Die Abstimmung aller "Rehabilitations-Regelungen" untereinander sollte unter Berücksichtigung der Entwurfskonzeption ("Pflichtaufgabe") sowie allenfalls noch nötiger Koordinierungsmöglichkeiten daher nochmals überprüft werden.

Zu Art.II Z.10 und 16 sowie Art.IV Z.13 (§§ 137a und 302 Abs.2 ASVG - medizinische Maßnahmen der Rehabilitation, § 144 Abs.4 ASVG - Anstaltspflege und § 307d ASVG - Gesundheitsvorsorge der Pensionsversicherungsträger):

Die Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter hat zu diesen Entwürfen folgende Stellungnahme übermittelt:

"Mit der Zielsetzung, den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern oder die Folgen der Krankheit zu erleichtern, sollen nun zwei Teilsegmente aus dem Katalog der freiwilligen Leistungen der Kranken- und Pensionsversicherung herausgelöst und unter dem Titel "Medizinische Maßnahmen der Rehabilitation" im § 137a als Pflichtaufgabe der Krankenversicherung zu einer Einheit zusammengefaßt werden. Konkret handelt es sich hierbei einerseits um bestimmte Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit nach § 155 Abs.2 und andererseits um die Gewährung von Körperersatzstücken, orthopädischen Behelfen usw. aus der Gesundheitsvorsorge nach § 307d Abs.3.

Schon von ihrem Grundaufbau her ist also diese Konstruktion nicht geeignet, die primäre Zuständigkeit der medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation von der Pensionsversicherung in die Krankenversicherung zu transferieren. Dagegen spricht nicht zuletzt die Textierung im § 137a Abs.2 selbst, wonach die Maßnahmen nach Abs.1 vom Krankenversicherungsträger nur gewährt werden, wenn und soweit sie nicht von einem Unfallversicherungsträger oder einem Pensionsversicherungsträger gewährt werden und ein Pensionsversicherungsträger ihre Gewährung nicht an sich zieht (§ 302 Abs.2). Die dazu im Widerspruch stehenden Passagen auf Seite 16 der Erläuterungen sollten daher entfallen.

Die Formulierung im ersten Satz des § 302 Abs.2 des Entwurfes, aufgrund derer die Maßnahmen nach Abs.1 vom Pensionsversicherungsträger nur gewährt werden, wenn und soweit sie nicht aus der Krankenversicherung gewährt werden, steht einem ordnungsgemäßen Vollzug auf beiden Seiten entgegen und bewirkt eine Art "Pattstellung". Um diese hintanzuhalten, bedürfte es auch einer näheren Konkretisierung des Rehabilitationsbegriffes in der Krankenversicherung. Andernfalls wäre der erste Satz des § 302 Abs.2 ersatzlos zu streichen.

Während die Pensionsversicherungsträger nach den in Geltung stehenden Bestimmungen des § 307d Abs.2 Gesundheitsvorsorgemaßnahmen, wie beispielsweise Aufenthalt in Kuranstalten oder Unterbringung in Krankenanstalten, die vorwiegend der Rehabilitation dienen, erbringen konnten, stünde diesen Maßnahmen nun die Verpflichtung der Krankenversicherungsträger gegenüber, solche Leistungen aus dem Titel "Medizinische Maßnahme der Rehabilitation" zu gewähren. Durch diese "Quasi-Rangordnung" wäre also § 307d in den für die Pensionsversicherung wesentlichsten Belangen inhaltslos geworden, was de facto einer Streichung der Gesundheitsvorsorge aus ihrem Leistungskatalog gleichkäme.

Gegebenenfalls könnten etwa Pensionisten, denen eine Hilflosigkeit droht, gegenüber "Angehörigen" nicht mehr bevorzugt in eigene Einrichtungen eingewiesen werden, eine Errungenschaft, für die die Anstalt schon vor der 32. Novelle zum ASVG eingetreten ist. Insofern wäre also die angestrebte Verbesserung für die betroffenen Personen bloß theoretischer Natur; tatsächlich ergäbe sich für sie aber in der Praxis eine eklatante Verschlechterung, zumal für die Bewältigung der erweiterten Aufgabenstellung zuwenig eigene Einrichtungen vorhanden sind.

Sosehr seitens der Anstalt die Absicht begrüßt wird, daß Körperersatzstücke, orthopädische Behelfe usw. nun nach pflichtgemäßem Ermessen als medizinische Rehabilitationsmaßnahmen aus der Krankenversicherung erbracht werden sollen und damit den analogen freiwilligen Leistungen aus der Pensionsversicherung der Boden entzogen wird, bzw. die administrativ und zeitaufwendigen Orthopädie-, Dialyseabkommen und dergleichen obsolet werden, sowenig sinnvoll erscheint ihr die geplante Umschichtung der übrigen Gesundheitsvorsorgeleistungen in den Bereich der Krankenversicherung. Sie erblickt darin eine von der Beitragsleistung her nicht vertretbare Schlechterstellung

ihrer Versicherten und Pensionisten zugunsten "Angehöriger", könnte sich aber im Wege des § 137a zu einer primären Zuständigkeit der Krankenversicherungsträger hinsichtlich der in § 307d Abs.2 Z.3 und 4 normierten Leistungen bekennen.

Analog zu § 302 Abs.2 zweiter Satz wäre daher in § 307d sicherzustellen, daß der Pensionsversicherungsträger die Gewährung von Aufenthalten in Kurorten, Kuranstalten bzw. Zuschüssen zu solchen sowie die Unterbringung in Krankenanstalten, die vorwiegend der Rehabilitation dienen, auch unter diesem Titel jederzeit an sich ziehen kann. Gleichzeitig könnte der Wortlaut des § 307d Abs.2 Z.1 und 2 sowie jener des Abs.3 zur Gänze entfallen.

Die Pensionsversicherungsträger haben zur Wahrnehmung der ihnen gesetzlich übertragenen Aufgaben im Interesse ihrer Versicherten und Pensionisten ein bedarfsorientiertes Netz an Rehabilitationszentren errichtet. Sie verfügen - im Gegensatz zu den Krankenversicherungsträgern - auch über die notwendige Infrastruktur, wie etwa über fachärztliche Begutachtungsstationen. Jahrzehntelange Erfahrung und Engagement haben schließlich zu den in der Öffentlichkeit anerkannten Erfolgen auf diesem Gebiet geführt. Neben humanitären und volkswirtschaftlichen Erwägungen liegt es im ureigensten Interesse der Pensionsversicherungsträger, durch gezielte Maßnahmen der Rehabilitation den Anfall von Pensionen aus dem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit zu verhindern. Der Erfolg dieser Bemühungen wird auch in Zukunft in hohem Maße davon abhängen, inwieweit sie in die Lage versetzt werden, die erforderlichen Maßnahmen im eigenen Bereich durchzuführen.

Zu Recht wird in den Erläuterungen befürchtet, daß die vorhandenen Sonderkrankenanstalten für die Unterbringung des durch § 137a erweiterten Personenkreises nicht ausreichen. Der Tatsache, daß Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation nach einer Akutpflege in einer Krankenanstalt am sinnvollsten unmittelbar daran anschließen sollen, wird durch die Gewährung sogenannter Anschlußheilverfahren seit Jahren Rechnung getragen. Daraus den Schluß zu ziehen, diese Rehabilitationsmaßnahmen nicht in einer Sonderkrankenanstalt sondern in einem dafür kaum geeigneten Akutspital zu gewähren, hält die Anstalt allerdings sowohl aus medizinischen als auch aus finanziellen Erwägungen für verfehlt. Weitaus sinnvoller erscheint ihr, die bewährten eigenen Einrichtungen der Pensionsversicherungsträger den erweiterten Bedürfnissen des § 137a entsprechend weiter auszubauen. Nach diesen grundsätzlichen Überlegungen sollte die Unterbringung in einer Sonderkrankenanstalt, die vorwiegend der Rehabilitation von Versicherten dient, auch künftig nicht als Anstaltspflege gelten und § 144 Abs.4 der in Geltung stehenden Fassung unverändert bleiben."

