

**HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER**

A-1031 WIEN KUNDMANNGASSE 21 POSTFACH 800 DVR 0024279
VORWAHL Inland: 01. Ausland: +43-1 TEL. 711 32 / K. 1200 TELEFAX 711 32 3780

Zl. 12-42.01/00 Em/Er

Wien, 17. November 2000

An das
Bundesministerium für soziale
Sicherheit und Generationen

Stubenring 1
1010 Wien

Betr.: Novellenentwürfe zum ASVG,
GSVG, BSVG und B-KUVG

Bezug: Ihr Schreiben vom 31. Oktober 2000,
Zl. 21.119/30-1/2000
(eingelangt per e-mail am 3., im Original
am Fr., den 9. November 2000)

Sehr geehrte Damen und Herren!

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger gibt zu den Novellenentwürfen zum ASVG, GSVG und BSVG folgende Stellungnahme ab:

**Kostensteigernde und aufwandsvermehrnde Bestimmungen
werden ausdrücklich abgelehnt:**

Die Novelle enthält Bestimmungen, welche den derzeit geltenden Einsparungszielen widersprechen:

Bereits durch das SRÄG 2000 wurde mit der „Controlling-Gruppe“ ein **zusätzlicher Verwaltungskörper durch Gesetz geschaffen.**

Durch die Ergänzung der Bestimmungen über das Controlling-Management in § 32c ASVG wird **erhöhter Personal- und Verwaltungsaufwand** verursacht, ohne dass die geschäftsführenden Organe des Hauptverbandes darauf Einfluss nehmen könnten. Gleichzeitig soll aber nach § 588 Abs. 14 ASVG idF SRÄG 2000 der Ver-

- 2 -

waltungsaufwand eingefroren werden, was sehr wohl der Verantwortung dieser Organe unterliegen wird. Es sollten daher zumindest in § 588 Abs. 14 ASVG diese Kosten bei der Gesamtdeckelung der Verwaltungskosten außer Ansatz bleiben.

Zusätzliche Einnahmenverluste (auch des Bundes)
durch gesetzliche Maßnahmen:

Die Erläuterungen, wonach die Einführung einer dreitägigen Zahlungsaufschubsfrist (Respiro) in § 59 Abs. 1 ASVG „keine finanziellen Auswirkungen“ haben würde, sind falsch.

Bei Beitragseinnahmen der Sozialversicherung von derzeit ca. 350 Milliarden Schilling beträgt der Zinsausfall bei einer späteren Zahlung und bei nur 4 % Zinsen ca. **38 Millionen Schilling pro Kalendertag.**

Das betrifft – über den Bundesbeitrag zur Pensionsversicherung u. a. – proportional auch den Bund.

Ein zwingender Grund für die Maßnahme ist nicht ersichtlich. Immerhin regelt die BAO die Abfuhr von Steuern und Abgaben, die völlig anderer Natur als Sozialversicherungsbeiträge sind.

Während dem Steuer- bzw. Abgabepflichtigen aus der Abfuhr von Steuern und Abgaben keine Rechtsansprüche erwachsen, ist dies bei der Abfuhr von Sozialversicherungsbeiträgen sehr wohl der Fall. Von der Rechtsnatur her gesehen, besteht daher kein Grund, zwangsläufig einen gleichen Zahlungstermin vorzusehen bzw. die gleichen Rechtsfolgen an die Nichtzahlung bzw. die verspätete Zahlung zu knüpfen.

Auch kann bei der Einführung einer „Respirofrist“ von drei Tagen keineswegs die Rede von einer Gleichstellung sein. Immerhin sind im Gegensatz zum Einkommensteuergesetz, nach welchem die Lohnsteuer am 15. eines jeden Kalendermonats fällig ist, die Sozialversicherungsbeiträge am letzten Tag des Kalendermonates fällig, in den das Ende des Beitragszeitraumes fällt, sofern die Beiträge nicht vom Träger der Krankenversicherung dem Beitragsschuldner vorgeschrieben werden. Im letzteren Fall tritt die Fälligkeit sogar erst mit Ablauf des zweiten Werktages nach der Aufgabe der Beitragsvorschreibung zur Post ein.

- 3 -

Es ist daher auch in Zukunft weder eine Vereinheitlichung des Fälligkeitszeitpunktes gegeben noch ist der Fälligkeitszeitpunkt im ASVG und EStG gleich.

Bei den Sozialversicherungsbeiträgen ist aufgrund des unterschiedlichen Fälligkeitszeitpunktes für die Bezahlung **bereits jetzt eine „Respirofrist“ von 15 Tagen** gemäß § 59 Abs. 1 ASVG gegeben, zu welcher jetzt noch eine weitere von drei Tagen dazukommen soll. Von einer Gleichstellung kann daher keine Rede sein.

Abgesehen vom unterschiedlichen Fälligkeitszeitpunkt bei Vorschreibe- und Selbstabrechnerbetrieben ist es auch nicht so, dass Dienstgeber Zahlungen nur einmal oder zweimal im Monat zu leisten hätten, sondern laufend nach Anfall von Rechnungen. Eine Beschwer darin, dass Abgaben und Sozialversicherungsbeiträge zu unterschiedlichen Zeitpunkten einzuzahlen sind, kann daher nicht gesehen werden.

Wenn aber schon unbedingt eine „Gleichschaltung“ erfolgen soll, wäre der Sozialversicherung die Einhebung von Mahngebühren einzuräumen und jedenfalls höhere Verzugszinsen vorzusehen. Der heutige Verzugszinsensatz liegt oft unter den Kreditzinsen, sodass es billiger sein kann Beiträge zu schulden, als Kredite aufzunehmen.

Der Hauptverband hat dem Bundesministerium bereits mehrmals Vorschläge unterbreitet, welche die Einhebung von Beiträgen verbessern (siehe z. B. das Schreiben vom 11. Oktober 1999, Zl. 32-53.32:54.1/99 Ch/Mm).

Die Sozialversicherung hat im Übrigen bereit mehrfach angeboten, im Sinne einer Verwaltungsvereinfachung auch die Lohnsteuereinhebung zu übernehmen. Dies würde für den Bund auch bei einer Beteiligung an den Einhebungskosten jedenfalls nennenswerte Einsparungen bewirken.

Besondere Regelungen für Ärzte-Gruppenpraxen und Ordinationsnachfolge:

So sehr auch die Möglichkeit, Gruppenpraxen einzurichten, im Interesse der Patienten begrüßt wird:

Die Regelung für Gruppenpraxen der Ärzte, wie sie im Entwurf vorgeschlagen wird, ist abzulehnen, weil sie nicht der Verbesserung der Situation der Patienten dient, sondern sich vorwiegend an ärztlichen Standesinteressen orientiert.

- 4 -

Der vorgelegte Entwurf ist hinsichtlich seiner Auswirkungen auf das gesamte Gesundheitswesen unausgegoren und erweckt den Eindruck einer einseitigen Übernahme von Wunschvorstellungen ärztlicher Standesvereinigungen, nicht aber einer ausgewogenen Vorgangsweise unter Berücksichtigung von Patienteninteressen.

Der Hauptverband wendet sich nicht gegen die Einrichtung von Gruppenpraxen an sich, im Gegenteil: darüber bestehen seit Jahren Gespräche (auch mit der Ärztekammer), es besteht auch bereits ein Entwurf eines Rahmenvertrages.

Eine „Vertrags-Gruppenpraxis“ besteht in Oberösterreich bereits mit positiven Ergebnissen für Patienten, Ärzte und Sozialversicherung (siehe die Ausführungen zum „Modell Stadl/Paura“ auf S.33).

Die vorgeschlagenen Gesetzesänderungen sollten daher einer nochmaligen eingehenden Erörterung unterzogen werden.

Die Sozialversicherung ist gerne bereit, zu einer Lösung, die allen beteiligten Interessen dient, beizutragen.

Im Interesse des Patienten ist es wünschenswert, dass Angehörige verschiedener ärztlichen Fachrichtungen bzw. Gesundheitsberufe zusammenarbeiten. Hierdurch wäre eine „interdisziplinäre Versorgung“ des Patienten gewährleistet. Das würde dem Ziel der **Krankenanstaltenentlastung** wesentlich besser dienen als unzweckmäßige gesetzliche Regeln, die isoliert auf Ärzte abstellen.

Durch die vorgeschlagenen Änderungen wird die Entlastung der Krankenanstalten nicht erreichbar, wenn nicht sogar teilweise verhindert.

„Pragmatisierung“ von zusätzlichen Ärzten?

Der Kassenvertrag eines Arztes ist derzeit „unkündbar“ und nur bei schweren Vertragsverletzungen auflösbar (was jedoch in einem Verwaltungsverfahren angefochten werden kann). Dieser - weit über den Kündigungsschutz des Arbeitsrechts, geschweige denn die Regeln des Wirtschaftslebens hinausgehende - Schutz hat seine Wurzeln in der Situation der 50er-Jahre.

Die Regeln des Novellenentwurfes über die Vertragsbeziehungen zu Gruppenpraxen wollen diese Regeln übernehmen (§ 343 Abs. 4 ASVG). Gruppenpraxen

- 5 -

sind (wie der Entwurf vorsieht) jedoch als Personengesellschaften zu sehen, die unter gemeinsamer Bezeichnung („Firma“) nach außen ähnlich wie juristische Personen auftreten.

Der Entwurf schafft damit eine in Österreich einmalige Situation:

Unkündbare privatrechtliche Vertragsbeziehungen zu Personengesellschaften („juristischen Personen“).

In Österreich werden Arbeitnehmer „entpragmatisiert“ (vgl. zuletzt Vorarlberg), Personengesellschaften (Ärzte der Gruppenpraxen, de facto: Mitglieder juristischer Personen) sollen nach dem Entwurf aber „pragmatisiert“ werden.

Solche Regeln werden vom Hauptverband abgelehnt.


* * *

Details der Stellungnahme zu einzelnen Bereichen der Novelle bitten wir, den beiliegenden Ausführungen zu entnehmen.

Dem Hauptverband ist bewusst, dass die finanzielle Situation der sozialen Krankenversicherung Sparmaßnahmen verlangt. Dieses Bewusstsein sollte in den einschlägigen Gesetzesvorschlägen seinen Niederschlag finden. Maßnahmen, welche der Sozialversicherung (und damit dem Bund in der Pensionsversicherung) finanzielle Verluste verursachen, sind jedoch abzulehnen.

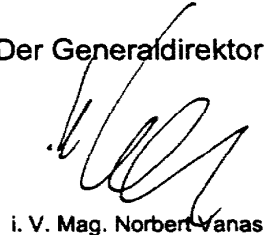
25 Exemplare dieser Stellungnahme werden dem Nationalrat übermittelt, ebenso Dateien per e-mail an die von Ihnen angegebenen Adressen.

Der Präsident:

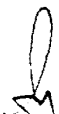


Hans Sallmutter

Der Generaldirektor:



i. V. Mag. Norbert Vanas



- 6 -

Stellungnahme des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger

zur

58. ASVG-Novelle

- 7 -

Zu Z 3, 4 (§§ 5 Abs. 1 Z 14 und 15, 7 Z 1 lit. e)

Die geplante Ausnahme von angestellten Rechtsanwälten sowie angestellten Geschäftsführern einer Ziviltechnikergesellschaft von der Pflichtversicherung in der Pensionsversicherung nach dem ASVG wird ausdrücklich abgelehnt. Die derzeitige Ausnahme der Rechtsanwaltsanwärter in § 5 Abs. 1 Z 8 geht davon aus, dass die Notwendigkeit einer Vollversicherung nicht besteht, weil es sich bei der Tätigkeit als Rechtsanwaltsanwärter um eine Vorbereitungstätigkeit für einen freien Beruf handelt.

Wird nach Zulassung eines Rechtsanwalts aber die Tätigkeit nicht in Form eines freien Berufes, sondern im Rahmen eines Dienstverhältnisses zu einem anderen Rechtsanwalt oder einer Rechtsanwaltsgemeinschaft ausgeübt, sollte der Eintritt der Vollversicherung weiterhin die daraus resultierende Konsequenz sein.

Die nunmehr angestrebte gesetzliche Regelung wäre jedenfalls für vergleichbare Sachverhalte präjudiziell. Wenn nämlich angestellte Rechtsanwälte bzw. Ziviltechniker aufgrund ihrer Pflichtteilnahme an einer Versorgungseinrichtung einer Rechtsanwaltskammer bzw. der Wohlfahrtseinrichtung der Bundeskammer der Architekten- und Ingenieurkonsulenten von der Pflichtversicherung in der Pensionsversicherung ausgenommen werden, könnten z. B. Ärzte, die ihren Beruf nicht als freien Beruf sondern im Rahmen eines Dienstverhältnisses als angestellte Ärzte ausüben, mit dem Argument der Pflichtmitgliedschaft zum Wohlfahrtsfonds der örtlich zuständigen Ärztekammer durchaus berechtigt ebenfalls die Ausnahme von der Pflichtversicherung in der Pensionsversicherung nach dem ASVG verlangen. Die hätte auf das Beitragsaufkommen in der Pensionsversicherung zweifellos erheblichen Einfluss.

