

An das
Bundesministerium für soziale
Sicherheit und Generationen

Wiedner Hauptstraße 63
Postfach 196
1045 Wien
Telefon 01/501 05DW
Telefax 01/501 05213
Internet: <http://wko.at>

Stubenring 1
1010 Wien

Ihr Zeichen, Ihre Nachricht vom
GZ 21.119/30-1/2000
GZ 21.155/1-11/2000
GZ 21.135/2-11/2000
GZ 21.145/1-11/2000

Unser Zeichen, Sachbearbeiter
Sp 424-426/00/Mag.No
Mag. North

Durchwahl	Datum
3714	21.11.2000

Sehr geehrte Damen und Herren!

**Entwürfe einer 58. Novelle zum ASVG, einer 25. Novelle zum GSVG u.a.
- Begutachtung**

Die Stellungnahme der WKÖ auf einen Blick

Durch die in den Entwürfen enthaltenen Regelungen zur Einführung von Gruppenpraxen wird die Zielvorgabe, dass die vorgeschlagenen Änderungen Großteils der Rechtsbereinigung und der Anpassung an die Rechtsentwicklung innerhalb und außerhalb der Sozialversicherung dienen sollen, bei weitem überschritten. Zu diesem Thema wäre zweifellos eine ausführliche Befassung notwendig, die innerhalb der Begutachtungsfrist **nicht** möglich ist.

1. Die Verlängerung der Respirofrist für die Entrichtung der Sozialversicherungsbeiträge um 3 Tage ermöglicht endlich einen gemeinsamen Zahlungstermin für Steuern/Abgaben und Sozialversicherungsbeiträge und wird daher ausdrücklich als administrative Vereinfachung für die Betriebe begrüßt.

2. Die Ermächtigung zur "Auslagerung" nichthoheitlicher Funktionen der Sozialversicherungsträger wird positiv beurteilt, soweit die Dienstgeberrechte gewahrt bleiben.
3. Die Nutzung der neuen Medien (**Internet**) zur Verlautbarung von sozialversicherungsrechtlichen Durchführungsvorschriften ist grundsätzlich gut zu heißen.
4. Die Neuregelung für „Kleinstunternehmer“ (Ausnahmemöglichkeit von der Pflichtversicherung ab dem 57. Lebensjahr) wird als richtiger Schritt bewertet.
5. Obgleich wir Gruppenpraxen dem Grunde nach als wichtige Einrichtungen des Gesundheitswesens zur Ergänzung des extramuralen Leistungsangebots begrüßen, stellen die gegenständlichen Entwürfe eine ungerechtfertigte Besserstellung einer Vertragspartner-Seite zu Lasten der Wirtschaft und der Versichertengemeinschaft dar und werden deshalb in dieser Form abgelehnt.
6. Die Anstellung von Ärzten bei einem Vertragsarzt oder bei einer Vertragsgruppenpraxis wird von uns aufs Entschiedenste abgelehnt.
7. Die geplanten Regelungen für die Auswahl der Vertragsärzte und die Nachfolgepraxis werden aus grundsätzlichen Überlegungen abgelehnt.

Zusätzlich zum vorliegenden Gesetzesentwurf schlagen wir noch folgende wichtige Änderungen vor:

1. Zur Sanierung der Krankenkassen sind dringend Maßnahmen zu ergreifen.
2. Da die Regelungen über die Ambulanzgebühren unzureichend konzipiert sind, sie überdies keine bzw. vollkommen unzureichende finanzielle Wirkung zeigen und die Verwaltungskosten in keinem Verhältnis zu den Einnahmen stehen, regen wir die generelle Überarbeitung der Regelung der Ambulanzgebühr an.
3. Der VfGH hob die Worte "weiblichen" in § 102 Abs. 5 GSVG und "Mutter" in § 102 Abs. 1 GSVG als verfassungswidrig auf. Es ist daher eine geschlechtsneutrale Formulierung dieser Bestimmungen hinsichtlich der Gewährung von Teilzeitbeihilfe notwendig.
4. Um den privaten Krankenanstalten auch trotz der sich in den letzten Jahren massiv ändernden Rahmenbedingungen die Aufrechterhaltung ihrer exzellenten Leistungsqualität zu sichern und den Patienten auch weiter den Zugang im bis-

herigen Umfang zu ermöglichen, haben wir ein Paket an Gesetzesinitiativen vorbereitet.