Zu Art. II Z. 12 (§ 140 Z. 1 ASVG - Verweisung):

Die endgültige Fassung der gegenständlichen Regelung ist mit dem Schicksal des § 155 ASVG und dessen Verhältnis zu § 137a ASVG-Entwurf verknüpft, was bei ihrer Textierung berücksichtigt werden müßte.

Zu Art. II Z. 13 (§ 141 Abs.3 ASVG - Krankengeld):

§ 141 Abs.3 ASVG verweist derzeit auf § 152 Abs.1 zweiter und dritter Satz ASVG. Der letzte Satz im § 152 Abs.1 ASVG, der in der vorliegenden Fassung jedoch aufscheint, wird im jetzt geltenden Recht nicht zitiert, weil das im Hinblick auf den Vorsatz offenbar nicht als erforderlich angesehen wurde. Hieran hat sich nach Auffassung des Hauptverbandes nichts geändert, weshalb der vorletzte Satz in § 141 Abs.3 ASVG ersatzlos gestrichen werden sollte.

Zu Art. II Z. 16 (§ 144 Abs. 4 ASVG - Anstaltspflege):

Nach der Gesetzeskonzeption (siehe § 137a ASVG-Entwurf) gehört zu den medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation als eine ihrer wichtigsten Leistungen die Unterbringung in (Sonder)Krankenanstalten, die vorwiegend der Rehabilitation dienen. Begrifflich handelt es sich dabei nicht um Anstaltspflege, sondern um medizinische Rehabilitation. Die **Regelung im § 144 Abs. 4 ASVG**, wonach die Unterbringung in Krankenanstalten, die vorwiegend der Rehabilitation dienen, keine Anstaltspflege ist, muß daher unverändert **beibehalten** werden.

Zu Art. II Z. 17 (§ 151 ASVG - Medizinische Hauskrankenpflege):

Die Hauskrankenpflege ist gegenwärtig keine Pflichtleistung der sozialen Krankenversicherung. Nach dem vorliegenden **Entwurf** soll es die "medizinische Hauskrankenpflege" werden, was vom **Hauptverband prinzipiell begrüßt** wird. Seiner **Konzeption** nach (siehe auch die finanziellen Erläuterungen zum Entwurf) handelt es sich dabei richtigerweise um **eine die Anstaltspflege ersetzende Leistung**. Mit ihrer Hilfe soll also die Verweildauer in den Spitälern reduziert werden. Als Leistung aus dem Versicherungsfall der Krankheit ist **dafür** - wie im Entwurf festgehalten - aber der **sozialversicherungsrechtliche Krankheitsbegriff bestimmend**.

Die soziale Krankenversicherung wurde - was auch in den erläuternden Bemerkungen zur ASVG-Stammfassung nachlesbar ist - **nicht zur Abdeckung** der sogenannten "**Pflegefälle**" geschaffen. Als Ergebnis der unseren Bundesstaat mitgestaltenden Aufgabenverteilung zwischen Sozialversicherung und Sozialhilfe ist das **ausschließlich Aufgabe der Länder**, die hierfür auch die Kosten zu tragen haben. Unter die "medizinische Hauskrankenpflege" fällt somit nicht die sogenannte Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung. Hilfen zur Weiterführung des Haushaltes gehören vielmehr zum Aufgabenbereich der Sozialhilfe.

In der vorliegenden Gesetzesformulierung wird jedoch diese nach Meinung des Hauptverbandes unbedingt notwendige Trennung nicht genügend zum Ausdruck gebracht. **Im Gesetzestext** müßte daher als **Ziel** der "medizinischen Hauskrankenpflege", die durch ärztliche Anordnung mögliche Ersetzung der Anstaltspflege, **ausdrücklich angeführt werden**. Im Hinblick darauf sind auch Anlehnungen an die Bestimmung im § 37 SGB V. Buch über die "häusliche Krankenpflege" denkbar, der allerdings weiter als der vorliegende Ressortentwurf gefaßt ist, wofür der Hauptverband nicht eintritt.

Nach § 151 Abs.4 ASVG-Entwurf wird die "medizinische Hauskrankenpflege" längstens für die Dauer von vier Wochen gewährt. Diese Formulierung ist unklar, da sie keine Aussage darüber trifft, ob diese "Höchstdauer" für jeden Krankheitsfall gilt oder nur für einen bestimmten Zeitraum (z.B. 12 Monate oder 1 Kalenderjahr) in Betracht kommt.

In den Erläuterungen (siehe Seite 23) wird jedoch entgegen dem Gesetzeswortlaut (arg.: "längstens") auch eine Verlängerungsmöglichkeit "um einen weiteren Monat" angedeutet. **Der Hauptverband bekennt sich zur Verlängerung in Einzelfällen.** Derartige Verlängerungen müßten aber ärztlich über die Diagnose und Therapie begründbar sein. Wie in Deutschland sollte dabei der jeweilige Krankenversicherungsträger (über seinen "chefärztlichen Dienst") eingeschaltet werden. Im Falle einer Gesetzwerdung der Regelung im § 118 ASVG-Entwurf im Sinne der Hauptverband-Anregungen könnte dabei auch auf die Einrichtung der "Leistungsübernahmeerklärung" zurückgegriffen werden.

Nach dem Entwurf ist die "medizinische Hauskrankenpflege" als **Sachleistung** zu erbringen. Das setzt entsprechende Invertragnahmen voraus. Die in der Diskussion immer wieder verlangte flächendeckende Versorgung ist jedoch keine der sozialen Krankenversicherung zukommende Aufgabe. Ihre **Realisierung** hängt vom Angebot der jetzt auf diesem Gebiet tätigen "sozialen Dienste" ab. Im Hinblick darauf wird verschiedentlich auch die Beistellung des benötigten Pflegepersonals durch die Kasse selbst oder durch "Einkauf" der Dienstleistung über einen sozialen Dienst zur Diskussion gestellt. Eine Wahlmöglichkeit, für die sich auch die über den Ressortentwurf hinausgehende Regelung im § 37 SGB V. Buch entschieden hat.

In den finanziellen Erläuterungen (siehe Seite 2) wird zur Einrichtung der medizinischen Hauskrankenpflege als Pflichtleistung im Sinne einer "krankenhausersetzenden Leistung" eine Entlastung der Krankenversicherungsträger erst dann in Aussicht gestellt "wenn es gelingt, die Finanzierung der Krankenanstalten auf eine leistungsorientierte Basis umzustellen, sowie die bereits für die Vergangenheit vorgesehene Verringerung der Zahl der Akutbetten im stationären Bereich zu erreichen". Die durch die gegenständliche Regelung bewirkte Doppelbelastung wird klar erkannt und darauf hingewiesen, daß es ab dem Jahre 1992 Ausgleichszahlungen "in einer neuen KRAZAF-Regelung nicht mehr geben dürfte". Nach **Ansicht des Hauptverbandes muß** aber die Einführung der medizinischen Hauskrankenpflege als Pflichtleistung dazu führen, daß es **keine Ausgleichszahlungen mehr gibt.**

Zu Art. II Z. 18 (§ 152 ASVG - Zusammentreffen von Familien- oder Taggeld in Unfallversicherung und Krankenversicherung):

Im Zusammenhang damit müßte auch die Anrechnungsbestimmung des § 195 Abs. 6 ASVG in Richtung Krankengeldanrechnung adaptiert werden.

Darüber hinaus sollte auch das Leistungsrecht in der Unfallversicherung den geplanten Änderungen im Krankenversicherungsrecht angepaßt werden.