Zudem bestehen verfassungsrechtliche Bedenken. Eine unterschiedliche Regelung gleich gelagerter Sachverhalte durch den einfachen Gesetzgeber würde nach der Judikatur des VfGH als Verletzung des in Art. 2 StGG und Art. 7 Abs. 1 B-VG verankerten Gleichheitsgrundsatzes zu werten sein.

Zu Z 13 (§ 31 Abs. 9 und 9a – Internet-Verlautbarung)

Dieser Vorschlag wird begrüßt, er trägt zur einfacheren Rechtsanwendung und zur Kostenersparnis bei.

Falls von anderen Stellen keine Einwände erhoben werden, wird ersucht, jedenfalls eine einjährige Vorlaufzeit einzuhalten, damit die technischen Vorarbeiten in verantwortungsvoller Weise (Genauigkeit, Sicherheit) abgewickelt werden können.

An Ergänzungen wird vorgeschlagen, auch andere Verlautbarungen im Internet vorzunehmen, so z. B.

- die Chipkarten-Verordnung nach § 31b Abs. 4 ASVG
- die Feststellungen nach § 49 Abs. 4 ASVG
- die Pauschalbeträge nach § 319a Abs. 2 ASVG
- die Integritätsrichtlinien nach § 213a Abs. 4 ASVG.

Vorgeschlagen wird folgende Formulierung:

xy. In § 31b Abs. 4, § 49 Abs. 4, § 319a Abs. 4, § 213a Abs. 4 ASVG wird die Formulierung »in der Fachzeitschrift „Soziale Sicherheit“« durch die Formulierung „im Internet“ ersetzt.

- 9 -

Zu Z 14 (§ 32c – Controlling-Management)

Diese Bestimmung wird abgelehnt, sie gehört zu jenen Regeln, die bereits in der Einleitung als unzweckmäßig und kostenaufwändig erwähnt werden.

Eine Klarstellung dahin, dass die aus dieser Vorgangsweise entstehenden Kosten – die vom an sich verantwortlichen geschäftsführenden Organ nicht beeinflusst werden können - außerhalb des „Spardeckels“ in § 588 Abs. 14 ASVG stehen, ist jedenfalls notwendig.

Der Gesetzgeber greift durch die Regelung in die Geschäftsführung der Vorstände (und damit in deren Haftungs- und Verantwortungsbereich) bzw. indirekt in das Kollektivvertragsrecht in einer Weise ein, die wegen ihres Detaillierungsgrades als Exzess gewertet werden muss.

Es wird dadurch freilich klargestellt, dass Unstimmigkeiten und Nachteile, welche den Versicherungsträgern und dem Hauptverband aus dieser Regelung entstehen, nicht von der Haftungsbestimmung der Mitglieder der geschäftsführenden Organe (§ 424 ASVG) umfasst sein können – die Verantwortung für die Ergebnisse dieser Regelung wird vom Gesetzgeber (Bund) wahrzunehmen sein.

Prinzipiell sollte daher der Satz „Der Hauptverband hat den Versicherungsträgern die Kosten des zur Verfügung gestellten Personals und der zur Verfügung gestellten Räumlichkeiten und Mittel zu ersetzen“ **entfallen**, zumal der Hauptverband auch keinerlei Einflussmöglichkeit über den Umfang der personellen und sachlichen Ausstattung hat.

Es sollte **zumindest** als Alternative vorgesehen werden, dass § 588 Abs. 14 zweiter Satz mit einer Z 4 ergänzt wird, um die Controllingkosten nicht auf die Höhe des allgemeinen Verwaltungs- und Verrechnungsaufwands des Hauptverbandes anzurechnen.

Dies gilt auch für die Kosten der Controllinggruppe und für die bereits in der Einleitung erwähnten zusätzlichen Funktionsgebühren.

Es ist einzusehen, dass Sparmaßnahmen zu treffen sind:

- 10 -

Zusätzliche Aufwendungen, die der Gesetzgeber selbst veranlasst, sind dann jedoch von den Sparvorgaben auszunehmen.

Vorschlag: § 588 Abs. 14, 2. Satz, Z 4 sollte lauten:

4. die Kosten des für die Controllinggruppe und deren Management zur Verfügung gestellten Personals und des erforderlichen Funktionsgebühren- und Sachaufwands

Im Übrigen erscheint es nicht sehr zielführend, dass als Dienstort für den jeweiligen Manager und sein ebenfalls dienstfrei gestelltes Personal der Sitz des Versicherungsträgers maßgebend sein soll, dem der dienstfrei gestellte Manager angehört. Da zwei Manager zwingend vorgeschrieben sind und auch bereits bestellt wurden, wobei der eine Versicherungsträger seinen Sitz in Wien und der andere Versicherungsträger seinen Sitz in Graz hat, ist damit eine Zweigleisigkeit vorprogrammiert, die nicht sehr sinnvoll erscheint.

Gegen eine weitere Tätigkeit des Managers als leitender Angestellter bzw. Mitglied des leitenden Dienstes des Versicherungsträgers bestehen überdies deswegen erhebliche Bedenken, weil der Betroffene im Zusammenhang mit der Prüfung/Evaluierung/ Steuerung der Gestion *seines* Versicherungsträgers durch das Monitoring/Controlling gemäß § 32b ASVG in einen unauflösbaren Interessensgegensatz (Treuepflicht gegenüber dem Träger, Verantwortlichkeit des Managements gegenüber dem Hauptverband) gerät.

Eine ausschließliche Verantwortlichkeit des Managements hinsichtlich seines aufgabenbezogenen Verhaltens der Controllinggruppe gegenüber, steht mit § 32a ASVG bzw. mit dem ersten Satz des § 32c ASVG nicht im Einklang, weil sich aus diesen Bestimmungen aufgrund der Bestellung eine Verantwortlichkeit gegenüber der Verbandskonferenz ergibt.

Die „Budgethoheit“ der Controllinggruppe für Belange des Managements steht im Widerspruch zu § 442a Abs. 2 Z 3 ASVG, wo der Verbandskonferenz das Recht zur Beschlussfassung über den Jahresvoranschlag (Haushaltsplan) eingeräumt wird.

Eine Beschäftigung von Bediensteten des Versicherungsträgers, dem der Manager entstammt, mit Aufgaben aus dem Bereich des Managements scheint insofern fragwürdig, als zwischen den MitarbeiterInnen des Managers beim Versicherungsträger und dem Hauptverband kein Verhältnis gegenseitiger Rechte und Pflichten be-

- 11 -

steht, sodass nicht gewährleistet wäre, dass diese Personen die Interessen des Hauptverbandes (z. B. Verschwiegenheit hinsichtlich sensibler Daten) beachten – speziell dann, wenn diese Interessen mit den Interessen des Versicherungsträgers nicht übereinstimmen oder zumindest nichts zu tun haben.

- 12 -

Zu Z 16 (§ 81 Abs. 2 – Errichtung oder Beteiligung von Sozialversicherungsträgern (Hauptverband) an Gesellschaften

Eine Flexibilisierung der Organisation der einzelnen Sozialversicherungsträger als auch des Hauptverbandes könnte grundsätzlich positiv erachtet werden.

Keinesfalls dürfen die einschlägigen Bestimmungen jedoch dazu führen, dass die Entscheidungskompetenz in zentralen Angelegenheiten des öffentlich-rechtlichen, aber auch des privatrechtlichen Wirkungsbereiches (Kernkompetenzen) an Außenstehende abgetreten wird.

Unklar ist weiters, ob eine entsprechende Errichtung oder Beteiligung an Stiftungen, Vereinen oder GmbHs, die der Verbesserung der Servicequalität dienen, von der Verwaltungskostendeckelung nach § 588 Abs. 14 ASVG ausgenommen ist, zumal der 2. Tatbestand in dieser Ziffer als Alternativtatbestand mit dem Wortlaut „oder der Erzielung von Einsparungen dient“, formuliert wurde. Da das Einsparungsziel des § 588 Abs. 14 leg. cit. nicht unterlaufen werden soll, sollten Serviceverbesserung und Einsparungen **kumulativ** vorgesehen werden. Das Wort „oder“ sollte durch „und“ ersetzt werden.

Im Übrigen sollte bei der Errichtung von Gesellschaften oder einer Beteiligung an solchen nicht nur die GmbH, sondern auch andere Gesellschaftsformen vom Gesetzgeber zugelassen werden, zumal die Sozialversicherung bei Beteiligungen eine bestehende andere Gesellschaft kaum zu einer Umgründung in eine GmbH veranlassen wird können.

Vorschlag: § 81 Abs. 2 hat zu lauten:

„(2) Zur Erfüllung der gesetzlich übertragenen Aufgaben, nicht jedoch zur Übertragung von Entscheidungskompetenz in grundlegenden Angelegenheiten, ist auch die Errichtung (Gründung) von oder die Beteiligung an Stiftungen, Vereinen, Fonds und Gesellschaften im Rahmen von Finanzierungs- und Betreibermodellen zulässig, wenn diese Maßnahmen zur Verbesserung der Servicequalität und zur Erzielung von Einsparungen geeignet erscheinen. Unter den gleichen Voraussetzungen ist die Beteiligung von natürlichen Personen oder Gesellschaften an Stiftungen, Vereinen, Fonds und Gesellschaften, die vom Versicherungsträger errichtet (gegründet) wurden, zulässig.“

- 13 -

Zu § 90 ASVG – zusätzlicher Vorschlag

Durch die Aufhebung der Bestimmung über das Gebühren einer Alterspension als Teilpension (§ 253 Abs. 2) kommt die Ausnahmeregelung des § 90 für solche Pensionen bei einer Alterspension nicht mehr zum Tragen.

Das hat zur Folge, dass ein während des Bezuges der Alterspension entstehender Krankengeldanspruch zum Ruhen der Pension gemäß § 90 ASVG führen würde. Dieses Ergebnis steht aber nicht im Einklang mit der Absicht des Gesetzgebers, die Ruhensbestimmungen bei der Alterspension vollständig entfallen zu lassen.

Wie bereits vorgeschlagen, wäre eine Änderung des § 90 ASVG in der Weise vorzunehmen, dass ein Krankengeldanspruch aus einer ab dem Stichtag der Alterspension ausgeübten versicherungspflichtigen Erwerbstätigkeit kein Ruhen der Leistung bewirkt. Diese Änderung sollte rückwirkend mit dem 1. Oktober 2000 in Kraft treten. Auf das von der Pensionsversicherungsanstalt der Angestellten an das BMSG gerichtete Schreiben vom 5. Oktober 2000, Präs. ZI. 458/00, wird verwiesen.

Zu § 104 Abs. 6 ASVG – zusätzlicher Vorschlag

Das Sozialversicherungsrecht sieht noch Geldzahlungen „im Wege der Postsparkasse“ vor.

Die Postsparkasse wurde privatisiert und im Herbst 2000 an die BAWAG verkauft.

Die Regelung des § 104 Abs. 6 ASVG in der derzeitigen Form wäre die Begünstigung eines Geldinstitutes und widerspricht daher dem Wettbewerbsrecht.

Überdies ist mit den heute ohnedies nur mehr eingeschränkt üblichen Barauszahlungen hoher Verwaltungsaufwand und spürbare Kostenbelastung verbunden.

Das Zahlungssystem sollte daher endgültig auf bargeldlose Anweisung umgestellt werden.

Es wird folgender Änderungsvorschlag unterbreitet:

§ 104 Abs. 6 ASVG soll lauten: *„Leistungen sind bargeldlos zu zahlen, solange der Empfänger nicht ausdrücklich eine Barauszahlung wünscht. In diesem Fall hat er die Mehrkosten dafür zu tragen.“*

- 15 -

Zu § 264 Abs. 5 Z 9 ASVG

Mit dem ab dem 1. Oktober in Kraft getretenen Bundesbahn-Pensionsgesetz (BB-PG) ist die Bundesbahn-Pensionsordnung 1966, BGBl. Nr. 313, außer Kraft getreten. Die Zitierung der Z 9 sollte daher richtig lauten:

„auf Grund des Bundesbahn-Pensionsgesetzes, BGBl. I Nr. 95/2000,“

- 16 -

Zu Z 36 und 80 (§ 292 Abs. 2a und § 590 Abs. 5)

Die vorgeschlagene Änderung soll nur für Versicherungsfälle gelten, in denen der Stichtag nach dem 31. Dezember 2000 liegt. Dieser Praxisänderung liegt die Absicht zu Grunde, bereits laufende AZ-Ansprüche nicht zu schmälern.

Sie hat aber auch zur Folge, dass die Anrechnung einer zweiten Pension mit dem Nettowert dann vorzunehmen ist, wenn die Ausgleichszulage erstmals nach dem 31. Dezember 2000 gebühren würde und der Stichtag der anzurechnenden Leistung vor dem 1. Jänner 2001 liegt. Dafür gibt es jedoch keine sachliche Begründung.