Im Detail beziehen wir wie folgt Stellung:

ASVG

EU-Volontäre - § 8 Abs. 4 ASVG, § 83 Abs. 4 Z 3 GSVG

Im Zusammenhang mit der Förderung der Mobilität junger Menschen regen wir eine generelle Ausnahme von der Pflichtversicherung für Praktikanten in Österreich im Rahmen von EU-Programmen an, soweit der Ausbildungszweck im Vordergrund steht. Nur so kann eine entsprechende Vertragstypenzuordnung vermieden werden und in der Folge die Bereitschaft der Betriebe zum Abschluß solcher Ausbildungsverhältnisse gesteigert werden. Unsererseits kann allenfalls einer Unfallversicherung zugestimmt werden, keinesfalls jedoch einer Vollversicherung, zumal der Ausbildungszweck überwiegt.

Verlautbarung von Durchführungsvorschriften im Internet - § 31 ASVG, § 227a Abs. 3 GSVG

Die Nutzung der neuen Medien (**Internet**) zur Verlautbarung der von den Sozialversicherungsträgern und vom Hauptverband zu erlassenden Durchführungsvorschriften ist grundsätzlich zu begrüßen, obgleich nicht angenommen werden kann, dass die Gesamtheit der Unternehmer einen Zugang zum Internet hat. Wir regen daher an, dass ergänzend vorzusehen ist, dass die Sozialversicherungsträger über Aufforderung von Normadressaten im Einzelfall verpflichtet sind, die im Internet enthaltenen Bestimmungen in gedruckter Form zu übermitteln.

Verlängerung der Einzahlungsfrist - § 59 Abs.1 ASVG, § 35 Abs. 5 GSVG

Durch die Verlängerung der **Respirofrist** um 3 Tage wird einer langjährigen Forderung der Wirtschaft nachgekommen. Ein einheitlicher Zahlungstermin für Sozialversicherungsbeiträge und Steuern am 15. d. M. wird damit endgültig eingeführt, was von Seiten

der Wirtschaft ausdrücklich als administrative Erleichterung für die Betriebe begrüßt wird.

Public-private-Partnerships - § 81 ASVG, § 43 GSVG

Die Möglichkeit, Kompetenzen im nicht hoheitlichen Bereich der Sozialversicherung im Rahmen von Public-private-Partnerships abzuwickeln, stellt für den Bereich der gesetzlichen Sozialversicherungsträger einen entscheidenden Schritt in Richtung freien Markt dar. Für die gesetzlichen Sozialversicherungsträger eröffnen sich dadurch neue Möglichkeiten, die von diesen zur Bewältigung ihrer Aufgaben genützt werden sollten. In den betriebswirtschaftlichen Analysen, denen die Sozialversicherungsträger in der Vergangenheit wiederholt unterzogen worden sind, wurde eine solche Ermächtigung mehrfach gefordert.

Eine Ausgliederung sollte nur dann zulässig sein, wenn sie der Verbesserung der Servicequalität oder der Erzielung von Einsparungen dient. Unabdingbare Voraussetzung für diesen Schritt ist jedoch die Absicherung, dass durch die Ermächtigung keine Schmälerung von Dienstgeberrechten in der Selbstverwaltung, insbesondere in der Kontrollversammlung, eintritt, weshalb die Regelung noch entsprechend zu ergänzen ist.

Errichtung von Gruppenpraxen - §§ 116 Abs. 3, 131 Abs. 3ASVG, § 78 Abs. 3, 88 Abs. 1,..... GSVG

Obgleich wir Gruppenpraxen dem Grunde nach als wichtige Einrichtungen des Gesundheitswesens zur Ergänzung des extramuralen Leistungsangebots begrüßen, stellen gegenständliche Entwürfe eine ungerechtfertigte Besserstellung einer Vertragspartner-Seite zu Lasten der Wirtschaft und der Versichertengemeinschaft dar und müssen deshalb von uns in der vorliegenden Version abgelehnt werden.

Aus der Sicht der Wirtschaft kann den Plänen zur Schaffung von Gruppenpraxen jedoch zugestimmt werden, wenn gewährleistet ist, dass eine Gleichbehandlung der privaten Krankenanstalten erfolgt:

Da Gruppenpraxen unserer Ansicht nach (vergl. Erkenntnis des VfGH vom 1.3.1996, G 1279/95, G 1280/95) als Krankenanstalten im Sinne des Bundes-KAG (und den ausführenden Landes-KAGs) zu bewerten sind, gehen wir davon aus, dass die wesentlichen krankenanstaltenrechtlichen Regelungen (insbesondere Bewilligungsverfahren, Bedarfsprüfungsverfahren, sanitäre Aufsicht) auch für Gruppenpraxen gelten. Eine entsprechende Klarstellung ist wünschenswert.