Die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt hat dazu im sozialversicherungsinternen Begutachtungsverfahren noch folgendes mitgeteilt:

"Bei Zusammentreffen von Familien- oder Taggeld aus einer gesetzlichen Krankenversicherung mit einem Anspruch auf Familien- oder Taggeld aus der Unfallversicherung ruht gemäß § 195 Abs.6 ASVG der Anspruch aus der Unfallversicherung in Höhe des Bezuges aus der Krankenversicherung. Durch Wegfall des Familien- oder Taggeldes in der Krankenversicherung ist es daher erforderlich, § 195 Abs.6 ASVG wie folgt zu ändern:

Trifft der Bezug von Krankengeld aus einer gesetzlichen Krankenversicherung mit einem Anspruch auf Familiengeld bzw. Taggeld zusammen, so ruht dieser Anspruch in der Höhe des Bezuges von Krankengeld aus der Krankenversicherung; hiebei ist einem solchen Bezug die Zeit, für die gemäß § 138 Abs.1 ASVG Anspruch auf Krankengeld nicht besteht, sowie die Zeit, für die ein Anspruch auf Krankengeld ruht, gleichzuhalten."

Da die in den erläuternden Bemerkungen dargelegten Gründe für den Wegfall des Familien- und Taggeldes in der Krankenversicherung bzw. für den Wegfall des Ruhens des Krankengeldes bei Anstaltspflege auch für den Bereich der Unfallversicherung zum Tragen kommen, erlaubt sich die Anstalt zur Diskussion zu stellen, ob nicht eine gleichartige Regelung in der Unfallversicherung vorzusehen wäre.

Bei Beseitigung des Familien- und Taggeldes in der Unfallversicherung erscheint es aber unabdingbar notwendig, auch § 208 ASVG (Ruhe der Versehrtenrente bei Anstaltspflege) ersatzlos zu streichen. Andernfalls wären alle jene Versehrten benachteiligt, die keinen Krankengeldanspruch haben, deren Renten aber wegen Anstaltspflege ruhen würden. Dabei darf nicht übersehen werden, daß es in einzelnen Fällen zu Härten kommen kann. Dann nämlich, wenn die durch den Arbeitsunfall hervorgerufene neuerliche Erwerbsunfähigkeit weniger als drei Monate beträgt (z.B. unfallbedingte Nachoperation), da in diesen Fällen eine Neufeststellung der Rente nicht möglich ist (§ 183 Abs.1 ASVG). Grundsätzlich sollte jedoch eine Neufeststellung der Rente nicht erfolgen, da bei einer kurzfristigen durch den Arbeitsunfall oder die Berufskrankheit bedingten Erwerbsunfähigkeit das Entgelt oder sonstige Arbeitseinkommen weiter bezogen wird oder ein Anspruch auf Krankengeld besteht. In jenen Fällen, in denen es ausnahmsweise zu beträchtlichen Verdiensteinbußen kommt, könnte ein Versehrtengeld gemäß § 212 Abs.1 ASVG gewährt werden. Bisher hat die Anstalt von dieser Möglichkeit nicht Gebrauch gemacht, da nach derzeitiger Rechtslage Familien- oder Taggeld zu gewähren ist. Unter Umständen könnte auch eine besondere Unterstützung gemäß § 196 ASVG gewährt werden.

Die finanzielle Mehrbelastung der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt dürfte sich aus nachstehenden Gründen in Grenzen halten:

1. Bei Personen mit Krankengeldanspruch ruht die Versehrtenrente gemäß § 90a ASVG in Höhe des Krankengeldbezuges,
2. die Anzahl jener Versehrten, die keinen Krankengeldanspruch haben (insbesondere Teilversicherte wie selbständig Erwerbstätige), ist vergleichsweise gering,
3. das Familiengeld entspricht in etwa 3/4 der Vollrente zuzüglich Zusatzrente und einem Kinderzuschuß, wenn man von zwei Angehörigen (Ehegattin und ein Kind) ausgeht.

Im Jahre 1990 wurden Familien- und Taggeld in Höhe von gerundet 17 Millionen Schilling ausbezahlt. Kalkuliert man im ungünstigen Fall, daß das Familien- und Taggeld der Hälfte der Vollrente zuzüglich Zusatzrente und Kinderzuschüssen entspricht, würde der Aufwand für Vollrente, Zusatzrente und Kinderzuschüsse während der Anstaltspflege rund 26 Millionen Schilling betragen, wovon aber bereits derzeit rund 17 Millionen Schilling an Familien- und Taggeld ausbezahlt werden, so daß der eigentliche finanzielle Mehraufwand mit rund 9 Millionen Schilling zu veranschlagen wäre."

Zu Art. II Z. 19 (§ 153 Abs. 2 ASVG - Zahnbehandlung und Zahnersatz):

Die vorgeschlagene Regelung wird mit dem Urteil des Obersten Gerichtshofes vom 18. Dezember 1990, Zl. 10 Ob S 194/90, gerechtfertigt. Im Hinblick darauf wird auf § 94 Abs.1 Z.2 GSVG zurückgegriffen. Nach Auffassung des Hauptverbandes kann die **bestehende Formulierung auch ohne Änderung im Sinne des OGH-Urteils interpretiert** werden. Darüber hinaus hat der Oberste Gerichtshof vor kurzem beim Verfassungsgerichtshof den Antrag gestellt, **§ 153 Abs. 1 erster Satz ASVG auf seine Verfassungsmäßigkeit zu prüfen**. Nach Meinung des Hauptverbandes sollte das Ergebnis dieses Prüfungsverfahrens abgewartet werden.

Im Zusammenhang damit erinnert der Hauptverband auch an seinen dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales bereits (mehrmals) übermittelten **Novellierungsvorschlag zu § 153 Abs.2 ASVG**. Hierin ist festgehalten, daß Leistungen, die in den Satzungen und in den Zahnarztverträgen nicht vorgesehen sind, in den Zahnambulatorien nicht erbracht werden dürfen. Hiedurch wird der Handlungsspielraum der Sozialversicherungsträger bei der Gestaltung der Ambulatoriumsleistungen im Zahnbehandlerbereich deutlich eingeschränkt. Dagegen bestehen aber wegen des den Krankenversicherungsträgern obliegenden Versorgungsauftrages insbesondere gegenüber Versicherten mit geringem Einkommen Bedenken.

Der Hauptverband schlägt daher vor, § 153 ASVG jetzt nicht, sondern erst dann zu novellieren, wenn klar ist, wie der Verfassungsgerichtshof zu dieser Bestimmung steht.

Zu Art. II Z. 20 (§ 154 Abs. 1 ASVG - Hilfe bei körperlichen Gebrechen):

Im Zusammenhang damit wird nochmals auf die fehlende Abstimmung zwischen dem § 137a ASVG-Entwurf und der jetzigen Fassung des § 154 ASVG hingewiesen, die zu beheben wäre (siehe auch die Ausführungen zu Art.II Z.10). Darüber hinaus müßte noch eine grundsätzliche Diskussion über die Art der Leistung (Sachleistung mit Kostenbeteiligung oder nur Zuschüsse) geführt werden.

Zu Art. II Z. 21 (§ 155 Abs. 1 und 2 ASVG - Maßnahmen der Krankenversicherungsträger zur Festigung der Gesundheit):

Mit der vorliegenden Regelung werden die Maßnahmen der Krankenversicherungsträger zur Festigung der Gesundheit vom sozialversicherungsrechtlichen Krankheitsbegriff abgekoppelt (siehe Erläuterungen Seite 17). Gesetzestechnisch soll das offenbar über den Entfall der Worte "neben der oder im Anschluß an die Krankenbehandlung" herbeigeführt werden.