Der Wortlaut des § 590 Abs. 5 sollte daher wie folgt lauten:

„Die Bestimmungen des § 292 Abs. 2a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. xxx/xx sind in jenen Fällen anzuwenden, in denen ein Anspruch auf Ausgleichszulage erstmals nach dem 31. 12. 2000 vorliegt oder neuerlich entsteht.“

- 17 -

Zu Z 37 (§ 294 Abs. 1 und Abs. 2)

Die Neuregelung der Ermittlung des Unterhaltsanspruches beruht auf dem Erkenntnis des VfGH vom 17. Juni 2000, G 26/00 - 7, mit dem die pauschale Anrechnung von Unterhaltsbeiträgen getrennt lebender Ehegatten als verfassungswidrig aufgehoben wurde. An die Stelle der bisherigen Regelung sollen in Anlehnung an das Unterhaltsrecht und dessen Judikatur als Unterhaltsanspruch pauschal 40 Prozent des Familieneinkommens abzüglich des eigenen Einkommens treten.

Diese Regelung wäre auch in § 76 Abs. 3 ASVG zu übernehmen, um eine einheitliche Rechtslage zu schaffen.

Die vorgeschlagene Regelung soll nicht nur für die getrennt lebenden sondern auch für die geschiedenen Ehegatten gelten, was allerdings im Widerspruch zum vorletzten Absatz auf Seite 18 der Erläuterungen steht.

Nicht berücksichtigt wurde, dass der Ehegattenunterhalt nach den Kriterien der Rechtsprechung höchstens 33 Prozent des Nettoeinkommens des Unterhaltsverpflichteten betragen darf. Bei erheblichen Einkommensunterschieden würde es daher zu einer Anrechnung von Pauschalbeträgen kommen, die über dem Höchstausmaß des Unterhaltsanspruches liegen würden. Die Bestimmung des § 294 Abs. 3 zweiter Satz würde sich nur bedingt auswirken, weil der Unterhaltsberechtigte zunächst auf dem Zivilrechtsweg die Aussichtslosigkeit seiner Unterhaltsforderung im anzurechnenden Ausmaß feststellen lassen müsste. Es sollte daher auch die erwähnte Obergrenze in den § 294 Abs. 1 aufgenommen werden.

Die Neuregelung soll rückwirkend mit 1. 8. 2000 in Kraft treten (obwohl dafür zumindest hinsichtlich der Fälle gem. § 294 Abs. 1 lit b und c keine zwingende Notwendigkeit besteht).

Da die neue Berechnungsmethode auch zur Erhöhung des pauschalen Unterhaltsbetrages führen kann, kann es dadurch zu Überzahlungen kommen.

Es erscheint aber überhaupt bedenklich, laufende Ausgleichszulagen bei unverändertem Sachverhalt zu vermindern.

Das Problem könnte dadurch gelöst werden, dass die Anwendung der Neuregelung auf laufende Ausgleichszulagen nur über einen Antrag vorgesehen wird, der

- 18 -

bei negativen Auswirkungen zurückgezogen werden könnte. Dessen ungeachtet ist eine Neufeststellung unter Beachtung der neuen Unterhaltsberechnung jedenfalls vorzunehmen, wenn es zu einer Änderung des Sachverhaltes (mit Ausnahme der jährlichen Pensionsanpassung) kommt und es für den Versicherten günstiger ist.

Neuerliche Verfassungswidrigkeit?

Wenngleich durch das Erkenntnis des Verfassungsgerichtshofes vom 17. Juni 2000, G 26/00-7 eine Novellierung erforderlich geworden ist, scheint im Entwurf mit der beabsichtigten Regelung, die im Übrigen vorher nicht mit dem Hauptverband und den Pensionsversicherungsträgern besprochen wurde, neuerlich eine Verfassungswidrigkeit vorzuliegen.

Der Verfassungsgerichtshof hat nämlich in diesem Anlassfall die Pauschalierungshöhe bei getrennt lebenden Ehegatten für Unterhaltsleistungen als realitätsfremd verworfen und daher den Tatbestand des § 294 Abs. 1 lit. a (Ehegatte, der mit dem Pensionsberechtigten nicht im gemeinsamen Haushalt lebt) – Anrechnung von 25 % beim Nettoeinkommen des Pensionisten – ersatzlos aufgehoben.

Die Erläuterungen zum Novellierungsvorschlag stützen sich auf die Durchschnittsbetrachtung, die sowohl der Verfassungsgerichtshof als auch die Judikatur zum Unterhaltsrecht zulässt, um administrativ einfacher vorgehen zu können.

Der neuerliche Pauschalierungsversuch geht aber bei weitem über dieses Ziel hinaus und würde noch größere Härten im Einzelfall bewirken. Davon gehen leider auch die finanziellen Erläuterungen aus, die Einsparungen erblicken.

Das folgende Beispiel verdeutlicht die Schwäche des Entwurfs, die vor allem von der Sozialversicherungsanstalt der Bauern aufgezeigt wurde:

z. B. Teilzeitarbeiterin, Kleingewerbetreibende oder Bäuerin:

Betroffene:	Pension	S 2.000	
Ehemann	Pension	S 20.000	
Bisherige Anrechnung:		S 5.000	bei getrennt lebenden Ehepartnern
		S 2.500	bei geschiedenen Ehepartnern

Neue Anrechnung in beiden Fällen: S 6.800 !

- 19 -

Da es sich bei diesem Personenkreis ohnedies um **sehr schwache Einkommensbezieher** handelt, sollte in § 294 Abs. 1 lit. a bis c ein **einheitlicher Anrechnungsprozentsatz von 12,5 %** vorgesehen werden. Dies sollte auch für die Parallelbestimmungen des § 151 Abs. 1 GSVG und des § 142 Abs. 1 BSVG gelten.

Im Abs. 2 sollte weder im ASVG noch im GSVG und BSVG eine Änderung vorgenommen werden.

- 20 -

Zu § 442a Abs. 3 ASVG:

Die Verbandskonferenz kann in bestimmten Fällen Geschäfte des Hauptverbandes selbst führen.

Allerdings hat sie nach der geltenden Rechtslage nicht jene Möglichkeiten, die dem Vorstand zur Verfügung stehen:

Sie kann im Rahmen dieser Geschäftsführung keine Ausschüsse gründen.

Im Zusammenhang mit dem Projekt „PV-Data“ hat sich gezeigt, dass es sehr sinnvoll wäre, Ausschüsse bilden zu können, was die zutreffenden Gesetzesstellen nicht explizit vorsehen.

Deshalb wird vorgeschlagen, die Regelung des § 442c Abs. 1 letzter Satz ASVG auch für die Verbandskonferenz gelten zu lassen.

- 21 -

Zu Z 71 (§ 447g Abs. 6 ASVG)

Es wird folgende Formulierung vorgeschlagen: „Der Hauptverband hat **am 23. eines jeden Kalendermonates ...**“

Begründung: Insgesamt wird mit dieser Novellierung wieder zur alten Rechtslage zurückgekehrt. Die Formulierung „nach dem 20.“ hat in der Vergangenheit immer wieder zu Interpretationsproblemen unter den Pensionsversicherungsträgern bzw. dem Hauptverband geführt. Die fixe Datumsangabe hat sich bewährt und sollte beibehalten werden.

- 22 -

Zu § 588 Abs. 4 ASVG

In dieser Bestimmung wird auf § 108f Abs. 3 Bezug genommen. Dieser Absatz wurde jedoch aufgehoben. Die Verweisung müsste sich daher richtig auf § 108f Abs. 2 beziehen.

Zu § 588 Abs. 14 – Einsparungsvorschlag, gesetzliche Regelung notwendig

Als eine mögliche Maßnahme zur Senkung der Verwaltungskosten hat die Pensionsversicherungsanstalt der Angestellten bei der Besprechung des Arbeitskreises Pensionsversicherung am 4. 10. 2000 im Hauptverband Folgendes angeregt:

Es sollte eine Änderung des § 238 ASVG in der Richtung durchgeführt werden, dass bei der Ermittlung der „besten 15 Jahre“ für die Bildung der Pensionsbemessungsgrundlage im Regelfall nur die Beitragsgrundlagen ab dem 1. 1. 1972 (Beginn der EDV-Datenspeicherung) herangezogen werden.

Die Anforderung, Verarbeitung und Nachspeicherung der bei den Krankenkassen archivierten älteren Beitragsgrundlagen sind bei weitem die aufwändigsten Komponenten des Pensionsfeststellungsverfahrens.

Die großteils händisch geführten Aufzeichnungen sind oft kaum mehr leserlich, die dem 30 bis 50 Jahre alten Datenmaterial zu Grunde liegenden unterschiedlichsten Logistiken sind nur noch mühsam nachvollziehbar, das Umrechnen der täglichen, wöchentlichen und monatlichen Beitragsgrundlagen in die für die Datenergänzung erforderliche Form ist zeitraubend und fehleranfällig.

Es handelt sich somit um einen Prozess, der nicht in eine moderne, technologisch orientierte Verwaltung passt und dem Ziel einer vollautomatischen Pensionsberechnung noch auf Jahre hinaus entgegensteht. Dazu kommt, dass sich die aufwändig ermittelten Daten schließlich nur sehr selten auf die Bemessungsgrundlage auswirken und dann meistens nur in einem marginalen Ausmaß.

Zur sozialen Komponente ist zu bemerken, dass seit dem 1. 1. 1972 bereits ein Zeitraum von beinahe 30 Jahren liegt, das entspricht im Regelfall drei Viertel des Erwerbslebens.

- 23 -

Es erscheint daher zumindest diskussionswürdig, ob bei einem nicht kapitalgedeckten Versorgungssystem die Pensionshöhe von Beitragszahlungen beeinflusst werden soll, die in der ersten Zeit der Erwerbstätigkeit geleistet wurden und noch dazu in der Weise, dass nur „die Rosinen herausgepickt“ werden.

Eine Variante wäre auch eine Regelung in der Richtung, dass auf Beitragsgrundlagen vor 1972 nur dann zugegriffen wird, wenn ab diesem Zeitpunkt weniger als 20 Beitragsjahre vorliegen.

Der Entfall der derzeit erforderlichen Archivarbeiten dürfte auch bei den Krankenkassen zu einer nicht unwesentlichen administrativen Entlastung und damit zu Einsparungen bei den Verwaltungskosten führen.

Zur Bereinigung der Bestimmung:

Die mit dem Sozialrechts-Änderungsgesetz 2000 beschlossene Verwaltungskostendeckelung in § 588 Abs. 14 ASVG soll nunmehr formal bereinigt werden.

Die erläuternden Bemerkungen begründen dies mit einer ungewollten Einschränkung der gesetzlich normierten Nichtberücksichtigung von Vergütungen für die Mitwirkung an fremden Aufgaben.

Ebenso zu berücksichtigen wäre, dass nicht nur die (hauptsächlich im EDV-Bereich angesiedelten) „Standardprodukte“, sondern jedenfalls alle Maßnahmen, welche zu einer Kosteneinsparung führen (sogenannte „Holding-Aufgaben“ beim Hauptverband), durch die Deckelungsbestimmung nicht beeinträchtigt werden dürften.

Ansonsten würde es das Sparziel verhindern, dass längerfristig wirksame Einsparungsmöglichkeiten wahrgenommen werden, weil z. B. notwendige Anfangsinvestitionen verhindert würden.

Nach der Stammfassung des § 588 Abs. 14 sind gemäß Z 1 und 2 auch unabdingbare Entwicklungs- und Implementierungskosten in Vorwegnahme einer mittelfristig zu erwartenden **Effizienzsteigerung** außer Ansatz zu lassen.

Nach unserer Meinung sollte § 588 Abs. 14 noch zusätzlich eine im Zusammenhang mit den inhaltlichen Änderungen der gegenständlichen Novelle stark korrespondierende Ergänzung dahingehend erfahren, dass notwendige Personal- und

- 24 -

Sachkosten zum Zwecke der grundsätzlichen Einrichtung oder Intensivierung von Vertragspartnerkontrollen ebenfalls außer Ansatz zu bleiben hätten.

Es wäre sonst ist die latente Gefahr gegeben, dass aus Gründen der Verwaltungskostendeckelung einschlägige Maßnahmen zurückgenommen bzw. insgesamt eingestellt werden müssen.

- 25 -

Zu Z 80 (§ 590 Abs. 4)

Die Bestimmungen des ASVG über die Wartezeit für die Berufsunfähigkeitspension wurden durch das Strukturanpassungsgesetz 1996 nicht geändert. Das für die Wartezeit der vorzeitigen Alterspension wegen geminderter Arbeitsfähigkeit für Frauen eines bestimmten Alters geltende günstigere Ausmaß von 120 Monaten (vgl. die Übergangsbestimmung des § 563 Abs. 21) wurde jedoch durch die Aufhebung des § 253d ASVG für Stichtage ab dem 1. Juli 2000 obsolet.