Durch das in Gruppenpraxen mögliche breite Leistungsangebot mehrerer Fachrichtungen „unter einem Dach“ ist es wahrscheinlich, daß – auch ohne Kassenverträge – aus dem Titel Wahlarzthilfe eine deutliche Mehrbelastung für die Krankenversicherungsträger entstehen wird (These der angebotsinduzierten Nachfrage im Gesundheitswesen). Weiters darf nicht übersehen werden, dass durch Aufnahme neuer geschäftsführender Gesellschafter die Vertrag–Gruppenpraxis eigenständig die Zahl der Leistungserbringer und die damit verbundenen Kosten erhöhen können. Eine weitere finanzielle Belastung dürfte die Krankenversicherungsträger aber noch rascher in die Unfinanzierbarkeit bringen, wenn nicht gleichzeitig die entsprechenden Ausgleichsmaßnahmen erfolgen.

Seitens der Wirtschaftskammer Österreich wurden im Zusammenhang mit der Gleichbehandlung von privaten Krankenanstalten ein Paket an Gesetzesinitiativen vorbereitet (siehe unten Kapitel Novellierungsvorschläge der WKÖ), das im wesentlichen folgendes vorsieht:

- Anpassung der Rahmenbedingungen privater nicht landesfondsfinanzierter Krankenanstalten: Umstellung auf eine leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung samt flankierenden Maßnahmen (Valorisierung des Finanzierungsdeckels, Verankerung der WKÖ in Bundesstrukturkommission).
- Gesamtvertragsfähigkeit für die privaten Krankenanstalten.

Beschäftigungsverhältnis bei einem Vertragsarzt bzw. bei einer Gruppenpraxis - § 342 Abs.1 Z 3a ASVG

Die Anstellung von Ärzten bei einem Vertragsarzt oder bei einer Vertrags-Gruppenpraxis wird von aufs Entschiedenste abgelehnt. Es muss gewährleistet sein,

dass Vertragsärzte ihre Leistung – wie im Gesamtvertrag vorgesehen - persönlich erbringen und nicht an andere delegieren. Der Patient, der einen Vertragsarzt (Vertrags-Gruppenpraxis) aufsucht, darf nicht der Ungewissheit ausgesetzt sein, ob er nun von einem Angestellten oder von einem Vertragsarzt behandelt wird. Weiters ist festzuhalten, dass eine Anstellung in einer Gruppenpraxis ein weiteres Indiz für das Vorliegen einer Krankenanstalt ist.

Kündigungsschutz von Gruppenpraxen – § 343 Abs. 2 ASVG

Der vorgesehene Kündigungsschutz für eine Gesellschaft, samt Bestandschutz für 35 Jahre, kommt einer Pragmatisierung gleich und ist daher strikt abzulehnen. Da gegenständliche Sonderregelungen überdies nur für Gruppenpraxen gelten soll, widerspricht sie massiv der gebotenen Gleichbehandlung aller Vertragspartner.

Auswahl der Vertragsärzte durch die Ärztekammer – § 343 Abs. 1 ASVG

Die Auswahl der Vertragsärzte soll nunmehr durch die Ärztekammer erfolgen, da, sollte zwischen Ärztekammer und Krankenversicherung keine gemeinsame Reihung innerhalb von 6 Monaten ausgehandelt werden, die Reihung der Österreichischen Ärztekammer ex lege gilt. Es wäre in der Rechtsordnung ein einzigartiges Novum, dass ein Vertragspartner des Gesamtvertrages (nämlich der Krankenversicherungsträger) faktisch und rechtlich keine entscheidende Mitwirkungsmöglichkeit bei der Auswahl seines Einzelvertragspartners mehr haben soll.

Die Dienstgebervertreter der Selbstverwaltung sind daher entschieden gegen diese Regelung, da einerseits die gesetzlichen Vorgaben für die Vereinbarung der Reihungskriterien zu unbestimmt sind, und andererseits diese Bestimmung auf ein Ende der Vertragsfreiheit hinausläuft bzw. ein einseitiges Aufzwingen von Vertragspartnern zur Folge hat.

Nachfolgeordination - § 343 Abs. 1a ASVG

Die beabsichtigte Neueinführung der „Nachfolgeordination“ ermöglicht dem Stellenvorgänger, den Nachfolgekandidaten selbst auszuwählen. Vor dem Hintergrund des aktuellen Meinungsstandes in der Rechtsliteratur über die rechtsstaatlichen Anforderungen einer Stellenvergabe (verbunden mit dem Zugang zu öffentliche Mitteln) ist diese Regelung als äußerst bedenklich zu bezeichnen und wird daher von uns abgelehnt (Ablö-

seunwesen). Da diese Regelung unseres Erachtens überdies die Erwerbsfreiheit des Einzelnen einschränken könnte und daher verfassungsrechtlich bedenklich ist, sollte sie nicht umgesetzt werden.