Der Hauptverband verkennt keineswegs das von ihm grundsätzlich unterstützte Bemühen des Entwurfes, die Rolle der Krankenversicherung im Bereich der Prävention zu stärken. Seiner Meinung nach müßten jedoch deren Aktivitäten aufgabenbedingt mit der Krankenbehandlung im Zusammenhang stehen.

Ziel jeder präventiven Gesundheitspolitik ist es doch, mit geeigneten Konzepten in die Entstehungsbereiche und -prozesse der Krankheiten zu intervenieren. Die **Prävention** ist in erster Linie aber eine **öffentliche Gemeinschaftsaufgabe** und gehört, wie der Bereich der Krankheitsfrüherkennung sowie die Regelung im § 132c ASVG-Entwurf belegen, **nur in Teilbereichen zu den Aufgaben der sozialen Krankenversicherung**. Im übrigen handelt es sich bei den **Maßnahmen im § 155 ASVG** um Leistungsansprüche, die nach der Gesamtkonzeption für die soziale Krankenversicherung **keinesfalls von dem für sie bestimmenden Krankheitsbegriff gelöst** werden können.

Nach Ansicht des Hauptverbandes sollte daher die **Verkoppelung** der Regelung im § 155 ASVG **mit den für die soziale Krankenversicherung bestimmenden Prinzipien aufrecht bleiben**.

Hievon abgesehen führt die vom Entwurf vorgeschlagene Formulierung keinesfalls zu der von ihm offensichtlich gewollten Leistungsverbesserung. Vielmehr finden sich darin auch Einschränkungen, wie, daß für die Unterbringung in einem Erholungsheim eine Beschleunigung der Genesung nach schwerer Krankheit Voraussetzung sein soll. Die Unterbringung in einem Erholungsheim zur Verhinderung einer unmittelbar drohenden Krankheit oder der Verschlimmerung einer bestehenden Krankheit wäre damit ausgeschlossen.

Verzichtet soll künftig auch auf Maßnahmen im Sinne des § 155 Abs.2 Z.1 werden. Das gilt auch für Landaufenthalte (siehe Abs.2 Z.3).

Außerdem ist es dem Krankenversicherungsträger aufgrund der vorliegenden Gesetzesformulierung nicht mehr möglich, Reisekosten in allen diesen Fällen zu übernehmen.

Zu. Art. II Z. 25 (§ 162 Abs. 5 ASVG - Wochengeld):

Im § 138 Abs. 2 ASVG wird eine neue lit. f angefügt (Art. II Z. 11). Hierdurch werden die Bezieher eines Vorschusses auf eine Leistung aus der Pensionsversicherung (§ 23 AIVG) vom Anspruch auf Krankengeld ausgeschlossen.

In der Zitierung des § 138 Abs. 2 ASVG im § 162 Abs. 5 ASVG müßte dann ebenfalls diese lit. f angefügt werden.

Ist dies nicht der Fall, wäre ein Doppelbezug von Wochengeld und Vorschuß auf Pension nach § 23 AIVG möglich. Dies dürfte aber nicht sein, weil dies auch beim Krankengeld nicht mehr möglich ist.

Zu Art. III Z.1 (§ 175 Abs.2 Z.2 ASVG - Arztweg):

Aufgrund des gegenständlichen Änderungsvorschlages wird jeder Weg zum Arzt unter Versicherungsschutz gestellt, also auch der in Z.2 angeführte erste Anwendungsfall. Infolgedessen erübrigt sich auch dessen gesonderte Anführung.

Die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt hat im Zusammenhang damit im sozialversicherungsinternen Begutachtungsverfahren dem Hauptverband dazu noch folgendes mitgeteilt:

"Nach derzeitiger Rechtslage sind zwei verschiedene Arztwege geschützt:

- 1. Der Weg von der Arbeits- oder Ausbildungsstätte zum Arzt und anschließend der Weg zurück zur Arbeits- oder Ausbildungsstätte oder zur Wohnung, sofern der Arztbesuch im Betrieb bekanntgegeben wurde,*
- 2. der Weg von der Arbeits- oder Ausbildungsstätte oder Wohnung zur ärztlichen Untersuchungsstelle und anschließend der Rückweg zur Arbeits- oder Ausbildungsstätte oder Wohnung, sofern die Untersuchung aufgrund einer gesetzlichen Vorschrift, einer Anordnung des Versicherungsträgers oder des Dienstgebers vorgenommen wurde.*

Durch den Änderungsvorschlag verliert unseres Erachtens der erste Fall des geschützten Arztweges seinen Anwendungsbereich. Wenn nunmehr jeder Weg zum Arzt unter Versicherungsschutz gestellt werden soll (Voraussetzung ist nur, daß der Weg von der Arbeits- oder Ausbildungsstätte oder Wohnung angetreten wird), ist der erste Teil der Ziffer 2 entbehrlich; es sei denn, der Ausdruck "ärztliche Untersuchungsstelle" wäre dahingehend auszulegen, daß hierunter nur die Feststellung des Gesundheitszustandes zu verstehen ist. Wird hingegen der Arzt für Zwecke der kurativen Behandlung (§§ 135 und 153 ASVG) aufgesucht, wäre der Versicherungsschutz zu verneinen. Den erläuternden Bemerkungen zufolge nehmen wir jedoch an, daß dem Begriff "ärztliche Untersuchungsstelle" keine andere Bedeutung als im ersten Fall des geschützten Arztweges zukommen soll, auch wenn ärztliche Hilfe, Zahnbehandlung etc. nicht ausdrücklich angeführt sind.

Zum ersten Fall des geschützten Arztweges liegen derzeit zwei abweichende OGH-Entscheidungen vor. In der Entscheidung vom 12. April 1988, 10 Ob S 76/88 (SSV-NF 2/39), hat der OGH den Versicherungsschutz in dem Fall bejaht, in dem die Versicherte den Weg zum Arzt von der Wohnung aus angetreten hatte und am anschließenden Weg vom Arzt zur Betriebsstätte verunglückt ist. In der Entscheidung vom 25. Oktober 1988, 10 Ob S 262/88 (SSV-NF 2/113), hat der OGH hingegen den Versicherungsschutz verneint, weil der Versicherte die ärztliche Behandlungsstätte während des Krankenstandes aufgesucht hat und es sich hierbei nicht um einen Arbeits-Wegunfall gehandelt hat.

Der Systematik des ASVG folgend sind im § 175 nur jene Unfälle geschützt, die sich im engen Konnex mit der betrieblichen Tätigkeit ereignen, wobei die Anordnung des Versicherungsträgers ebenfalls der betrieblichen Tätigkeit zuzurechnen ist, da eine solche Anordnung nur aufgrund des Beschäftigungsverhältnisses ergeht. Der Versicherungsschutz für Wege zum Arzt in der Freizeit, im Urlaub etc. entspricht nicht mehr dieser Systematik und sollte daher nicht gegeben sein.