Nach den Erläuterungen soll durch die vorgeschlagene Übergangsbestimmung des § 590 Abs. 4 für diese Fälle die seinerzeit günstigere Wartezeit auch für Berufsunfähigkeitspensionen gelten. Das wird aber mit dem Verweis auf § 236 in der bis zum 31. August 1996 geltenden Fassung nicht erreicht, weil die günstigeren Bestimmungen für die vorzeitigen Alterspensionen wegen geminderter Arbeitsfähigkeit auch nach diesem Rechtsstand nicht für Berufsunfähigkeitspensionen gelten.

Außerdem ist der Klammerausdruck „(§ 255 Abs. 4)“ nicht passend, da dieser nicht die Invaliditätspension sondern eine Sonderform der Invalidität regelt.

Daher müsste die Bestimmung lauten:

„Auf weibliche Versicherte, die am 1. September 1996 das 55. Lebensjahr bereits vollendet haben, sind zur Erfüllung der Wartezeit für eine Invaliditäts(Berufsunfähigkeits)pension bei Vorliegen von Invalidität gem. § 255 Abs. 4 die Bestimmungen des § 236 Abs.1 Z 2 lit. b in der am 31. August 1996 in Geltung gestanden Fassung anzuwenden.“

1. Zu den Bestimmungen des Entwurfes betreffend das Ärzte- und Vertragspartnerrecht (§§ 338 ff ASVG usw.):

Dieser Teil der Stellungnahme betrifft die Bereiche:

- Vertragliche Beziehungen zu den Gruppenpraxen
- Auswahl der Vertragsärzte
- Nachfolgepraxis
- Verschärfung des Kündigungsschutzes
- Entfall Selbstbehalt klinisch-psychologische Diagnostik/Beibehaltung bei Psychotherapie

Die Bemerkungen zum ASVG gelten sinngemäß für die Parallelbestimmungen in den Entwürfen zum BSVG, GSVG sowie B-KUVG.

Die Gesetzesänderungsvorschläge stellen teilweise **massive Eingriffe in das Gleichgewicht der Interessen zwischen Patienten (deren Versicherung) und Behandlern (Ärzten, Gesundheitsberufen)** dar.

1.1. Vorbemerkungen zu den Bestimmungen über Gruppenpraxen (§§ 338 ff. ASVG)

1.1.1. Ziele der Sozialversicherung

Die Ziele der Sozialversicherung im Zusammenhang mit Gruppenpraxen¹ sind folgendermaßen zusammenzufassen:

Vorangestellt wird nochmals, dass die Sozialversicherung Gruppenpraxen nachdrücklich begrüßt. Um die Gruppenpraxis als sinnvolle Gesundheitseinrichtung in das Versorgungsnetz zu implementieren, müssen aber Rahmenbedingungen im Sinne einer qualitativen und quantitativen Verbesserung der ambulanten Gesundheitsversorgung gelten bzw. geschaffen werden.

¹ Die Stellungnahme basiert hinsichtlich der berufsrechtlichen Fragen bzw. Voraussetzungen auf dem Entwurf der 2. Ärztegesetznovelle. Die Stellungnahme zur 58. ASVG Novelle geht damit von der Prämisse aus, dass die Gruppenpraxis aufgrund des Entwurfes der 2. Ärztegesetznovelle dem Patienten und somit auch der Kasse gegenüber als **Aussengesellschaft** auftreten kann.

- 27 -

Einleitend wird daher auf die Vorstellungen bzw. auf die Ziele der Sozialversicherung eingegangen, die mit sinnvollen Rahmenbedingungen für den Bereich Gruppenpraxen verbunden sind. Die weitere Stellungnahme bzw. die weiteren Anmerkungen basieren auf diesen Zielvorstellungen.

- a) Es ist wesentlich, dass die Zusammensetzung und die Niederlassung einer Gruppenpraxis medizinisch und organisatorisch sinnvoll erfolgt.
- b) **Patienteninteressen** müssen im Vordergrund stehen. Angesprochen sind beispielsweise **längere Praxisöffnungszeiten** sowie Verringerung der Weg- und Wartezeiten, ferner die Verpflichtung der Gruppenpraxis, an **Bereitschaftsdienstregelungen** mitzuwirken.
- c) Gruppenpraxen werden qualitativ (Fachrichtungen) und quantitativ (Anzahl der Ärzte) unterschiedlich zusammengesetzt sein und werden unterschiedliche Versorgungsschwerpunkte haben. Dies bedingt, dass die Möglichkeit der **Vertragsgestaltung** zwischen Gruppenpraxis und Krankenversicherungsträger flexibel gehalten werden muss.
- d) Die Gruppenpraxis kann kostengünstiger arbeiten als die Einzelordination. Diese **Kostenvorteile** müssen (teilweise) über die Tarife an die Krankenkasse (und somit an die sozialversicherten Patienten) weitergegeben werden.
- e) Der **Vorrang der Einzelpraxis** soll gewahrt bleiben. Die Gründung von Gruppenpraxen darf für Angehörige von Gesundheitsberufen, die in der Einzelordination arbeiten, nicht zu übermäßiger Konkurrenz führen.

1.1.2. Isolierte ärztliche Gruppenpraxen bringen keinen Fortschritt

Die in der Novelle vorgesehene isolierte Regelung für ärztliche Gruppenpraxen trägt diesen Kriterien nicht Rechnung und beschränkt den Fortschritt im Gesundheitswesen, der wesentlich darauf beruht, dass Mitglieder verschiedener Gesundheitsberufe im Interesse des Patienten zusammenarbeiten, anstatt jeder für sich nur den eigenen Bereich zu behandeln.

Die Gruppenpraxis kann nur dann Fortschritte bringen, wenn alle selbstständig ausübenden Gesundheitsberufe einbezogen werden.

Einer modernen, flexiblen Versorgung - vgl. holländische oder deutsche Ansätze - kann durch die im Entwurf vorgesehene Beschränkung auf Ärzte bzw. eine isolierte Gruppenpraxisregelung nur für Ärzte nicht erreicht werden.

1.1.3. Steuerliche Situation ist nicht berücksichtigt

Für die Gruppenpraxen in der im Entwurf vorgeschlagenen Regelung sind steuerrechtliche Begleitmaßnahmen erforderlich, damit auch deren Umsätze nach § 6

Abs. 1 Z 19 Umsatzsteuergesetz steuerbefreit sind.

Neue Formen freiberuflicher Erwerbstätigkeit bedürften auch entsprechender Berücksichtigung im Steuerrecht.

Eine Harmonisierung der vorgeschlagenen Regelungen mit dem Steuerrecht (auch dem GSBG) ist dringend notwendig.

1.1.4. Finanzierbarkeit für die Krankenversicherung

Die Regelungen wurden ohne Rücksicht auf finanzielle Belange der gesetzlichen Krankenversicherung vorgeschlagen und würden die angespannte finanzielle Situation noch weiter verschärfen.

1.2. Zu einzelnen Bestimmungen des Entwurfes zur Gruppenpraxis

1.2.1. Kostenerstattung (§§ 131 und 131a ASVG)

Die Bestimmung, dass bei der Kostenerstattung für Wahlgruppenpraxen die „entsprechende Vertragsgruppenpraxis“ herangezogen werden soll, ist in vielen Fällen nicht vollziehbar, da Gruppenpraxen unterschiedlichst zusammengesetzt sein werden. Es wird oft nicht der Fall sein, dass sich im Bundesland eine Wahlgruppenpraxis und eine Vertragsgruppenpraxis in identer Zusammensetzung befinden. Es sollte daher die „entsprechende Vertragsgruppenpraxis“ im Gesetz genau definiert werden (vgl. § 30 Abs. 4 Musterkrankenordnung).

Es müsste jedenfalls klargestellt werden, dass kein Kostenersatz gebührt, wenn ein nur approbierter Arzt² in der Gruppenpraxis tätig ist.

Hinsichtlich der Anwendung des § 131a ASVG auf den Kostenersatz bei Inanspruchnahme einer Wahlgruppenpraxis muss klargestellt werden, dass diese Bestimmung nur dann greift, wenn vertragliche Regelungen zu Gruppenpraxen (schon) bestanden haben.

² Das sind Ärzte, die zwar (in der EU) medizinisch ausgebildet wurden, deren Ausbildung jedoch (z. B. mangels ausreichender Praxis) nicht bzw. noch nicht zu einer Tätigkeit als Arzt für Allgemeinmedizin oder als Facharzt ausreicht, vgl. § 44 ÄrzteG 1998.

- 29 -

1.2.2. Regelung der Beziehungen zu Gruppenpraxen durch ärztliche Gesamtverträge (§ 341 ASVG)

Die beabsichtigte Regelung durch Gesamtvertrag ist aus folgenden Gründen verfehlt:

1.2.2.1. Gruppenpraxen sind nach Ansicht des VfGH Krankenanstalten im Sinne des KAG

Ärztliche Zusammenarbeitsformen in Gestalt der Gruppenpraxis werden im Zusammenhang mit dem gegenständlichen Gesetzesentwurf ärztlichen Ordinationsstätten gleichgestellt.

Dies ist allerdings im Hinblick auf die Kompetenzartikel in der Bundesverfassung verfehlt. **Bei Gruppenpraxen handelt es sich nach der Judikatur des Verfassungsgerichtshofes eindeutig um „Heil- und Pflegeanstalten“.** Dies geht aus Stellungnahmen der Bundesregierung sowie aus der Literatur klar hervor:

Der Verfassungsgerichtshof hat sich im Erkenntnis vom 1. März 1996, G 1277, 1280/95 ausführlich mit der gegenständlichen Thematik beschäftigt. Unter anderem führte der Verfassungsgerichtshof aus: „Die in Prüfung gezogene Vorschrift untersagt nämlich nicht nur die Bildung von Ärztesellschaften, welche in Wirklichkeit Heil- und Pflegeanstalten sind, sondern auch – und nur darum geht es – die Bildung von Gesellschaften bloß zum Zweck der Errichtung und zum – technischen – Betrieb von Ordinations- und Apparategemeinschaften“.

Zum gleichen Ergebnis kommt man, wenn man die Erwägungen des Verfassungsgerichtshofes im Erkenntnis vom 7. März 1992, G 198, 200/90 u. a. zu Grunde legt. Der Verfassungsgerichtshof hat in diesem Erkenntnis zum Ausdruck gebracht, dass typisches Merkmal für eine „Heil- und Pflegeanstalt“ **das Vorliegen eines (Behandlungs-)Vertrages (welcher Art immer) mit dem Träger der Einrichtung ist.**

Der Behandlungs- bzw. der Kassenvertrag soll nunmehr zwischen Patient bzw. Krankenversicherungsträger und **Träger der Gruppenpraxis** abgeschlossen werden, **Gruppenpraxen wären somit Krankenanstalten.**

- 30 -

Die sich aus dem VfGH-Erkenntnis an der Schnittstelle von Ärzte- und Krankenanstaltenrecht notwendigen Schritte bzw. Gesetzesänderungen wären **nochmals eingehend zu erörtern**.

1.2.2.1.1. Standpunkt der Bundesregierung

Die Bundesregierung hat in ihrer Stellungnahme im zitierten VfGH-Verfahren ausführlich dargestellt, ob gesetzliche Regelungen hinsichtlich Ärztesellschaften, die ihren Patienten gegenüber in Erscheinung treten, auf Basis des Kompetenztatbestandes „Gesundheitswesen“ erfolgen können.

Hiebei wurde geprüft, ob in am 1. Oktober 1925 (Versteinerungszeitpunkt hinsichtlich dem Kompetenztatbestand Gesundheitswesen) geltenden Bestimmungen über die Ausübung des ärztlichen Berufes Regelungen über solche Gesellschaften enthalten waren (siehe Seite 9 des Erkenntnisses). Die Bundesregierung hat festgehalten, dass ärztegesetzliche Regelungen, die weder die selbstständige noch die eigenverantwortliche oder die persönlich und unmittelbare Berufsausübung beseitigen, die äußerste Grenze einer auf den Kompetenztatbestand „Gesundheitswesen“ gemäß Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG gestützten Regelung darstellen. Gemeint waren ärztegesetzliche Regelungen, die sich auf Zusammenarbeitsformen beziehen, die **nicht** im Behandlungsverhältnis und somit dem Patienten gegenüber **nach aussen hin** auftreten.

1.2.2.2. *Dentisten sind in Gruppenpraxen einbezogen*

Nach dem Entwurf der 2. Ärztesetznovelle können an ärztlichen Gruppenpraxen auch Dentisten beteiligt ein. Auch aus diesem Grund kann keine (alleinige) Kompetenz der Ärztekammer zum Gesamtvertragsabschluss bestehen.

1.2.2.3. *Gruppenpraxen haben unterschiedliche Zusammensetzungen bzw. Strukturen*

Gruppenpraxen werden unterschiedlich zusammengesetzt sein und werden unterschiedliche Versorgungsschwerpunkte haben. Dies bedingt, dass die Möglichkeit der Vertragsgestaltung zwischen Gruppenpraxis und Krankenversicherungsträger flexibel gehalten werden muss. Bei der Vertragsgestaltung zwischen Gruppenpraxis und Krankenkasse muss auf die Individualität der Gruppenpraxis Rücksicht genommen werden können.