Entfall des Selbstbehalts bei klinischen Psychologen - § 135 Abs. 6 ASVG

Der erste Schritt zur Einführung eines allgemeinen - wie im GSVG und B-KUVG bereits vorgesehen - 20%igen Selbstbehaltes durch das Sozialrechts-Änderungsgesetz 2000 soll zum Teil wieder rückgängig gemacht werden, indem nunmehr für Leistungen der psychologischen Diagnostik kein Selbstbehalt vorgesehen wird. Da die Wirtschaftskammer in der Einführung eines allgemeinen Kostenanteils stets einen entscheidenden Beitrag zur Sanierung der Krankenkassen gesehen hat, ist diese „Rücknahme“ aus grundsätzlichen Überlegungen abzulehnen.

Mehrfache Krankenversicherung - § 572 Abs.1 u. 581 Abs. 1. ASVG, § 274 Abs. 1a GSVG

Die beabsichtigte Aussetzung der Neuregelung der Sachleistungszuständigkeit bei mehrfacher Krankenversicherung bis zum 1.1.2003 wird, zumal laut den Erläuterungen mit dieser Maßnahme keine finanziellen Auswirkungen verbunden sind, begrüßt.

B-KUVG

Unfallversicherung für Sachwalter - § 1 Abs. 1 Z 13 B-KUVG

Die Erweiterung des begünstigten Versichertenkreises in der Unfallversicherung durch die Einbeziehung von ehrenamtlich tätigen Sachwaltern zu einem sehr günstigen Beitrag (gem. § 26a Abs. 2 Z. 4), erscheint sowohl aus wirtschaftlichen Überlegungen, als aus Gründen einer möglichen Vorbildwirkung für das ASVG bedenklich.

Ausnahme von der Pflichtversicherung für Kleinstunternehmer - § 4 Abs. 1 Z 7 GSVG

Gegenständliche Neuregelung ermöglicht nunmehr „Kleinstunternehmern“ ab dem 57. Lebensjahr einen Antrag auf Ausnahme von der Pflichtversicherung zu stellen, ohne gleichzeitig den Betrieb aufgeben zu müssen.

Dem Grunde nach begrüßen wir einen Gleichklang mit den Ausnahmestimmungen des ASVG. Es ist jedoch nicht einsichtig, dass beispielsweise die Angestellte eines Reisebüros nach Antritt ihrer vorzeitigen Alterspension in geringfügigem Umfang den Beruf einer selbständigen Fremdenführerin ausüben darf, die gleiche Erwerbstätigkeit aber einer vorzeitigen Alterspensionistin nicht ermöglicht wird, die vor Pensionsantritt mehr als 12 Kalendermonate nach dem GSVG versichert gewesen ist.

Wir regen daher an, dass ab Anspruch auf eine vorzeitige Alterspension ein Antrag auf Ausnahme von der Pflichtversicherung in der Kranken- und Pensionsversicherung von Personen gestellt werden kann, deren Umsatz die Umsatzgrenze gem. § 6 Abs. 1 Z. 27 UStG und ihre Einkünfte aus dieser Tätigkeit jährlich das 12fache des Betrages nach § 25 Abs. 4 Z. 2 lit. b nicht übersteigt. Diese Regelung würde für den Bereich der „Kleinstunternehmer“ und geringfügig Beschäftigten eine längst notwendige Harmonisierung herbeiführen.

Ausnahme von der Pflichtversicherung - § 288 Abs. 5 GSVG

Nach dem Wortlaut des ersten Satzes des § 288 Abs. 5 wären alle gemäß § 2 Abs. 1 Z. 4 Pflichtversicherten, die das 55. Lebensjahr am 1.1.2001 vollendet haben, ausgenommen. Es wäre also etwa auch 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 einzubeziehenden Kunstschaffenden - 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).

Künstlersozialversicherung – § 288 Abs. 6 und 7 GSVG

Den in den vorgelegten Entwürfen neuerlich enthaltenen Ausnahmetatbeständen für Kunstschaffende können wir unsere Zustimmung nicht erteilen. Dieser Personenkreis war weitestgehend völlig systemwidrig schon bisher aus der „Werkvertragsregelung“ ausgenommen. Wir weisen weiters darauf hin, dass auch für weitere Gruppen von Erwerbstätigen, die erst später in die Werkvertragsregelung einbezogen worden sind –

etwa nebenberuflich Vortragende an Erwachsenenbildungseinrichtungen – keine vergleichbaren Ausnahmetatbestände vorgesehen worden sind. Es ist letztlich nicht einzusehen, dass Kunstschaaffende, deren Sozialversicherungsbeiträge noch dazu durch Beiträge von Bund und Wirtschaft gefördert werden sollen, darüber hinaus noch gegenüber allen anderen Gruppen von Erwerbstätigen privilegiert werden sollen.