Unter Bedachtnahme auf die Begründung des OGH in der Entscheidung SSV-NF 2/39 wäre es allerdings vertretbar, den Weg von der Wohnung zum Arzt und anschließend zurück zur Wohnung oder zur Arbeits- oder Ausbildungsstätte unter Versicherungsschutz zu stellen, sofern der Arztbesuch vorher im Betrieb bekanntgegeben wurde. Im übrigen sollte aber die bisherige Bestimmung

unseres Erachtens unberührt bleiben und erlauben wir uns daher nachfolgende Änderung vorzuschlagen:

"2. auf einem Weg von der Arbeits- oder Ausbildungsstätte oder der Wohnung zu einer ärztlichen Untersuchungsstelle (freiberuflich tätiger Arzt, Ambulatorium, Krankenanstalt) zum Zweck der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe (§ 135), Zahnbehandlung (§ 153) oder der Durchführung einer Vorsorge(Gesunden)untersuchung (§ 132b) und anschließend auf dem Weg zurück zur Arbeits(Ausbildungs)stätte oder zur Wohnung, sofern dem Dienstgeber die Stätte der ärztlichen Untersuchung vorher bekanntgegeben wurde, ferner auf dem Weg von der Arbeits- oder Ausbildungsstätte oder von der Wohnung zu einer ärztlichen Untersuchungsstelle, wenn sich der Versicherte der Untersuchung aufgrund einer gesetzlichen Vorschrift oder einer Anordnung des Versicherungsträgers oder des Dienstgebers unterziehen muß und anschließend auf dem Weg zurück zur Arbeits(Ausbildungs)stätte oder zur Wohnung;"

Zu Art. III Z. 1 lit.b (§ 175 Abs.2 Z.10 ASVG - Kindergartenweg):

Hiezu übermitteln wir die uns von der Allgemeine Unfallversicherungsanstalt zugekommenen Argumente:

"Gemäß § 175 Abs.2 Z.9 ASVG stehen auch die auf dem Arbeitsweg zurückgelegten Umwege unter Versicherungsschutz, wenn sie dazu dienen, Betriebsangehörige oder Versicherte im Rahmen der Fahrgemeinschaft vom oder zu einem Betrieb zu befördern. Der Rechtsprechung zufolge ist es für den Versicherungsschutz nicht erforderlich, daß eine Fahrgemeinschaft dauernd geplant ist bzw. wird der Versicherungsschutz auch für "ad-hoc-Fahrgemeinschaften" anerkannt.

Da Schüler gemäß § 8 Abs.1 Z.3 lit.h ASVG in der Unfallversicherung teilversichert sind und diesbezüglich der sachlichen Zuständigkeit der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt unterliegen, bestanden für die Anstalt schon bisher keine Bedenken, den Versicherungsschutz für Wege, die der Beförderung des Schülers zur Schule bzw. der Abholung dienen, zu bejahen, sofern die sonstigen Voraussetzungen für die Fahrgemeinschaft zutrafen.

Die Wege zum Kindergarten standen bisher nicht unter Versicherungsschutz, da das Kindergartenkind keinesfalls unter den Begriff "Versicherter" zu subsumieren ist. Mögen auch aus sozialpolitischen Erwägungen diese Wege unter Versicherungsschutz zu stellen sein, ist die Einbeziehung in § 175 als eigene Ziffer problematisch, da bei diesen Tätigkeiten der enge berufliche Zusammenhang nicht mehr gegeben erscheint und sie daher eher § 176 ASVG zu unterstellen sind.

Ausgehend von der Überlegung daß § 175 Abs.2 Z.9 ASVG den aus bestimmten Gründen zurückgelegten Umweg auf dem Betriebsweg unter Versicherungsschutz stellt und beispielsweise die deutsche Rechtslage (§ 550 Abs.2 Z.1 RVO) vorsieht, daß Umwege, die zurückgelegt werden, um das Kind fremder Obhut anzuvertrauen, vom Versicherungsschutz erfaßt sind, erlauben wir uns vorzuschlagen, den Tatbestand der geplanten Z.10 in Z.9 zu integrieren und folgenden Gesetzeswortlaut anzulegen.

"9. auf einem Weg zur oder von der Arbeits- oder Ausbildungsstätte (Z.1), der im Rahmen einer Fahrgemeinschaft von Betriebsangehörigen oder Versicherten zurückgelegt worden ist, die sich auf einem in der Z.1 genannten Weg befinden, ferner auf einem Weg zur oder von der Arbeits- oder Ausbildungsstätte (Z.1) zu einem Kindergarten (Kindertagesstätte), um das Kind des (der) Versicherten (§ 252 Abs.1) dorthin zu bringen oder von dort abzuholen."

Die nunmehr vorgeschlagene Formulierung weicht insoweit vom Text des Entwurfes ab, als die Schüler nicht mehr erwähnt werden. Das Anführen des Umweges zur Schule erscheint entbehrlich, da Schüler gemäß § 8 Abs.1 Z.3 lit.h ASVG in der Unfallversicherung teilversichert sind und somit Umwege zur Schule bereits unter den gesetzlichen Tatbestand der "Fahrgemeinschaft" subsumierbar sind.

Würde man Schüler im Zusammenhang mit Kindergartenkindern zitieren, wäre aufgrund eines Umkehrschlusses daraus zu folgern, daß der Umweg der Eltern, um das Kind, das an einer Hochschule oder Universität studiert, zur Ausbildungsstätte zu bringen, nicht geschützt wäre. Dies würde aber dem Tatbestand der "Fahrgemeinschaft" diametral entgegenstehen. Der zweite Halbsatz der Z.9 des Entwurfes hat somit nur für Kindergartenkinder zu gelten, da diese nicht dem Kreis der Versicherten in der Unfallversicherung angehören."

Zu Art. III Z. 1 lit.b (§ 175 Abs.2 ASVG - Zitat):

Hiezu stellt sich die Frage, ob sich das Zitat des § 252 Abs.1 ASVG-Entwurf tatsächlich an der (richtigen) Stelle befindet. § 252 Abs.1 ASVG enthält zwar eine Definition des Kindes, jedoch keine Ausführungen zum Begriff des "Versicherten".

**Zu Art.IV Z.1 (§ 225 Abs.1 ASVG - Beitragszeiten nach dem
31. Dezember 1955):**

Die Selbstversicherung nach § 16a ASVG-Entwurf kommt auch für Auslandsösterreicher in Frage. Im Hinblick darauf ist wohl die 2-Monatefrist für die rechtzeitige Entrichtung der Beiträge zu kurz. Der Hauptverband schlägt deshalb eine Erweiterung auf 12 Monate vor.

Mit ein Grund dafür sind die unterschiedlichen devisarechtlichen Bestimmungen der einzelnen ausländischen Staaten. Manche lassen nur einmal jährlich Auslandsüberweisungen zu, weshalb den Versicherten die Möglichkeit eingeräumt werden sollte, die 12 Beiträge in einem Betrag einzuzahlen. Mitunter sind auch die dafür verrechneten Bankspesen für die einzelnen Überweisungen sehr hoch.

Zu Art.IV Z.5 lit.b (§ 238 Abs.4 ASVG - Bemessungsgrundlage):

Die Z. 3 sollte im Hinblick auf die sonst für § 238 ASVG übliche Textierung wie folgt lauten:

”3. Beitragsmonate der Pflichtversicherung, die Zeiten nach den §§ 225 Abs.1 Z.5 zweiter Halbsatz bzw. 226 Abs.2 lit.c zweiter Halbsatz enthalten.”

Zu Art.IV Z.10 (§ 253a ASVG - vorzeitige Alterspension bei Arbeitslosigkeit):

In den erläuternden Bemerkungen zu Art.IV Z.10 ist der Ausdruck "Kinderentschädigung" auf den Ausdruck "Kündigungsentschädigung" richtigzustellen.

**Zu § 261 Abs.5 ASVG - Alters(Invaliditäts)pension, Ausmaß
(kein Vorschlag im Entwurf)**

In Analogie zu den im § 139 Abs.5 dritter Satz GSVG und im § 130 Abs.5 dritter Satz BSVG beseitigten Redaktionsversehen sollte dies auch im § 261 Abs.5 dritter Satz ASVG geschehen.

Zu Art. IV Z. 15 (§ 307e Abs. 2 ASVG - Geldleistungen während der Gewährung von Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge durch den Pensionsversicherungsträger):

In der vorgeschlagenen Gesetzesformulierung wird auf § 195 Abs.6 ASVG verwiesen. Darin ist noch das Taggeld aus der Krankenversicherung angeführt.

Nach der gegenständlichen Novelle sollen aber die Leistungen des Familien- bzw. Taggeldes aus der Krankenversicherung beseitigt werden. Der Hinweis auf § 195 Abs.6 ASVG, der aufzuheben wäre, hätte daher zu entfallen.