- 31 -

Auch aus diesem Grund ist eine Regelung durch Gesamtvertrag ungeeignet bzw. verfehlt.

Regelungsinstrumente können nur Direktverträge bzw. Einzelverträge zwischen Kasse und Gruppenpraxis sein. Es wäre aber denkbar, dass im Zuge von Rahmenverträgen mit der gesetzlichen Interessenvertretung Grundzüge geregelt werden.

Ein solcher Rahmenvertrag wurde 1997-99 zwischen HV und ÖÄK verhandelt und liegt im Entwurf vor.

1.2.2.4. Notwendigkeit eines eigenen Gruppenpraxengesamtvertrages

Abgesehen davon, dass eine Regelung durch Gesamtvertrag ungeeignet ist – siehe oben – wäre in § 341 ASVG eindeutig klarzustellen, dass – wenn überhaupt – es sich bei einem Gruppenpraxengesamtvertrag um einen *eigenen* Gesamtvertrag und nicht um die Ergänzung der bisherigen Gesamtverträge handelt.

Da in einer richtigen Regelungssystematik keine Beziehung zum „Vertragspartnerrecht Einzelarzt“ besteht, sollten die angesprochenen Direktverträge bzw. Einzelverträge zwischen Kasse und Gruppenpraxis in einem eigenen 4. Abschnitt des 6. Teils des ASVG geregelt werden.

1.2.3. Notwendige Vorgaben des Gesetzgebers für die Vertragsgestaltung

Der Hauptverband hält es für zwingend erforderlich, dass im ASVG Vorgaben des Gesetzgebers hinsichtlich der Gestaltung der Gruppenpraxenverträge erfolgen, die Weiterentwicklungen im Interesse der Patienten initiieren.

Insbesondere sind die nachfolgenden Aspekte angeführt. Hiezu ist anzuführen, dass im Sommer 1995 Entwürfe eines Gruppenpraxengesetzes (Berufsrecht) sowie entsprechende ASVG-Änderungen in Begutachtung gegangen sind.

Die vorgeschlagenen Elemente waren zum grossen Teil im Entwurf 1995 für ASVG-Änderungen enthalten. Die entsprechenden Bestimmungen sollten aus dem damaligen Entwurf in die 58. ASVG Novelle übernommen werden.

1.2.3.1. Bedarfsbezogene Vergabe von Kassenverträgen

Kassenverträge an Gruppenpraxen sollen **bedarfsbezogen** und primär zur Schließung von Versorgungslücken vergeben werden.

1.2.3.2. Weitergabe von Kostenvorteilen

Die Gruppenpraxis kann kostengünstiger arbeiten als die Einzelordination. Diese **Kostenvorteile** müssen (teilweise) über die Tarife an die Versicherung (und somit an die sozialversicherten Patienten) weitergegeben werden.

1.2.3.3. Vertragsparallelität

Die Tätigkeiten als Vertragsarzt und als Arzt in einer Gruppenpraxis sind zu harmonisieren. Entweder werden beide Tätigkeiten im Rahmen eines Kassenvertrages oder im „Privatbereich“ ausgeübt. Ansonsten käme es zu für den **Patienten unzumutbaren Unklarheiten** bzw. Schwierigkeiten. Beispiel: Ein Patient nimmt einen Kassenarzt in einer Einzelordination auf Krankenschein in Anspruch - er muss nichts bezahlen. Dieser Kassenarzt weist ihn an eine Gruppenpraxis ohne Vertrag zu, in der er tätig ist - der Patient müsste für Leistungen, die der Arzt im Rahmen der Gruppenpraxis erbringt, bezahlen.

1.2.3.4. Keine Privathonorare in Vertragsgruppenpraxen

Nimmt ein sozialversicherter Patient eine Gruppenpraxis mit Kassenvertrag in Anspruch, darf von der Gruppenpraxis kein Privathonorar verlangt werden.

1.2.3.5. Vertragsabschluss nur mit einer Gruppenpraxis in Rechtsform einer Offenen Erwerbsgesellschaft

Die 2. Ärztegesetznovelle sieht vor, dass Gruppenpraxen auch in Form einer Kommanditerwerbsgesellschaft betrieben werden können. Dies ist insbesondere deshalb abzulehnen, da es zu einer finanziellen Auszehrung der Gruppenpraxis kommt, die aus öffentlichen Geldern (Kassenbeiträgen) wettgemacht werden muss. Es soll daher vorgesehen werden, dass nur eine Gruppenpraxis in Rechtsform einer Offenen Erwerbsgesellschaft auf Kassenkosten tätig werden kann.

1.2.3.6. Zustimmungspflicht des Versicherungsträgers bei wesentlichen Änderungen in der Vertragsgruppenpraxis

Erweiterungen der Vertrags-Gruppenpraxis führen in der Regel zu erheblichen finanziellen Mehrbelastungen für den Versicherungsträger. Die zukünftige Aufnahme von Gesellschaftern in die Vertrags-Gruppenpraxis

- 33 -

muss daher unbedingt von der Zustimmung des Krankenversicherungsträgers abhängig gemacht werden. Darüber hinaus wäre ein solches Zustimmungsrecht auch bei allen zukünftigen Veränderungen der Gruppenpraxis vorzusehen, die auch in die Rechtspositionen der Krankenversicherungsträger eingreifen (etwa eine Änderung in der fachlichen Zusammensetzung der Gruppenpraxis).

1.2.4. Erfahrungen aus Pilotprojekten der Sozialversicherung sollen bei einer gesetzlichen Regelung berücksichtigt werden - das Projekt Stadl/Paura und andere Projekte:

Einige Gebietskrankenkassen haben im Rahmen von Pilotprojekten (unter Ausschöpfung der derzeitigen Rechtslage) Gruppenpraxenverträge abgeschlossen. Im Rahmen dieser Projekte wurden eine bessere Patientversorgung (erweiterte Öffnungszeiten) erreicht und alternative Honorierungsformen (Pauschalhonorierung) vereinbart. Die Erfahrungen waren positiv.

Im vorliegenden Zusammenhang wird insbesondere auf ein Pilotprojekt der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse hingewiesen, das bereits evaluiert wurde.

Neben diesem Projekt gibt es auch in Tirol, Wien und in der Steiermark einschlägige Modelle.

Die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse hat ein Modell einer Gruppenpraxis in Stadl/Paura mit zwei praktischen Ärzten durchgeführt.

Die Vorteile dieses Projekts sind deutlich: Zufriedene Patienten, zufriedene Ärzte und deutliche Einsparungseffekte ohne Qualitätsverlust.

1.2.4.1. Eine Verbesserung der Patienten-Versorgung

- Ordinationszeiten von 40 Stunden pro Woche (sonst in Oberösterreich nur 20 Wochenstunden).
- Eine fast ganzjährige Öffnung der Ordination.
- Die ständige Anwesenheit eines Arztes während der Öffnungszeiten (also z. B. auch bei Visitentätigkeit eines Arztes).
- Ein umfassendes Leistungsspektrum ohne jegliche Privatzahlungen von Patienten für Krankenbehandlungen.
- Mehr Zeit der Ärzte für persönliche Zuwendungen an die Patienten.

- 34 -

1.2.4.2. Ein leicht administrierbares Honorierungsmodell mit Elementen zur Dämpfung der Dynamik im Folgekostenbereich

Mit der OEG wurde die pauschale Honorierung von ärztlichen Leistungen unter Berücksichtigung der veranlassten Folgekosten (Heilmittel, Krankengeld, Facharztzuweisungen, Transportkosten, Heilbehelfe/Hilfsmittel) vereinbart. Ausgangsbasis ist ein Budget, das sich aus den bisherigen fallbezogenen Eigen- und Folgekosten des Vertragsarztes berechnet, der seinen Kassenvertrag in die OEG eingebracht hat. Wird dieses fallbezogene Budget durch niedrigere Folgekosten unterschritten, so wird dieser Unterschreibungsbetrag als zusätzliches Honorar an die OEG ausbezahlt; wird das Budget durch höhere Folgekosten überschritten, reduziert sich das Honorar für die Ärzte entsprechend.

Dieses Honorierungssystem ist für die **Ärzte** administrativ wesentlich einfacher und bietet einen wirksamen Anreiz, Einsparungen ohne Qualitätsverlust für die Patienten zu erzielen. Die verstärkte persönliche Zuwendung des Arztes, die Folgekosten sparen hilft, wird den Ärzten adäquat abgegolten.

Für die **Patienten** ist durch ein entsprechendes Qualitätssicherungssystem sichergestellt, dass Ärzte Folgekosteneinsparungen nicht „auf ihrem Rücken“ durchführen, indem sie z. B. tatsächlich benötigte Medikamente, Transporte usw. **ungerechtfertigt** ablehnen.

Für die **Versicherung** besteht der Vorteil darin, dass es zu keinen zweistelligen jährlichen Steigerungen der Folgekosten kommt (insbesondere Medikamentenkosten, Transportkosten).

1.2.4.3. Kostenvorteile

Die **Kostenvorteile einer Gruppenpraxis** konnten durch Tarifabschläge zum Teil für die Versichertengemeinschaft lukriert werden. Das Honorar enthält einen Abschlag, weil die Kosten für eine Gruppenpraxis geringer sind, als für zwei eigenständige Vertragsarztstellen. Das Einsparungspotential wird zwischen Kasse und der Gemeinschaftspraxis aufgeteilt.

- 35 -

1.2.4.4. Bedarfsorientierung

Wichtig für die Sozialversicherung war und ist, eine Gruppenpraxis dort zu errichten, wo ein nicht abgedeckter Bedarf nach einer zusätzlichen ärztlichen Versorgung besteht. Ohne strenge Bedarfsprüfung würden Gruppenpraxen zu einer Überversorgung führen, die – insbesondere auch gegenüber den umliegenden Vertragsärzten – nicht gerechtfertigt werden kann.

1.2.5. Inhalt der Gesamtverträge (§ 342 Abs. 1 ASVG)

Abgesehen davon, dass eine Regelung durch Gesamtvertrag ungeeignet ist – siehe oben – wird zu § 342 Abs 1 wie folgt Stellung genommen:

1.2.5.1. Die getroffene Regelung – Anpassung an das Vertragsrecht für den Einzelarzt – ist jedenfalls ungeeignet

Der Gesetzesentwurf sieht grundsätzlich vor, dass das (bisherige) für „Einzelvertragsärzte“ geltende Vertragspartnerrecht auf die Regelung der Beziehungen zwischen Kassen und Gruppenpraxen umgelegt werden soll.

Dieser Regelungsmechanismus ist schon unter folgendem Hintergrund verfehlt: Bei Gruppenpraxen bzw. bei den hinter Gruppenpraxen stehenden Trägergesellschaften (Offene Erwerbsgesellschaften) handelt es sich um Personengesellschaften, die nach außen wie juristische Personen agieren. Es ist nunmehr völlig verfehlt, (Schutz-)vorschriften, die auf den Einzelarzt abzielen, auf Gruppenpraxen auszudehnen bzw. umzulegen. Insbesondere ist hier der Kündigungsschutz angesprochen.

Ferner lösen die gesetzlichen Bestimmungen des „Vertragspartnerrechtes-Einzelarzt“ **viele Fragen nicht, die im Zusammenhang mit Gruppenpraxen auftreten.** Was geschieht beispielsweise, wenn der Gruppenpraxenvertrag mit einer Offenen Erwerbsgesellschaft abgeschlossen wurde, in der ein Allgemeinmediziner, ein Gynäkologe und Kinderfacharzt angehörten und der Kinderfacharzt ausscheidet. Der Gesetzesvorschlag enthält nunmehr keinen Auflösungsgrund für den Vertrag, wenn die Gruppenpraxis den Kinderfacharzt nicht nachbesetzt. Der Gesetzesvorschlag enthält keine Vorschrift darüber, innerhalb welchen Zeitraumes nachbesetzt werden muss – **dies sind aber wesentliche versorgungspolitische Fragen im Patienteninteresse.**

- 36 -

Ferner nimmt das „(Vertragspartner-)recht für Einzelärzte“ nicht darauf Bedacht, dass Gruppenpraxen unterschiedlich zusammengesetzt sein werden und unterschiedliche Versorgungsschwerpunkte haben. Beispielsweise sind die Kostenerstattungsregelungen angesprochen: Für eine Wahlgruppenpraxis kann nicht ohne weiteres ein „vergleichbarer Vertragspartner“ ausgemacht werden. Hier bedarf es diffizilerer Regelungen der Kostenerstattung.

Das starre Festhalten auf dem „Vertragspartnerrecht für Einzelvertragsärzte“ läuft Patienteninteressen entgegen.

Grundsätzlich ist in diesem Zusammenhang anzumerken, dass ein „**Erprobungsparagraf**“ (vgl. deutsches Sozialgesetzbuch V, 10. Abschnitt) wünschenswert wäre.