Dringende Novellierungsvorschläge der Wirtschaftskammer Österreich

Krankenkassensanierung

Im Bereich der Krankenversicherungen verschärft sich, wie allseits bekannt ist, das Problem der zunehmend defizitären Entwicklung. Es sind daher dringend Maßnahmen zu ergreifen, damit die Kostensteigerungen in Zukunft den Zuwachs an Einnahmen nicht übersteigen und in der Folge eine Beitragsanhebung erzwingen, die dem Regierungsübereinkommen widersprechen und von uns mit Nachdruck abgelehnt wird.

Die Umsetzung der im Regierungsprogramm vereinbarten Sanierungsmaßnahmen wird daher von uns nochmals eingefordert. An Stelle der Krankenscheingebühr muss auf ein System von Selbsthalten in den Krankenversicherungen - unter Ausnahme der sozial Schutzbedürftigen und Kinder – umgestellt werden. Bis zur Einführung der Chipkarte soll ein pauschaler Selbstbehalt (gestaffelt: praktischer Arzt, Facharzt inkl. Zahnarzt und Ambulanz) eingeführt werden. Im Bereich der Heilbehelfe muss die Kostenbeteiligung im ASVG-Bereich auf 20% angehoben werden, ebenso bei medizinischer Rehabilitation und für Sehbehelfe.

Eine sinnvolle Straffung und Verteilung von Kostenbeteiligungen bei den verschiedenen Leistungsanbietern würde die bürokratische und weitgehend wirkungslosen Ambulanzgebühren obsolet machen und eine zweckmäßige Verlagerung vom stationären/ambulantem hin zum niedergelassenen Bereich bewirken.

Die WKÖ fordert daher die rasche Einführung eines generellen Selbstbehaltes, die Senkung des Krankengeldes auf 52 Wochen und eine Kostenbeteiligung bei Heilbehelfen (wie Rehab-Produkte, Sehbehelfe u.a.). Durch diese Sofortmaßnahmen würden

aus unserer Sicht Mehreinnahmen bzw. Einsparungen von rund 4,4 Mrd. lukriert werden können.

Die Umsetzung der von der Regierung in Aussicht gestellten weiteren kostensenkenden Maßnahmen, wie z.B. die Anzahl rezeptfrei erhältlicher Arzneimittel zur Selbstmedikation auf ein vergleichbares europäisches Niveau heranzuführen (mittelfristige Einsparung von 0,5 – 2 Mrd. Schilling) oder die Beschränkung der Ausgaben für Transportkosten auf echte medizinische Notwendigkeiten, sollten im nächsten Jahr umgesetzt werden.

Abschaffung der Ambulanzgebühren insbesondere im GSVG

Da die Regelungen über die Ambulanzgebühren unzweckmäßig konzipiert sind, sie überdies keine bzw. vollkommen unzureichende finanzielle Wirkung zeigen und die Verwaltungskosten in keinem Verhältnis zu den Einnahmen stehen, regen wir die generelle Überarbeitung der Regelung der Ambulanzgebühr an.

Da sich im Bereich des GSVG die Situation besonders nachteilig auswirkt, muss dort der Entfall sofort umgesetzt werden. Der § 91 a GSVG muss daher aus folgenden Gründen rückwirkend gestrichen werden:

Die Einführung von Behandlungsbeiträgen erfolgte als Lenkungsmaßnahme mit dem Ziel, die Patienten verstärkt bei niedergelassenen Ärzten zu versorgen und damit die Frequenz in Spitalsambulanzen zu reduzieren. Als allenfalls notwendig erweist sich diese "Lenkungsmaßnahme" aber ausschließlich im Bereich der ASVG-Krankenversicherung, die bislang keine Kostenbeteiligung als Regulativ kannte.

Das GSVG kennt schon bisher den Selbstbehalt, der einerseits durch die Kostenbeteiligung der Versicherten ausgabendämpfend wirkte, und andererseits für den Versicherungsträger einen Mittelzufluß zur Folge hat. Durch den Entfall der Kostenbeteiligung für Ambulanzleistungen entstehen geschätzte **Mindereinnahmen von 31,6 Mio. S**. Die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft soll jetzt nicht nur mit zusätzlichen Verwaltungskosten belastet werden, sondern muss zusätzlich die Ambulanzgebühr zur Gänze an den Ausgleichsfonds abführen. Da dieser Nachteil ausschließlich die gewerbliche Krankenversicherung trifft, lehnen wir dies entschieden ab.

Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger

Das SRÄG 2000, BGBl. I Nr. 101/2000, sieht ab 1.1.2001 für den Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger eine Neuordnung der Finanzierung und die Aufnahme der Sozialversicherungsanstalt der Bauern in den Ausgleichsfonds vor. Da diese Regelung eine krasse Benachteiligung für die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft darstellt, müssen diese Bestimmungen ausgesetzt werden bis eine gerechte Lösung vorliegt.

Derzeit sind die neun Gebietskrankenkassen, die Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaus, die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft und die Sozialversicherungsanstalt der Bauern in die Ausgleichsregelung mit der Zielrichtung einer ausgeglichenen Gebarung bzw. einer ausreichenden Liquidität einbezogen. Nach wie vor soll dagegen die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter nicht eingebunden werden. Durch diese Neustrukturierung in Verbindung mit der Zweckrichtung der Finanzierungsmaßnahmen entsteht eine deutliche "Schiefelage" zu Ungunsten der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft:

Verstärkt wird die "Einseitigkeit" der Maßnahme noch durch das Faktum, dass die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft auf Grund ihrer positiven Gebarung in der Krankenversicherung zum "Nettozahler" wird. Berücksichtigt man zudem noch die notorischen Finanzierungsprobleme in der bäuerlichen Krankenversicherung, wird deutlich, dass ausschließlich die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft im Vergleich zur geltenden Rechtslage gravierende finanzielle Nachteile hinzunehmen hätte.

Zur Veranschaulichung nachstehendes Zahlenmaterial:

Die Überweisungen der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft an den Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger beliefen sich im Jahr 1999 auf rund 100 Mio. S. Dem stehen seit 1996 keine Zuwendungen aus dem Ausgleichsfonds gegenüber. Allein die Beitragserhöhung auf 2 v.H. würde daher eine Mehrbelastung von rund 38.Mio bedeuten.

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 Vertragsarztabrechnung 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 vH 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.”

Teilzeitbeihilfe nach dem GSVG

Der VfGH hob mit Erkenntnis vom 4.10.2000, G 71/00, die Worte “weiblichen” in § 102 Abs. 5 GSVG und “Mutter” in § 102 Abs. 1 GSVG als verfassungswidrig auf. Die Aufhebung tritt mit 30. Juni 2001 in Kraft.

Es ist daher eine geschlechtsneutrale Formulierung dieser Bestimmungen hinsichtlich der Gewährung von Teilzeitbeihilfe notwendig, was auch erfordert, dass die Teilzeitbeihilfe nicht unter die Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft subsumiert wird.

In diesem Zusammenhang sind nachstehende legislative Vorkehrungen zu treffen:

- Die Teilzeitbeihilfe stellt keine Leistung aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft dar. Systematisch müsste daher die Überschrift im Abschnitt II, 2. Unterabschnitt GSVG lauten: “Leistungen der Krankenversicherung im besonderen *und Teilzeitbeihilfe*”.
- Die neue Bestimmung ist in einer Weise zu formulieren, die sicherstellt, dass ein zeitgleicher Bezug nicht möglich ist, sofern beide Elternteile die Voraussetzungen der Anspruchsberechtigung erfüllen. In diesem Zusammenhang ist auch ein möglicher Wechsel zwischen Mutter und Vater zu erwägen.

- Es muss sichergestellt sein, dass in Fällen, in denen ein Elternteil zum Kreis der nach dem KGG Anspruchsberechtigten gehört und der andere Elternteil zum Kreis der nach § 102b GSVG Anspruchsberechtigten, kein Doppelbezug erfolgen kann.

Private Krankenanstalten

Die privaten Krankenanstalten leisten einen entscheidenden Beitrag zur qualitativ hochwertigen, wohnortnahen Patientenversorgung und tragen wesentlich dazu bei, den Patienten im Sinne des normierten Rechtsträgerpluralismus eine ausreichende Wahlmöglichkeiten hinsichtlich ihrer medizinischen Behandlung anzubieten.

Um den privaten Krankenanstalten auch trotz der sich in den letzten Jahren massiv ändernden Rahmenbedingungen die Aufrechterhaltung ihrer exzellenten Leistungsqualität zu sichern und den Patienten auch weiter den Zugang im bisherigen Umfang zu ermöglichen, unterbreitet die Wirtschaftskammer Österreich nachfolgende Novellierungsvorschläge:

Höhe der Verpflegskosten und die Zahlungsbedingungen (§ 149 Abs. 3 ASVG)

Nachfolgende Änderung soll bezwecken, dass ab 1.1.2001 dem allgemeinen Trend entsprechend auch die privaten, nicht landesfondsfinanzierten Krankenanstalten über ein leistungsorientiertes Finanzierungsmodell abzurechnen.