Zur Frage, ob Familien- und Taggeld in der Unfall- oder Pensionsversicherung weiterhin vorgesehen sein sollen, siehe die Ausführungen zu Art.II Z. 18 (§ 152 ASVG).

Die Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter hat zum Entwurf folgende Stellungnahme übermittelt:

"Aus Gründen der Gleichbehandlung tritt die Anstalt dafür ein, daß auch für die Dauer der Unterbringung in einer der im § 307d Abs.2 genannten Einrichtungen anstelle des Familien- und Taggeldes Krankengeld gewährt wird. Es wird daher angeregt, § 307e erster Satz in diesem Sinne anzupassen."

Der Hauptverband stellt diese Anregung der Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter zur Erwägung, meint aber, daß noch überlegt werden sollte, ob für die Dauer von Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge die Geldleistung vom Krankenversicherungsträger oder vom Pensionsversicherungsträger erbracht werden soll.

Zu Art.V Z.1 (§ 324 Abs.3 ASVG - Anspruchsübergang einer Pension auf den Träger der Sozialhilfe):

Die Wortfolge "... solange das Nettoeinkommen (§ 292 Abs.3) des unterhaltsberechtigten Ehegatten des Pensionsberechtigten den Richtsatz gemäß § 293 Abs.1 lit.a bb nicht erreicht." bedarf einer Klarstellung:

Wie den Erläuterungen zum vorliegenden Entwurf zu entnehmen ist, soll durch die vorgeschlagene Änderung die Lage des in der ehelichen Wohnung zurückbleibenden Ehegatten verbessert werden. Aus der vorgeschlagenen Textierung kann jedoch nicht abgeleitet werden, daß sie nur bei Vorhandensein eines "in der ehelichen Wohnung zurückbleibenden Ehegatten" anzuwenden ist.

Bei der Ermittlung des Nettoeinkommens (§ 292 Abs.3) des unterhaltsberechtigten Ehegatten, welcher kein eigenes Einkommen bezieht, wären die gemäß § 294 ASVG zu berücksichtigenden Beträge heranzuziehen. Dies bedeutet, daß selbst bei einer Nettopension von S 20.000,- des in einem Heim (Anstalt) untergebrachten Pensionisten kein Anspruchsübergang auf den Träger der Sozialhilfe stattfinden kann, da der Unterhaltsanspruch des Ehegatten gemäß § 294 Abs.1 lit.a nur S 5.000,- beträgt (Richtsatz: S 6.500,-).

Es wird daher vorgeschlagen, § 324 Abs.3 zweiter Satz ASVG wie folgt zu formulieren:

"Der vom Anspruchsübergang erfaßte Betrag vermindert sich in dem Maß, als der dem unterhaltsberechtigten Angehörigen verbleibende Teil der Pension zuzüglich seines sonstigen Nettoeinkommens den jeweils geltenden Richtsatz gemäß § 293 Abs.1 lit.a bb nicht erreicht."

Zu Art. V Z. 5 (§ 349 Abs. 2 ASVG - Gesamtverträge):

Aufgrund der vorliegenden Gesetzesformulierung bestimmt der Psychotherapie- bzw. Psychologenbeirat jene freiwillige berufliche Interessenvertretung, mit der die Krankenversicherungsträger einen Gesamtvertrag abzuschließen haben. **Gegen diese Konstruktion** spricht vor allem der Bruch mit den im ASVG im 6. Teil festgehaltenen Grundsätzen zum Gesamtvertragsrecht sowie andere mögliche Modelle, z.B. eine Nachbildung zu den §§ 4 und 5 ArbVG. Im übrigen ist es sehr zweifelhaft, ob einem Beratungsorgan (siehe § 20 Abs.1 Psychotherapiegesetz und § 19 Abs.1 Psychologengesetz), das nur zu bestimmten im Gesetz angeführten Angelegenheiten ein Gutachten abgeben kann, eine derartige Regelungsmöglichkeit übertragen werden kann. Auch die von den Beiräten jeweils (noch) auszuarbeitenden Honorarrichtlinien haben keine rechtsverbindliche Kraft. Hiebei handelt es sich, wie auch hinsichtlich der anderen Gutachten, um eine sachverständige Beiratsäußerung.

Die **Krankenversicherungsträger wollen** vor allem im Interesse ihrer Versicherten mit den beruflichen Interessenvertretungen der Psychotherapeuten bzw. Psychologen **Gesamtverträge abschließen**. Aus ihrer Sicht bestehen keine Bedenken, daß mit mehreren freiwilligen Berufsvertretungen Gesamtverträge abgeschlossen werden. Hiebei wäre ähnlich den vorerwähnten kollektivvertraglichen **Regelungen von der Bedeutung und tatsächlichen Aktivität der** für den Vertragsabschluß in Betracht kommenden Vereinigungen **auszugehen**. Im Zusammenhang damit sollte **im Gesetz festgehalten** werden, daß sich das Vereinsziel auf ganz Österreich erstreckt und sie ein bestimmtes Mindestmaß an Mitgliedern aufweisen.

Nach Auffassung des Hauptverbandes ist es durchaus möglich, daß insbesondere am Anfang z.B. mit den Interessenvertretungen der Psychotherapeuten **keine Gesamtverträge zustande kommen**. Um eine einheitliche Vorgangsweise im Interesse der behandlungsbedürftigen Sozialversicherten innerhalb der sozialen Krankenversicherung zu gewährleisten, sollte dem Hauptverband im ASVG eine **Richtlinienkompetenz** eingeräumt werden. Die von ihm als Ersatz für fehlende Gesamtverträge zu erlassende Richtlinie müßte für alle Krankenversicherungsträger verbindlich sein. Einzelverträge mit Psychotherapeuten, die ihnen widersprechen, sollten teils nichtig sein.

Nicht nachvollziehbar ist, warum aufgrund des Entwurfes die Beziehungen zu den freiberuflich tätigen Psychologen und Psychotherapeuten zwingend durch Gesamtverträge geregelt werden müssen, bestimmte - nur für Ärzte geltende - Regelungen, wie die §§ 340 Abs.1, 341 bis 343 aber bereits kraft Gesetzes sinngemäß Anwendung finden. Hiezu gehört z.B. die Errichtung von Ärzteausschüssen, die es bislang nicht gibt, sowie die Regelungen über die Auflösung des Vertragsverhältnisses mit einem über das ArbVG weit hinausgehenden "Kündigungsschutz".

Nach Auffassung des Hauptverbandes sollten auch die Psychologen und Psychotherapeuten, wie die Ergotherapeuten, die vertragsrechtlich nicht den Status von Ärzten haben, behandelt werden. Im Hinblick darauf erübrigt sich z.B. eine Anwendung der Regelung im § 343 ASVG insbesondere über die Vertragsauflösung. Allerdings sind Bestimmungen, wie im § 342 Abs.2 ASVG über die Kostenbegrenzung als beitragsatzstabilisierende Vorschrift nötig.

Zu Art. V Z. 6 (§ 350 Abs. 1 ASVG - Abgabe von Heilmitteln):

Nach den Erläuterungen (siehe Seite 31) sollte durch die vorgeschlagene Gesetzesänderung klargestellt werden, daß hausapothekenführende Ärzte auf Rechnung der Krankenversicherung nur Arzneimitteln, jedoch keine Heilbehelfe und Hilfsmittel abgeben dürfen. Eine Klarstellung, die sich bereits aus § 30 Abs.1 Apothekengesetz ergibt, im geänderten Text jedoch keinen Niederschlag gefunden hat. Nach Auffassung des Hauptverbandes beschränkt sich dieser eher auf eine Anpassung des § 350 Abs.1 Z.3 ASVG an die geltende Fassung des § 31 Abs.3 Z.11 ASVG.