Elemente einer Gruppenpraxisregelung, die einer Fortentwicklung im Interesse des Patienten dienen, könnten nicht verwirklicht werden. Hierzu ist insbesondere auf die oben angeführten **notwendige Vorgaben des Gesetzgebers** für die Vertragsgestaltung zu verweisen:

- Bedarfsbezogene Vergabe von Kassenverträgen.
- Zwingende Weitergabe von Kostenvorteilen über die Tarife.
- Vertragsparallelität (siehe Punkt 1.2.3.3).
- Keine Privathonorare in Vertragsgruppenpraxen.

1.2.5.2. Beschäftigung bei einem Vertragsarzt bzw. bei einer Vertragsgruppenpraxis (§ 342 Abs. 1 Z 3a ASVG).

Falls darauf abgestellt wird, dass der Gesamtvertrag Regelungen über die Beschäftigung von nichtärztlichem (Hilfs-)personal enthalten soll, ist die Gesetzesänderung nicht notwendig, da entsprechende Bestimmungen selbstverständlich bereits in Gesamtverträgen enthalten bzw. in Praxis und Judikatur berücksichtigt sind.

Falls aber eine Beschäftigung von Ärzten geregelt werden soll (Auftrag des Gesetzgebers, im Gesamtvertrag Regelungen vorzusehen) ist Folgendes auszuführen:.

- 37 -

1. Die Anstellung von Ärzten bei freiberuflich tätigen Ärzten (und somit auch bei einer Gruppenpraxis, in der freiberuflich tätige Ärzte zusammenarbeiten), ist berufsrechtlich unzulässig³.
2. Bei Anstellung liegt nach Judikatur und Literatur eine Krankenanstalt vor.

Wenn im Rahmen einer Gesundheitseinrichtung ein Arzt angestellt wird, liegt eine Krankenanstalt vor. Diesbezüglich wird insbesondere auf das bereits oben ausführlich behandelte Erkenntnis des Verfassungsgerichtshofes vom 7. März 1992, G 198, 200/90 verwiesen⁴.

Auch kann auf die Materialien zum Bundes-Krankenanstaltengesetz 1956 verwiesen werden (164 BlgNR 8.GP). Die Erläuterungen zum Anstaltsbegriff des Krankenanstaltengesetzes stellen klar, dass der Gesetzgeber Gesundheitseinrichtungen dann als Krankenanstalten versteht, wenn die Behandlungseinrichtung durch die Mithilfe von im Anstellungsverhältnis befindlichen Ärzten betrieben wird⁵.

Wenn von einer Gruppenpraxis angestellt wird, ist dies somit ein weiteres Indiz für das Vorliegen einer Krankenanstalt⁶.

1.2.5.2.1. Wesentliche Kostenerhöhung durch Anstellungen von Ärzten

Die gegenständlichen Beschäftigungsverhältnisse bei Vertragsärzten (bzw. Vertragsgruppenpraxen) würden auch zu einer unbeeinflussbaren Leistungsvermehrung führen – unbeschränkte Anstellungsmöglichkeit, die über Versichertenbeiträge finanziert werden müsste. Abgesehen von den obigen gesundheitsrechtlichen Einwänden werden die Eckpunkte der Regelung in der Bundesrepublik Deutschland angeführt, die diesen negativen Effekt verhindern:

³ *Literatur zur Unzulässigkeit von Anstellungen von Ärzten bei freiberuflichen Ärzten:*

Krejci hat in seinem Beitrag „Persönliche Behandlungspflicht von Vertragsärzten“, Soziale Sicherheit 10/1991, Seiten 480 ff. überzeugend zum Ausdruck gebracht, dass ein Arzt in der Rechtsform Ambulatorium, aber nicht in der Rechtsform ärztliche Ordinationsstätte angestellt werden kann. Ein Arbeitsverhältnis eines Arztes zu einem freiberuflich tätigen Arzte ist mangels fehlender Voraussetzungen für die persönliche Abhängigkeit nicht möglich und aufgrund der bestehenden ärztlichen bzw. krankenanstaltenrechtlichen Regelungen unzulässig.

Von einem Verbot der Anstellung eines Arztes bei einem freiberuflich tätigen Arzt geht auch *Windisch-Graetz* aus (Selbständiges Ambulatorium und ärztliche Ordination, RdM 1995 S. 146 f).

⁴ siehe auch *Mazal*, Gruppenpraxis und Kassenvertragsrecht, RdM 1998, S.164

⁵ siehe auch *Michaela Windisch-Graetz*, selbständiges Ambulatorium und ärztliche Ordination RdM 1995 S. 144 und S. 147

- 38 -

- **Strikte Bedarfsbezogenheit.** Jede Anstellung bedarf der Zulassung
- **Nur ein Arzt beziehungsweise zwei Ärzte bei Halbbeschäftigung dürfen an- gestellt werden.**
- **Limitierung der Honorarvolumina, wenn angestellt wird.**

1.2.5.2.2. Die Anstellung ist jedenfalls mit der persönlichen Leistungserbringung durch Ärzte in einer ärztlichen Ordination (Gruppenpraxis) nicht zu vereinbaren.

Es kann dazu kommen, dass der Vertragsarzt die vertraglich geschuldeten Leistungen durch „Hilfsärzte“ erbringen lässt. Dies geht zu Lasten des Patienten bzw. zu Gunsten „zahlungskräftigerer bzw. zahlungswilligerer Kunden“, verschlechtert je- denfalls die medizinische Betreuung im Allgemeinen. Regeln dagegen sind in der No- velle nicht ersichtlich.

1.2.5.2.3. Die Anstellung ist jedenfalls mit der freiberuflichen Berufsausübung in einer ärztli- chen Ordination (Gruppenpraxis) nicht zu vereinbaren.

Insbesondere ist auch die Gruppenpraxis als freiberufliche Zusammenar- beitsform von Ärzten (Dentisten) definiert. Anstellungsverhältnisse widersprechen die- sem Ansatz.

1.2.6. Zur Honorierung der Gruppenpraxis nach Einzelleistungen (§ 342 Abs. 2 erster Satz ASVG)

Abgesehen davon, dass eine Regelung durch Gesamtvertrag ungeeignet ist – siehe oben – wird zu § 342 Abs. 2 erster Satz wie folgt Stellung genommen:

Die Honorierung der Gruppenpraxis hätte (zwingend) grundsätzlich nach Ein- zelleistungen zu erfolgen.

Im Rahmen von Gruppenpraxenregelungen müsste es aber möglich sein, Ver- tragelemente einzubauen, die zur Fortentwicklung von als sinnvoll erkannten Vor- gangsweisen dienen. Die angeführte Regelung würde beispielsweise das Modell Stadl/Paura unmöglich machen (siehe oben).

Ein Gruppenpraxis kann komplexere Leistungen als ein einzelner Vertragsarzt erbringen – z. B. Zusammenschluss mehrerer Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen

⁶ siehe auch *Mazal* in RdM, Heft 5/2000, Editorial.

- 39 -

mit anderen Gesundheitsberufen. Hier bietet sich eine pauschalierte Honorierung und nicht eine Einzelhonorierung an.

Die Bundesregierung betont stets die Wichtigkeit der Verlagerung der Versorgung vom intramuralen in den extramuralen Bereich - mit Gruppenpraxen könnten tatsächlich neue Honorarmodelle probiert werden, solange das nicht gesetzlich verhindert wird:

Beispielsweise Honorar-Bonus für eine Gruppenpraxis, **nachdem** erwiesen wurde, dass die Gruppenpraxis zur Krankenanstaltenentlastung beigetragen hat.

Der Entwurf steht einer solchen Regelung entgegen.

1.2.7. Ausgabenbegrenzung (§ 342 Abs. 2 letzter Satz ASVG)

Abgesehen davon, dass eine Regelung durch Gesamtvertrag ungeeignet ist – siehe oben – wird zu § 342 Abs. 2 letzter Satz wie folgt Stellung genommen:

1.2.7.1.1. Verpflichtende Ausgabenbegrenzung im Gesamtvertrag

Das Wort „sollen“ im § 342 Abs. 2 letzter Satz ist durch das Wort „haben“ zu ersetzen:

Die von den Krankenversicherungsträgern durchzuführenden Einsparungsmaßnahmen sind nur dann zu verwirklichen, wenn man den Trägern auch die dafür notwendigen Mittel in die Hand gibt.

Eine verpflichtende Ausgabenbegrenzung im Rahmen des Gesamtvertrags würde jedenfalls ein solches Mittel darstellen.

1.2.7.1.2. Es muss eindeutig klargelegt werden, dass die im § 342 Abs. 2 normierte Ausgabenbegrenzung auch für den Bereich Gruppenpraxen gilt.

Die derzeitige Textierung lässt dies offen. Eine Ausgabenbegrenzung ist (nur) für vertragsärztliche Hilfe vorgesehen. Dieser Terminus bezieht sich aber nur auf (einzelne) Vertragsärzte.

1.2.8. § 343 Abs. 1 – keine „approbierten“ Ärzte in Gruppenpraxen

Es müsste jedenfalls klargestellt werden, dass kein Vertragsabschluss mit der Gruppenpraxis möglich ist, wenn ein approbierter⁷ Arzt in der Gruppenpraxis tätig ist.

1.2.9. Zur Vertragsbeendigung - Kündigungsschutz für die Gruppenpraxis (§ 343 Abs. 2 bis 4 ASVG)

Siehe auch weiter unten die Stellungnahme zu § 343 Abs. 4 ASVG – Verbesserung des Kündigungsschutzes

Abgesehen davon, dass eine Regelung durch Gesamtvertrag ungeeignet ist – siehe oben – wird zu § 343 Abs. 2 bis 4 wie folgt Stellung genommen:

1.2.9.1. Zu § 343 Abs. 4 ASVG – Kündigungsschutz für Gruppenpraxen

Für freiberuflich niedergelassene Kassenärzte besteht ein weit überzogener und der heutigen gesellschaftlichen Situation nicht mehr adäquater „Kündigungsschutz“. Die nunmehr vorgesehene Ausweitung des Kündigungsschutzes auf Gruppenpraxen ist nicht vertretbar:

- Der Kündigungsschutz wurde im Jahre 1955 aus der Erwägung eines Schutzbedürfnisses für den einzelnen Arzt eingeführt. Für Gruppenpraxen = Personengesellschaften/juristische Personen besteht ein solches Schutzbedürfnis nicht.
- Ein gesetzlicher „Kündigungsschutz“ für Verträge zu (Personen-)Gesellschaften ist im österreichischen Recht nicht vorgesehen und würde auch den Erfordernissen des Wirtschaftslebens widersprechen.
- Es ist auf die Diskussion der „Entpragmatisierung“ im öffentlichen Dienst zu verweisen.
In vielen Bereichen wird Kündigungsschutz – der weit schlechter als jener der Vertragsärzte ist – aufgehoben; siehe Landesdienst Vorarlberg.
- Die geplante Regelung bedeutet, dass Gruppenpraxen jedenfalls 35 Jahre⁸ im Vertrag bleiben. Dies auch dann, wenn der Bedarf wegfällt (!). Dem Krankenversicherungsträger muss es aber möglich sein, auf Änderungen in der Versorgungssituation zu reagieren.

Sachgerechter wäre es, dass ein befristeter Kündigungsverzicht für den Zeitraum der Abschreibung von Investitionen vereinbart wird.

⁷ Zur Definition siehe FN 2.

⁸ willkürliche Grenze, offensichtlich auf „Junggründungen“ abgestellt; hat aber nichts mit objektiven Kostenüberlegungen wie Geräteamortisation zu tun.

- 41 -

1.2.9.1.1. Zur „Sozialen Härte“ bei Kündigung des Vertrages zu einer Personengesellschaft:

Klar muss zunächst sein, dass die Gruppenpraxis, die ja als solche gegenüber dem Patienten und dem Versicherungsträger auftritt, gemeinsam für das Verhalten jedes ihrer Mitglieder einzustehen hat.

Dies geht aus dem Entwurf nicht hervor.

Diese Haftung und die (im Extremfall zu setzende) Sanktion der Vertragskündigung darf nicht durch eine Rechtslage unterlaufen werden, nach der die Gruppenpraxis zwar die aus einem rechtswidrigen, schuldhaften etc. Verhalten erlangten Vorteile⁹ lukrieren könnte, aber es gleichzeitig nicht möglich ist, einschlägige Sanktionen wie die Vertragskündigung zu setzen.

Die jetzige Regelung (die auch der Entwurf übernimmt), wonach „soziale Härte“ eine Vertragskündigung aufhebbar machen kann, ist auf die Situation der Gruppenpraxis umzustellen und somit neu zu formulieren.

Die Härteklausel (Kündigungsaufhebung bei sozialer Härte) darf jedenfalls nur dann zum Tragen kommen, wenn jener Gesellschafter, für den die Kündigung eine soziale Härte bedeutet, mit jenem Gesellschafter identisch ist, der die Vertragsverletzung begangen hat.