Der derzeitige pflegetageorientierte Vergütungsansatz, der für die Behandlung einer Lungenentzündung und eines Aortenaneurysmas – bei gleicher Verweildauer – dieselbe Honorierung vorsieht, muss als leistungsfeindlich qualifiziert werden.

Trotz des derzeit leistungsfeindlichen Finanzierungssystems haben es die Privatkrankeanstalten bisher geschafft, durch einen besonders effizienten Ressourceneinsatz ein ausgezeichnetes medizinisches Leistungsspektrum zu erreichen. Um dieses exzellente Niveau zum Wohle des Patienten zu erhalten und eine Abkoppelung vom medizinischen Fortschritt zu verhindern, ist eine Umstellung auf ein leistungsbezogenes Finanzierungsmodell unumgänglich. Die gestiegenen gesetzlichen Anforderungen sowie die sich laufend erhöhenden Ansprüche an die medizinisch-technische Ausstattung und Betreuungsqualität in Verbindung mit sich laufend verkürzenden Verweildauern gefähr-

den nachhaltig die Aufrechterhaltung der exzellenten Leistungsqualität der Privatkrankeanstalten.

Somit ist folgende Änderung im ASVG erforderlich

§ 149 Abs. 3 ASVG

„Auf der Grundlage eines einvernehmlich festzulegenden Modells der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung sind die Höhe der Behandlungs- und Verpflegskosten (stationäre Pflege) und die Zahlungsbedingungen hierfür durch Verträge festzulegen, die für die Träger der Sozialversicherung durch den Hauptverband abzuschließen sind. Nicht umfasst hievon sind die von einem Träger der Krankenversicherung eingerichteten Krankenanstalten.“

(Die Absätze 1, 2, 4 und 5 bleiben dabei in der bis zum 31.12.2000 gültigen Fassung auch ab dem 1.1.2001 weiterhin gültig.)

Ergänzend sei angemerkt, dass die in der oben angeführten Änderung des § 149 ASVG Abs. 3 ASVG vorgenommene Erweiterung des Begriffes „Verpflegskosten“ auf „Behandlungs- und Verpflegskosten“ lediglich eine terminologische Aktualisierung darstellt, die die Vergütung der medizinischen Leistung – neben den Verpflegskosten – besser zum Ausdruck bringt.

Pflegekostenzuschuss (§ 150 ASVG)

§ 150 Abs. 1 ASVG vorsieht vor, dass der Versicherungsträger den Versicherten einen Pflegekostenzuschuss nur dann zu leisten hat, wenn die Anstaltspflege notwendig und unaufschiebbar war.

Eine Analyse jener sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen, die den Kostenersatz für stationäre Aufenthalte in jenen privaten Krankenanstalten, die keine Direktverrechnungsverträge mit Sozialversicherungsträgern haben, regeln, zeigt dass es für verschiedene Gruppen von Versicherten eine sachlich nicht gerechtfertigte Ungleichbehandlung gibt:

Während in § 150 ASVG sowie in § 93 BSVG neben der Notwendigkeit des stationären Aufenthaltes auch dessen Unaufschiebbarkeit eine zwingende Anspruchsvorausset-

zung für die Kostenerstattung ist, fehlt dieses Tatbestandsmerkmal in den korrespondierenden Bestimmungen in § 98a GSVG sowie § 68a B-KUVG.

Daraus folgt, dass Gewerbetreibende bzw. Selbständige sowie Beamte bei notwendiger Anstaltspflege jedenfalls Anspruch auf Kostenersatz haben, während für Arbeiter, Angestellte und Bauern durch das zusätzliche Kriterium der Unaufschiebbarkeit starke Rechtsunsicherheit bezüglich eines allfälligen Kostenersatzes für Anstaltspflege in einer privaten Krankenanstalt besteht. Dadurch erscheint die in der Rechtsordnung grundsätzlich verankerte Wahlfreiheit bezüglich der medizinischen Versorgung für diese Versichertengruppen deutlich eingeschränkt.