Sollte die vorerwähnte Klarstellung, wofür der Hauptverband eintritt, auch im ASVG vorgenommen werden, müßte seiner Ansicht nach im § 350 Abs. 1 ASVG die Wortfolge "und Heilbehelfe (§ 137 ASVG) usw." ersatzlos gestrichen werden. Das deckt sich auch mit der Regelung im § 348a Abs.3 Z.1 ASVG, der im Hinblick auf die Beziehungen der Krankenversicherung zu den (öffentlichen) Apothekern die Abgabe von Heilbehelfen der Regelung durch den Gesamtvertrag überläßt.

Zu Art. V Z. 7 (§ 360 ASVG - Grundbuchsanschlüsse der Sozialversicherungsträger):

Dieser Vorschlag wird vom Hauptverband begrüßt, da er die derzeit bestehende unbefriedigende (weil umständliche und verwaltungsaufwendige) Situation, die statt möglicher Datenbankabfragen persönliche Besuche bei den Grundbuchsgerichten erfordert, beseitigt.

Dem Hauptverband ist allerdings bekannt geworden, daß es zum Firmenbuch (derzeit noch) kein amtliches Personenregister gibt (auf privater Basis wird ein solches Register bereits angeboten). Falls seitens des Justizministeriums Einwände gegen die vorgeschlagene Formulierung erhoben werden sollten, wird als Kompromiß vorgeschlagen, die Bestimmung zunächst auf die Hilfsverzeichnisse des Grundbuches einzuschränken und die anderen Register erst dann, wenn die entsprechenden organisatorischen Einrichtungen vorhanden sind, im Gesetz zu erwähnen.

Jedenfalls wird der Anschluß zentral über die bereits in Arbeit befindlichen Datenleitungsverbindungen zwischen Hauptverband und Justizdatennetz (über das Bundesrechenamt) und nicht über Einzelanschlüsse der Versicherungsträger zu organisieren sein.

Mehrere Versicherungsträger haben in der Vergangenheit darauf hingewiesen, daß es für die Krankenversicherungsträger schwierig sei, von Finanzbehörden Auskunft zu erhalten. Es wurde vorgeschlagen, § 360 ASVG an § 182 Z.1 BSVG anzugleichen, in dem die Behörden der Finanzverwaltung ausdrücklich zur Bekanntgabe der notwendigen Daten verpflichtet werden, um Reibungsverluste im Amtshilfeverkehr zwischen Finanzverwaltung und Sozialversicherung, die zu hohem Verwaltungsaufwand führen, durch klare Rechtshilfebestimmungen zu vermeiden.

Zu Art.V Z. 9 (§ 412 ASVG - Einspruchsvorentscheidung):

Eine der letzten Novellen zum AVG (BGBl.Nr. 357/1990) hat § 63 Abs.5 erster Satz AVG dahingehend neu gefaßt, daß Berufungen auch bei der Behörde eingebracht werden können, die über die Berufung zu entscheiden hat.

Vom Hauptverband wird daher **vorgeschlagen**, dies **auch für das ASVG vorzusehen**, weil sich anderenfalls folgende (für den Einspruchswerber manchmal höchst unangenehme) Konsequenz ergeben könnte:

Nach dem vorliegenden Vorschlag hätte der Landeshauptmann, der einen Einspruch erhält, diesen gemäß § 6 AVG an den zuständigen Sozialversicherungsträger weiterzuleiten, wobei dies "auf Gefahr des Einschreiters" ginge. Auf diese Weise könnte der Einspruchswerber die Einspruchsfrist bzw. sonstige Fristen versäumen.

Diese Rechtslage würde in der Praxis eine "Falle" bilden, weil ja nach dem Allgemeinen Verwaltungsverfahrenrecht die Einbringung bei der Berufungsbehörde möglich wäre.

Derartige Unterschiede im Verwaltungsverfahren des ASVG und des AVG sollten aber möglichst vermieden werden. Es wird vorgeschlagen, dem § 412 Abs.1 folgenden Satz anzufügen:

"Ein beim Landeshauptmann eingebrachter Einspruch gilt als beim Versicherungsträger eingebracht und ist an diesen unverzüglich weiterzuleiten."

Dementsprechend müßten auch die anderen Passagen des § 412 ASVG in denen von der "Einbringung" des Einspruches die Rede ist, durch den Ausdruck "Einlangen" ergänzt werden.

Zu § 357 Abs.1 ASVG - Einführung des "Selbstbehebungsrechtes" in das von den Sozialversicherungsträgern anzuwendende Verfahrensrecht des AVG

Für Zwecke einer entsprechenden Abrundung der Verfahrensrechtslage, wie sie sich aufgrund der bereits vorgesehenen Einführung einer "Einspruchsvorentscheidung" durch die kommende Novellengesetzgebung auch im Bereich der Sozialversicherung ergeben wird, erscheint es angezeigt, den Versicherungsträgern auch den Rechtsbehelf des § 68 Abs.2 AVG an die Hand zu geben, um damit zu gewährleisten, daß gegebenenfalls auch im Falle eines als fehlerhaft erkannten rechtskräftigen Bescheides des Versicherungsträgers zugunsten des betreffenden Versicherten korrigierend eingegriffen werden kann.

Es wird daher ersucht, **§ 68 Abs.2 AVG** in den von den Sozialversicherungsträgern anzuwendenden Katalog der AVG-Vorschriften in **§ 357 Abs.1 ASVG** aufzunehmen.

Im Zusammenhang damit wird noch daran erinnert, daß auch der Rechnungshof im Hinblick auf das in der Sozialversicherung gegebene Massenverfahren für eine Aufnahme des § 68 Abs.2 AVG in § 357 Abs.1 ASVG eingetreten ist (Schreiben des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales vom 3. März 1987, ZI.20.090/1-1/87).

Zu Art. V Z. 11 (§ 422 ASVG - Amtsantritt der Versicherungsvertreter):

Zu Art. V Z. 15 (§ 433 Abs.6 ASVG - Amtsantritt von Funktionären):

Der Hauptverband begrüßt es, daß die Regeln über den Amtsantritt von Versicherungsvertretern und Funktionären klarer gefaßt werden sollen. Seiner Meinung nach würde es jedoch genügen, **wenn die Stelle, die die Versicherungsvertreter entsendet, dem betroffenen Träger direkt mitteilt**, daß (und wer) mit welchem Zeitpunkt in einem Verwaltungskörper entsandt wurde bzw. wer mit welchem Zeitpunkt nach § 433 Abs.6 ASVG in Verwaltungskörper des Hauptverbandes gewählt wurde. Diese Mitteilung sollte bereits ausreichen, also konstitutiven Charakter haben (das Gesetz spricht ja mit Absicht auch von "Entsendung").

In dieser Mitteilung sollten alle notwendigen Daten (Name, Adresse, Funktion und Beginn bzw. Ende) enthalten sein. Auf jeden weiteren Schriftwechsel, insbesondere Verpflichtungen der gewählten bzw. entsandten Person auf gleichartige Mitteilungen an den Versicherungsträger, sollte auch aus Gründen der Vermeidung von zusätzlichem Verwaltungsaufwand verzichtet werden.

Zu Art. V Z. 17 a und b (§ 446 ASVG - Vermögensanlage):

Nach der vorgeschlagenen Bestimmung wäre es den Sozialversicherungsträgern de facto unmöglich, auf Geldmarktveränderungen rasch zu reagieren; es wäre insbesondere unmöglich, rasch gute und risikolose Geldanlagen zu tätigen.