Andernfalls würde es nämlich einer Vertrags-Gruppenpraxis sehr leicht möglich gemacht, durch die Aufnahme entsprechend „armer“ Gesellschafter zukünftige Vertragsverletzungen der anderen Gesellschafter von vornherein gegen eine Vertragskündigung zu „immunisieren“.

1.2.9.2. Zu § 343 Abs. 2 bis 4 ASVG – Verhinderung der Vertragsauflösung

Die Regelung, dass die Gruppenpraxis eine Kündigung (ein Erlöschen des Vertrages, eine Auflösung des Vertrages) dadurch verhindern kann, dass der „schuldige Gesellschafter“ ausgeschlossen wird, ist verfehlt:

⁹ Erweiterung des Patientenstocks („Marktanteile“), finanzielle Vorteile usw. Eine „Vorteilsabschöpfung“ wie im Strafrecht existiert in den hier vorliegenden bürgerlich-rechtlichen Vertragsbeziehungen nicht.

- 42 -

- Der Kassenvertrag wird nicht mit einzelnen Gesellschaftern, sondern mit der Gruppenpraxis als solche abgeschlossen. Schon daraus resultiert, dass die Gruppenpraxis als Ganze bzw. die persönlich haftenden Gesellschafter gemeinsam einzustehen haben. Verfehlungen sind daher der Gruppenpraxis und nicht einzelnen Gesellschaftern anzulasten.
- De facto könnte es dazu führen, dass von der Gruppenpraxis Verfehlungen einseitig einem Gesellschafter angelastet werden, um die Kündigung des Kassenvertrages zu vermeiden. Diese Konstruktion wäre mit jener des „Sitzredakteurs“ zu vergleichen, der früher presserechtlich die Verantwortung zu übernehmen hatte und dessen Existenz aus guten Gründen abgeschafft wurde.

Abgesehen von obigen Einwänden ist noch Folgendes anzumerken: Nach dem derzeitigen Wortlaut der §§ 52a und 52b der geplanten 2. Ärztegesetznovelle ist es nach Ansicht des Hauptverbandes nicht ausgeschlossen, dass auch Kommanditisten einer KEG in der Gruppenpraxis (ärztlich) tätig sind.

Nach der vorgeschlagenen Bestimmungen führt jeweils nur die rechtskräftige (straf- oder zivilgerichtliche) Verurteilung eines persönlich haftenden Gesellschafters einer OEG oder KEG zur automatischen Auflösung des Vertragsverhältnisses zwischen Gruppenpraxis und Versicherungsträger.

Diese Beschränkung auf persönlich haftende Gesellschafter ist unverständlich.

Warum sollte etwa dann, wenn ein Kommanditist der Gruppenpraxis wegen Abrechnungsbetrugs strafgerichtlich verurteilt wurde, der Vertrag der davon profitierenden Gruppenpraxis mit dem Krankenversicherungsträger nicht automatisch erlöschen?

Der Entwurf verlagert die Schadenstragung nach Fehlverhalten einzelner Gesellschafter auf die Allgemeinheit, während allenfalls erfließende Vorteile (Marktanteilseroberung, finanzielle Vorteile) bei der Gesellschaft verblieben.

Für den Versicherungsträger ist ein Abrechnungsbetrag eines Gesellschafters jedenfalls eine gleich schwer wiegende Störung des Vertragsverhältnisses, und zwar unabhängig davon, ob es sich bei der betreffenden Person um einen persönlich haftenden Gesellschafter oder um einen Kommanditisten handelt. Es sollten daher in den Ziffern 4 bis 6 des § 343 Abs. 2 ASVG jeweils die Worte „persönlich haftender“ gestrichen werden.

- 43 -

1.3. Zusammenfassende Stellungnahme zu der geplanten Regelung der Gruppenpraxen

Die Sozialversicherung steht Gruppenpraxen positiv gegenüber.

Die bisherigen praktischen Erfahrungen zeigen, dass diese Organisationsform für alle Beteiligten wertvolle Fortschritte bringen kann.

Gruppenpraxen sollen im Sozialversicherungsrecht aber nur dann näher geregelt werden, wenn auf folgende Punkte Bedacht genommen wird:

- Es ist nicht nur von den Interessen einer Berufsgruppe, nämlich der Ärzte, auszugehen.
- Gruppenpraxenspezifische Regelungen sind notwendig: Das Gesamtvertragsrecht, insbesondere die Anbindung an das Vertragspartnerrecht für den Einzelarzt ist dafür ungeeignet.
- Flexible Gestaltungen müssen möglich sein, das Gesetz darf kein Korsett für die Vertragsgestaltung sein.
- Aspekte der Finanzierbarkeit für die Sozialversicherung dürfen nicht übergangen werden.

2. Zu weiteren Vertragspartnerrechtlichen Bestimmungen des Entwurfes

2.1. Auswahl der Vertragsärzte (§§ 343 Abs. 1 und 590 Abs. 6 ASVG)

2.1.1. Objektivierung ist notwendig

Das ASVG sieht derzeit vor, dass eine freie Ärztevertragsstelle ausgeschrieben wird und die Auswahl des Vertragsarztes im Einvernehmen zwischen Kasse und Ärztekammer geschieht.

Sind Richtlinien zwischen Kasse und Ärztekammer vereinbart, wird aufgrund dieser Richtlinien entschieden.

Der Entwurf würde diese ausgewogene Vorgangsweise zunichte machen.

Der Novellenvorschlag bedeutet, dass die Krankenversicherungsträger bei Nichteinigung (die von der Ärztekammer provoziert werden kann) aus dem Auswahlverfahren gedrängt wird.

Mit anderen Worten: Wer als Versicherungsträger einen Vertrag abschließt, soll keine Mitsprache haben, wer Vertragspartner wird.

Eine solche Monopolisierung der Vertragsvergabe auf der Seite eines Vertragspartners wird abgelehnt.

Der Gesetzgeber überließ bisher die Gestaltung der Beziehungen zwischen Ärzteschaft und Krankenversicherungsträgern den Vertragsverhandlungen.

Nur objektive Verhandlungsgrundlagen führen im Interesse der Patienten zu fairen und tragbaren Verhandlungsergebnissen.

Bisher konnte zumeist in – manchmal auch zähen und langen - Verhandlungen ein Ausgleich erzielt werden. Dieser bewährte Weg wird nunmehr verlassen. Erfolgt bis zum 1. Juli 2001 keine Einigung, würden die Kriterien der Ärztekammer gelten.

- 45 -

Ärzttekammerrichtlinien stehen aber bereits jetzt europarechtlich zur Diskussion: Es läuft vor der Europäischen Kommission ein Vertragsverletzungsvorverfahren gegen die Republik Österreich. Die Kommission der Europäischen Gemeinschaften kritisiert wesentliche Kriterien der Richtlinien von Ärztekammern.

Das in der Novelle vorgeschlagene Einspruchsrecht des Krankenversicherungsträgers ändert an dieser Situation nichts, da der Entscheidung im Streitfall die Richtlinien der Ärztekammer zugrundegelegt werden müssen.

Der Hauptverband schlägt vor, dass die **Auswahl der Vertragsärzte nach der bisherigen Vorgangsweise im Einvernehmen zwischen Kasse und Ärztekammer** erfolgen soll. Allenfalls sollen nur solche Richtlinien für die Landesärztekammern gelten, die gemeinsam zwischen dem Hauptverband und der österreichischen Ärztekammer ausgearbeitet und in Geltung gesetzt wurden.

2.1.2. Auswahlkriterien

Die im Gesetzesentwurf vorgesehen Auswahlkriterien sind rudimentär.

2.1.2.1. Notwendige Ergänzungen

Das deutsche Sozialgesetzbuch V, § 103 Abs. 4, sieht vor, dass bei der Auswahl der Bewerber konkrete Auswahlkriterien zu berücksichtigen sind. Solche Kriterien sollten auch im vorliegenden Zusammenhang geschaffen werden. Folgende Auswahlkriterien, die europarechtlichen Vorgaben entsprechen, wären jedenfalls (zusätzlich) gesetzlich festzulegen:

- Ausbildung
- Wissenschaftliche und praktische Kenntnisse
- Dauer der bisherigen ärztlichen Tätigkeit

Voraussetzung für einen Vertragsabschluss soll sein:

- Bereitschaft zur hauptberuflichen Führung der Vertragsordination.
- Begründung des Hauptwohnsitzes am Ordinationsort.

2.1.3. Anmerkungen zum Gesetzestext

Abgesehen von den obigen Bedenken wird folgendes angemerkt: Reihungskriterien wären gesamtvertraglich, nicht bloss durch „Richtlinien“ einer Seite, zu ver-

- 46 -

einbaren. Es hätte daher eine dahingehende Textierung zu erfolgen, dass die Reihungskriterien – analog zu den Gesamtverträgen - jedenfalls vom Hauptverband (mit Zustimmung des betroffenen Krankenversicherungsträgers) mit der zuständigen Ärztekammer zu vereinbaren sind.

2.2. Nachfolgepraxis (§ 343 Abs. 1a ASVG)

2.2.1. Ablehnung des Vorschlages

Der Vorschlag bedeutet in der Praxis:

- Einen Willkürakt des Vorgängers; die Auswahlentscheidung zwischen den drei Erstgereihten der Richtlinie muss nicht begründet werden.
- Im Zusammenhang mit der vorhin erwähnten einseitigen Vertragsvergabe-Bestimmung wird jede Objektivierung unmöglich. Subjektive Elemente fließen ein: Zum Beispiel Verwandtschaftsverhältnis zum Vorgänger; Höhe versteckter Ablösen.
- Der Jungarzt ist – nach langem Studium und nach langer Ausbildung – gezwungen, drei Jahre in der Praxis des Vertragsarztes mitzuarbeiten, bevor er einen Kassenvertrag erhält.
- Für den Jungarzt besteht die Unsicherheit, dass der Vertragsarzt seine Entscheidung zurückzieht (nach dem Entwurf kann der Vertragsarzt **zweimal** eine Auswahlentscheidung treffen).
- Es würde in der mehrmaligen Aufnahme von Jungärzten als Mitarbeiter für ältere Vertragsärzte der Anreiz bestehen, ihren eigenen Pensionsantritt hinauszuschieben. Junge Ärzte müssen daher länger auf Kassenverträge warten.

Dass nähere Bestimmungen über die Zusammenarbeit der Ärzte in der Nachfolgeordination und den Ordinationsübergang (nur) die Österreichische Ärztekammer zu erlassen hat, stellt einen gravierenden Eingriff ins Vertragspartnerrecht dar. Im Rahmen der Regelung über Nachfolgeordinationen werden Kassenverträge ohne jegliche Mitwirkung und Einflussnahme der Sozialversicherung – nicht einmal im Rahmen der Mitwirkung bei Aufstellung von grundsätzlichen Bedingungen – weitergegeben.

Bei der gegenständlichen Bestimmung handelt es sich um eine solche, die den Zugang zu einem für den freiberuflich tätigen Arzt wichtigen Markt (Kassenpatienten) regelt. Es sind daher strenge europarechtliche bzw. verfassungsrechtliche Kriterien anzulegen. Diesen Kriterien wird keinesfalls entsprochen.

Die Textierung lässt auch vieles offen und ist teilweise unklar. Beispielsweise werden folgende Punkte angeführt:

- 47 -

- Muss eine Nachfolgepraxis (vor Auswahl des Nachfolgers) ausgeschrieben werden?
- Gesetzliche Regelung der Ablöse. Sonst droht ein Ablöseunwesen.
- Es ist nicht festgehalten, ob der Vorgänger den Kassenvertrag kündigen muss bevor er eine Auswahl des Nachfolgers trifft.
- Eine Mindestdauer der Zusammenarbeit ist nicht bestimmt.
- Wann geht der Kassenvertrag über?
- Inwieweit muss der Vorgänger in der Praxis tatsächlich (noch) arbeiten?
- Ist der Nachfolger verpflichtet, den Kassenvertrag nach Einigung mit dem Vorgänger zu übernehmen – auf wie lange?

Jedenfalls ist auf eine Begrenzung des Honorarvolumens in der Nachfolgepraxis Wert zu legen (die Krankenversicherung ist von jeder Mitwirkung bzw. Regelung ausgeschlossen).

2.3. Verbesserung des Kündigungsschutzes (§ 343 Abs. 4 ASVG)

2.3.1. Verlängerung der Einspruchsfrist

Durch die Verlängerung der Einspruchsfrist gegen die Kündigung des Vertrages durch die Kasse von zwei auf vier Wochen wird der nicht zeitgemäße und überzogene Kündigungsschutz des Arztes/der Gruppenpraxis noch stärker. Dies ist abzulehnen.

2.3.2. Aufschiebende Wirkung der Berufung des Vertragsarztes

Die Aufhebung der Bestimmung, wonach die Berufung des Vertragsarztes/der Gruppenpraxis gegen den die Kündigung bestätigenden Bescheid der Landesschiedskommission nur mit Zustimmung des Krankenversicherungsträgers aufschiebende Wirkung hat, ist abzulehnen.

Offenbar soll damit ein Erkenntnis des Verfassungsgerichtshofes (VfSlg 14.937) umgangen werden.

Dieses Erkenntnis ergab die Zulässigkeit der bisherigen Regelung unter Hinweis darauf, dass Maßnahmen des Vertragsarztes gegen eine Kündigung ohnedies (in erster Instanz) aufschiebende Wirkung hätten. Diese Rechtslage rechtfertigt es, zumindest in weiteren Instanzen andere Regeln vorzusehen, weil Maßnahmen gegen

- 48 -

eine Kündigung im allgemeinen Zivilrecht und Arbeitsrecht in der Regel nicht einmal für die erste Instanz aufschiebende Wirkung hätten.

In Zeiten, wo (wie in Vorarlberg) „Entpragmatisierung“ erfolgt, soll nach dem Gesetzesentwurf der Kündigungsschutz für Freiberufler generell verstärkt werden?

3. Medikamentenverordnung bzw. Abgabe durch eine Gruppenpraxis auf Kassenkosten (§ 350 ASVG)

Es ist (apotheken-)rechtlich nicht möglich, dass eine Gruppenpraxis eine Hausapotheke betreibt. Es kann daher auch keine Verordnung bzw. Abgabe auf Kosten eines Sozialversicherungsträgers erfolgen.

4. Entfall des Selbstbehaltes bei klinisch-psychologischer Diagnostik (§ 135 Abs. 6 ASVG)

Es wird begrüßt, dass die Selbstbehaltsregelung bei Inanspruchnahme der klinisch-psychologischen Diagnostik auf Kassenkosten fallen soll.

Allerdings wird von der Mehrheit der Versicherungsträger vorgeschlagen, dass auch die **psychotherapeutische** Krankenbehandlung wieder vom Selbstbehalt ausgenommen wird:

- Gerade den Bereich Psychotherapie **einseitig** mit Selbstbehalten zu belasten, bedeutet eine krasse Benachteiligung von psychisch Kranken. Arbeiter (und deren Angehörige) und Pensionisten (und deren Angehörige) sind besonders von psychischen Krankheiten betroffen. Es werden daher insbesondere auch sozial schwache Bevölkerungsgruppen benachteiligt.
- Es ist kein Grund ersichtlich, warum gerade diese Bereiche einseitig herausgegriffen werden:
- In einem Papier der Bundesregierung ist verankert, dass für „neue Leistungen“ ein 20%-iger Selbstbehalt eingeführt werden soll. Die Psychotherapie auf Krankenschein wird (ohne Bestehen eines Gesamtvertrages) seit langer Zeit als Sachleistung erbracht. Es handelt sich daher nicht um neue Leistungen.
- Im Gegensatz zur klinisch psychologische Diagnostik (nur Überweisungen) kann psychotherapeutische Krankenbehandlung auch direkt in Anspruch genommen werden.
Bei einer Direktinanspruchnahme wird nach den derzeitigen gesetzlichen Regelungen die Krankenscheingebühr zu entrichten sein.
Es wird somit die Krankenscheingebühr mit dem 20 %-igen Selbstbehalt kumuliert.

- 49 -

25. GSVG-Novelle

- 50 -

Zu den Parallelbestimmungen in der 25. GSVG-Novelle, die auch im Entwurf zu einer 58. ASVG-Novelle vorgesehen sind, verweisen wir auf die dort erstatteten Ausführungen.

Zu Z 1 (§ 4 Abs. 1 Z 7 letzter Satz, Ausnahmeantrag wegen Altersgrenze)

Sowohl aus rechtlichen als auch aus administrativen Gründen sollte in § 4 Abs. 1 Z 7, letzter Satz, in der lit. c der Ausdruck „60 Kalendermonate“ auf „**fünf Kalenderjahre**“ abgeändert werden. Eine Anspruchsvoraussetzung, die in der Vergangenheit liegt, kann nur dann einwandfrei überprüft werden, wenn entsprechende Daten zur Verfügung stehen. Da bei Einkommensteuerfragen grundsätzlich das Veranlagungsjahr (= Kalenderjahr) heranzuziehen ist, sollte auch der Novellengesetzgeber darauf Bedacht nehmen.

Vorschlag: § 4 Abs. 1 Z 7 letzter Satz lit. c, lautet:

c) die das 57. Lebensjahr vollendet und innerhalb der letzten **fünf Kalenderjahre** vor der Antragstellung die im ersten Satz genannten Voraussetzungen erfüllt hat.

- 51 -

Zu Z 5 (§ 27 Abs. 1 – Beitragssatz in der Pensionsversicherung nach dem GSVG)

Mit diesem Novellierungsvorschlag soll dem Erkenntnis des Verfassungsgerichtshofes vom 26. Juni 2000, G 7-9/00 – 7, entsprochen werden, mit dem der höhere Beitragssatz in der Pensionsversicherung für die „neuen Selbstständigen“ ab 1. August 2000 ersatzlos aufgehoben wurde. Die Erläuterungen führen zwar aus, dass damit Mindereinnahmen für die Pensionsversicherung nach dem GSVG verbunden sind, geben aber nicht bekannt, womit diese abgedeckt werden sollen. Wenn der Gesetzgeber keine Maßnahme vorsieht, wären in den Jahren 2000 bis 2004 insgesamt S 500 Mio. als zusätzlicher Aufwand des Bundes in der Pensionsversicherung nach dem GSVG zu erwarten.

Der Hauptverband vertritt daher die Meinung, dass eine sozial vertretbare, aber budgetkostenneutrale Lösung angestrebt werden sollte, zumal aufgrund der künftigen Entwicklung nicht nur die Zahl der neuen Selbstständigen zunehmen wird, sondern auch zusätzliche Pensionsleistungen an diese Gruppe von der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft zu zahlen sein werden.

- 52 -

Zu Z 7 (§ 43 Abs. 2 – Gesellschaftsgründungen – bzw. Beteiligungen)

Neben unseren Anmerkungen zu § 81 Abs. 2 neu ASVG, weisen wir darauf hin, dass mit Heranziehung des privatwirtschaftlichen Sektors im Sinne der Versicherten betriebswirtschaftliche Überlegungen bei eigenen Einrichtungen denkbar sind. Aus diesen Gründen erscheint uns nicht der angeführte Alternativtatbestand „wenn sie der Verbesserung der Servicequalität oder der Erzielung von Einsparungen dient“ zielführend, sondern die Schaffung eines Kumulativtatbestandes, der das Wort „oder“ mit dem Ausdruck „und“ ersetzt.

Vorschlag: wie zu § 81 Abs. 2 ASVG

- 53 -

**Zu Z 25 (§ 273 Abs. 6 – Ausnahmebestimmung für kleinere Selbstständigen-
gruppen im ASVG)**

Aus Gründen der Rechtsvereinheitlichung und Differenzierung in einen un-selbstständigen und selbstständigen Bereich, sowie im Hinblick auf eine wesentliche Administrationsvereinfachung, wenn alle Zweige der Sozialversicherung möglichst einheitlich verwaltet werden können, sollten nicht nur die freiberuflich tätigen Künstler, sondern auch die anderen in § 273 Abs. 6 GSVG genannten Gruppen (Tierärzte und Dentisten) in die Krankenversicherung nach dem GSVG einbezogen werden. **§ 273 Abs. 6** sollte daher **zur Gänze mit 1. Jänner 2001 aufgehoben** werden, zumal auch die ASVG-Krankenversicherungsträger an einer Erleichterung ihrer Verwaltung interessiert sind.

- 54 -

Zu Z 31 (§ 288 Abs. 1 Z 3 und 4, Inkrafttreten – Korrekturen wegen Beitragsgrundlagen und Pensionsstichtagen)**Z 3:**

Die Änderungen in den §§ 25 und 25a sollen erst mit **1. Jänner 2001 wirksam** werden, weil für die Gruppe der bildenden Künstler die Zitierung des § 3 Abs. 3 zur Beitragsgrundlagenbildung bis 31. 12. 2000 notwendig ist.

Z 4:

Das rückwirkende Inkrafttreten der Regelung, wonach die Aufgabe der die GSVG-Pflichtversicherung begründende Erwerbstätigkeit eine Voraussetzung für den Pensionsanfall darstellt, führt in den Fällen zu Schwierigkeiten, in denen Pensionszuerkennung und Pensionsanfall ohne Betriebsaufgabe bereits realisiert wurden. Da eine „Rückabwicklung“ rechtlich ausgeschlossen ist (der Pensionsanfall erfolgte ja zu Recht), sollte diese Regelung frühestens für Stichtage ab 1. 1. 2001 in Kraft treten.

- 55 -

Zu Z 31 (§ 288 Abs. 5 – Ausnahme von der Pflichtversicherung nach dem GSVG)

Zu § 288 Abs. 5:

Nach dem Wortlaut des ersten Satzes dieser Bestimmung wären alle gemäß § 2 Abs. 1 Z 4 Pflichtversicherten, die das 55. Lebensjahr am 1. 1. 2001 vollendet haben, ausgenommen. Es wäre vor allem bei Männern trotz erfolgter Einbeziehung in die Pflichtversicherung in den Jahren 1998 und 1999 diese Pflichtversicherung wieder zu beenden, was jedenfalls im krassen Gegensatz zur gesetzgeberischen Absicht steht, neu in die Pflichtversicherung einzubeziehende Kunstschaffende - auf Grund der europarechtlichen Vorgaben geschlechtsneutral - dieselbe Ausnahme zu gewähren, wie sie § 2 Abs. 1 Z. 4 Pflichtversicherten ab 1. 1. 1998 zugestanden worden war (§ 273 Abs. 8).

§ 288 Abs. 5 erster Satz sollte daher lauten:

„(1) Personen, die als Kunstschaffende gemäß § 273 Abs. 3a von der Pflichtversicherung in der Pensionsversicherung ausgenommen waren, bleiben auch ab 1. Jänner 2001 ausgenommen, wenn sie spätestens an diesem Tag das 55. Lebensjahr vollendet haben.“

Zusätzliche Novellierungsvorschläge zum GSVG:

- 57 -

Zu § 85 Abs. 2 lit. b (Kostenerstattung bei Inanspruchnahme eines Wahlarztes)

Bei der Höhe der Kostenerstattung nach § 85 Abs. 2 lit. b GSVG soll der sich bei der Erledigung von Kostenerstattungsanträgen ergebende Administrationsaufwand, der gegenüber der Vertragsarzt abrechnung um ein Vielfaches höher ist, ähnlich der korrespondierenden Bestimmung im ASVG (§ 131 Abs. 1) berücksichtigt werden.

Somit ist folgende Änderung im GSVG erforderlich:

§ 85 Abs. 2 lit. b GSVG hat zu lauten:

„b) wenn bei anderen Leistungen als Anstaltspflege ein Anspruch auf **Sachleistungen** gegeben ist, der Anspruchsberechtigte jedoch die Sachleistung nicht in Anspruch nimmt, durch Kostenersätze bis zur Höhe **von 80 % jenes Betrages**, den der Versicherungsträger bei Inanspruchnahme der Leistung als Sachleistung aufzuwenden gehabt hätte, abzüglich des vom Versicherten zu leistenden Kostenanteiles gemäß **§ 92 Abs. 3.**“

Ergänzend ist zu bemerken, dass der Verfassungsgerichtshof in seinem Erkenntnis vom 18. März 2000, G 24/98 u. a., V 38/98 u. a., ausgesprochen hat, dass die in § 131 Abs. 1 ASVG bereits bestehende Beschränkung der Erstattungsbeträge auf 80 % des Vertragsarzt tarifes keine Gleichheitswidrigkeit darstellt, da der Gesetzgeber nicht dazu verhalten ist, Mehraufwendungen, die durch eine Inanspruchnahme eines Wahlarztes entstehen, auf alle Versicherten zu verteilen.

- 58 -

Zu § 86 Abs. 5 lit. e (Generelle Befreiung von der Kostenbeteiligung für Kinder; Ausnahme bei kieferorthopädischen Behandlungen)

Mit der 24. GSVG-Novelle wurden Kinder generell vom Kostenanteil befreit. Diese Maßnahme erweist sich dort als überschießend, wo es in den einzelnen Krankenversicherungssystemen erhebliche Leistungsdifferenzen gibt und es sich um Leistungen handelt, die nahezu ausschließlich für Kinder und Jugendliche in Betracht kommen. Vor allem bei Fällen der Mehrfachversicherung in der Krankenversicherung kommt es zu nicht gewollten Unstimmigkeiten zu Lasten des GSVG. Mit der vorgeschlagenen Ausnahme soll im Teilbereich der Kieferregulierungen wieder jener Zustand hergestellt werden, der vor dem 1. Jänner 2000 bestanden hat.

§ 86 Abs. 5 lit. e sollte daher lauten:

„e) Bei Leistungen für Angehörige nach § 83 Abs. 2 Z 2 bis 6, **ausgenommen Kieferregulierungen.**“