Im konkreten Fall betrifft dies insbesondere Wertpapiere der Republik Österreich, aber auch andere risikolose Geldmarktgeschäfte wie die bereits vom Sozialministerium genehmigten Devisenswapgeschäfte (Kauf von z.B. D-Mark, um durch die Anlage dieses Geldes das höhere Zinsniveau der BRD auszunutzen). Die Republik Österreich und der Bankensektor begeben von Zeit zu Zeit kurzfristig laufende Bundesschatzscheine und Kassenobligationen, die ebenfalls eine bessere Verzinsung wie normale Geldanlagen (Festgeldgeschäfte, gebundene Geldanlagen) ergeben.

Mündelsicherheit wird für diese Wertpapiere nicht beantragt, weil sie ja nur relativ kurz laufen; der Anlagefall nach § 446 Abs.1 Z.1 ASVG ist damit nicht gegeben; andererseits handelt es sich auch nicht um "Einlagen bei Kreditunternehmen" nach § 446 Abs.1 Z.4 ASVG.

Die zitierten Wertpapiere sind am Markt (eben wegen ihres höheren Zinssatzes) sehr begehrt und müssen kurzfristig geordert werden.

Durch die Bindung an Beschlüsse der Verwaltungskörper und die Genehmigung zweier Ministerien ist ein zweckgerichtetes Handeln in solchen Fällen nicht mehr möglich; die entsprechenden Zinsverluste liegen österreichweit gesehen mit Sicherheit in mehrstelliger Millionenhöhe und würden zu Lasten der Republik (Bundesbeitrag!) gehen.

Klar ist, daß risikoreiche Geldgeschäfte (Kauf von Aktien, Optionscheinen, Anleihen ausländischer Staaten und Unternehmen) wegen des damit verbundenen Risikos nicht vorgenommen werden sollten; die vorliegende Bestimmung verhindert aber selbst vorteilhafte zinsbringende Geschäfte mit der Republik Österreich bzw. jene Geschäfte die bereits bisher mit grundsätzlicher Genehmigung der obersten Aufsichtsbehörde getätigt wurden.

Dies kann wohl nicht Ziel der Bestimmung sein.

Es wird daher vorgeschlagen, entweder § 446 ASVG unverändert zu belassen oder aber - wenn schon konkrete Gründe zu einer Änderung zwingen - für bestimmte Veranlagungsgeschäfte (insbesondere solche mit der Republik und **die bisher getätigten Geschäfte**) **generelle Genehmigungsmöglichkeiten** (sowohl durch die Verwaltungskörper als auch durch die Ministerien) vorzusehen.

In wirtschaftlicher Sicht würde die vorgeschlagene Bestimmung dazu führen, daß die zinsgünstigen Geldgeschäfte, die derzeit (eben mit den erwähnten Bundesschatzscheinen usw.) getätigt werden, in Zukunft nicht mehr von den Sozialversicherungsträgern getätigt werden dürften.

Das wird dazu führen, daß die Banken, bei denen die Sozialversicherungsträger ihre Gelder deponieren, ihrerseits bei diesen Geschäften zum Zug kommen und die entsprechenden Zinsen zu eigenen Gunsten lukrieren.

Es handelt sich somit um die Verschiebung von Zinserträgen zu Lasten der Sozialversicherung, ohne daß die Republik daraus einen Nutzen hätte (der Bundesbeitrag würde um die Zinsausfälle steigen müssen!).

Allgemein wird darauf hingewiesen, daß § 446 ASVG im wesentlichen seit 1955 unverändert ist. Seitdem haben sich die Möglichkeiten effizienter Geldanlage wesentlich verändert; es wird daher vorgeschlagen, die in § 446 ASVG enthaltenen Anlagebeschreibungen grundsätzlich den bestehenden Geldmarkt- und Anlagemöglichkeiten anzupassen, wobei aber die Mündelsicherheit nicht angetastet werden dürfte. Darüber sollte jedoch vor einer allfälligen Novellierung eine grundlegende Diskussion mit und innerhalb der Sozialversicherung geführt werden.

Zu Art. V Z. 22 (§ 468 Abs.2 ASVG - Verweisung):

Aus grammatikalischen Gründen muß es wohl heißen:

”Krankengeld wird ...”.

Zu Art.V Z.24 lit.b (ASVG-Anlage 1 Nr. 30 - Berufskrankheit):

Mit der 49. Novelle zum ASVG wurde einer langjährigen Forderung der Sozialversicherungsanstalt der Bauern entsprochen und der Ausdruck "schädigende Erwerbsarbeit" durch die Worte "schädigende Tätigkeiten" ersetzt. Hierdurch war es in diesem Versicherungsbereich auch möglich geworden, die in der Nr.30 angeführten Berufskrankheiten anzuerkennen, ohne daß der Versicherte deshalb gezwungen ist, seinen landwirtschaftlichen Betrieb aufzugeben.

Im Zusammenhang mit der durch die Erläuterungen (siehe Seite 40) plausibel gemachten Klarstellung bzw. Verdeutlichung wird wieder die ursprüngliche Formulierung "schädigende Erwerbsarbeit" eingeführt. Die Sozialversicherungsanstalt der Bauern ersuchte daher im sozialversicherungsinternen Begutachtungsverfahren, die Wortfolge "schädigende Tätigkeiten" beizubehalten.

Zu Art. V Z. 24 lit.c (ASVG-Anlage I Nr. 45 - Berufskrankheit):

Die Erweiterung der Berufskrankheitenliste sollte nach Ansicht der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt nicht nur in holzverarbeitenden, sondern auch in holzbearbeitenden Betrieben zum Tragen kommen.

Zu Art. V Z. 24 lit.c (Anlage I Nr. 46 - Berufskrankheit):

Die geplante Erweiterung der Berufskrankheitenliste wird auch von der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt grundsätzlich begrüßt. Die Anstalt weist in ihrer Stellungnahme jedoch darauf hin, daß die in der Nr.46 angeführte Berufskrankheit in der Praxis nur sehr schwer festzustellen sein wird.

Nach Ansicht der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt gründet sich die Diagnose (chronische Sehnenscheidenentzündung) sehr häufig nur auf subjektive Angaben. Darüber hinaus ließe sich auch durch eindeutige Dokumentationsmethoden nicht immer feststellen, ob es sich dabei um einen ("privat" erworbenen) "Tennisarm" und eine (beruflich erworbene) Maschinschreibbehinderung (Computertastaturen!) handelt.

Die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt ersucht daher, **von einer Einbeziehung in die Berufskrankheitenliste zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch Abstand zu nehmen** und die Entwicklung des vorliegenden Krankheitsbildes zu beobachten. Auch die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter hat gegen die Bestimmung Bedenken ähnlicher Art geäußert.

Zu Art. V Z. 24 lit.c (Anlage I Nr. 47 - Zeckenkrankheit):

Nach Ansicht der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt könnte die unter der Nr.47 als Berufskrankheit einzuführende "Zeckenkrankheit" auch unter die Nr.39 der Berufskrankheitenliste subsumiert werden. Nach den Erläuterungen (siehe Seite 42) spräche dagegen jedoch der bei dieser Berufskrankheit gegebene Unternehmensbegriff. Im Hinblick darauf ist auch der vom Entwurf vorgeschlagene Weg diskutabel. Die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt erachtet es jedoch für unbedingt erforderlich, die Unternehmensbezeichnung auf "Unternehmen der Land- und Forstwirtschaft sowie auf ähnlich gefährdete Tätigkeiten" einzuschränken.

Zu Art. VII (Schlußbestimmung):

Das BGBl.-Zitat der 49. ASVG-Novelle müßte richtig "294/1990" (und nicht: "295/1990") lauten.

Zu Art. VIII (Aufteilung der Beträge für die Krankenversicherung der Pensionisten):

Gegen den Aufteilungsschlüssel wurden von der Vorarlberger Gebietskrankenkasse Bedenken erhoben. Ihre Einwände sind in dieser Stellungnahme zu Art.I Z.11 (§ 73 Abs.4 ASVG) festgehalten.