Im Bereich der Krankenbehandlung durch niedergelassene Ärzte ist die angesprochene Wahlfreiheit auch im Bereich des ASVG sehr wohl gegeben: Bei den Erstentwürfen zum ASVG wurde nur von einem Vertragspartnersystem sowohl bei den freipraktizierenden Ärzten als auch bei den Krankenanstalten ausgegangen. Die freipraktizierenden Ärzte haben durch energische Proteste das Wahlarztsystem durchgesetzt. Im Bereich der Krankenanstalten ist jedoch eine entsprechende Anpassung bis heute nicht erfolgt. Durch diese Ausgrenzung der Wahlkrankenanstalten ist es in der Folge zu einer Asymmetrie zwischen den Kostenerstattungsbestimmungen für die Krankenbehandlungen gem. § 131 ASVG und die Anstaltspflege gem. § 150 ASVG gekommen.

Nachfolgender Änderungsvorschlag führt dazu, dass einerseits wie im GSVG und im B-KUVG die Notwendigkeit des stationären Aufenthalts die einzige Anspruchsvoraussetzung für einen Kostenersatz nach Behandlung in einer privaten Krankenanstalt ohne Vertrag gemäß § 149 ASVG ist. Dadurch entsteht auch für jene Versicherten, die eine „Wahlkrankenanstalt“ in Anspruch nehmen, die Rechtssicherheit, bei notwendigen stationären Aufenthalten jedenfalls Anspruch auf Kostenerstattung zu haben. Dadurch wird auch eine Harmonisierung mit jenen Versichertengruppen erreicht, die dem GSVG und dem B-KUVG unterliegen.

Um nun eine Gleichbehandlung der ASVG-Versicherten mit anderen Versichertengruppen zu erreichen, schlagen wir vor, die grundsätzliche Weitergeltung von § 150 ASVG in der bis zum 31.12.2000 geltenden Fassung auch ab dem 1.1.2001 zu verankern,

sowie in Abänderung von § 150 Abs. 1 erster Satz die Wortfolge "und unaufschiebbar" zu streichen.

Gesamtvertragsfähigkeit (§ 349 Abs. 1 ASVG)

Gemäß § 349 ASVG ist es den privaten Krankenanstalten und Kurbetrieben derzeit verwehrt, Gesamtverträge mit den Sozialversicherungsträgern abzuschließen. Dies, obwohl es seit Jahren sogar den freiberuflich tätigen Psychologen bzw. den Psychotherapeuten ermöglicht wurde, entsprechende Gesamtverträge zu vereinbaren. Somit sind die privaten Krankenanstalten und Kurbetriebe die einzige wesentliche Sparte des privaten Gesundheitswesens in Österreich, die nicht über eine Gesamtvertragsfähigkeit verfügt.

Gesamtverträge sind ein im Sozialversicherungsrecht bewährtes Regelungsinstrument, das insbesondere zur gemeinsamen Bedarfsfeststellung dient und ein geregeltes Verfahren zur Beilegung von Streitigkeiten anbietet. Deshalb erscheint es aus Gleichheitsgründen nicht als einsehbar, warum die privaten Krankenanstalten nicht über eine Gesamtvertragsfähigkeit verfügen.

Aus historischer Perspektive ist anzumerken, dass die durch die Etablierung der Rechtsform des selbständigen Ambulatoriums stark gestiegene Zahl von Privatkrankenanstalten eine weitere Begründung für die Etablierung der Gesamtvertragsfähigkeit der Privatkrankenanstalten darstellt.

Novellierungsvorschlag zu § 349 Abs. 1 ASVG

„Die Beziehung zwischen den Trägern der Krankenversicherung und den privaten Krankenanstalten und Kurbetrieben werden durch Gesamtverträge geregelt. Hierbei finden die Bestimmungen der §§ 340 Abs. 1, 341 bis 343a mit der Maßgabe sinngemäß Anwendung, dass an die Stelle der Ärztekammer, die gesetzliche Interessensvertretung der privaten Krankenanstalten und Kurbetrieben tritt.“

Die bisherigen Absätze 1, 2, 3 und 4 erhalten die Bezeichnung 2, 3, 4 und 5.

Valorisierung des Finanzierungsdeckels (§ 567 Abs. 6 ASVG)

Um eine Gleichstellung der nicht landesfondsfinanzierten Privatkrankenanstalten mit den Fondskrankenanstalten zumindest hinsichtlich der Valorisierung der zur Verfügung stehenden Gesamtausgaben der Sozialversicherungsträger zu erreichen, sollen die für das Jahr 2001 zur Verfügung stehenden Mittel im Gesetz festgelegt werden (auf Basis des im Rahmenvertrages vom 15. Jänner 1997 zwischen der Wirtschaftskammer Österreich, Fachverband der privaten Krankenanstalten und Kurbetriebe sowie dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger festgelegten Mittel). Ab dem Jahr 2002 sollen sodann die zur Verfügung stehenden Mittel entsprechend dem Beitragsaufkommen der Krankenversicherungsträger erhöht werden.

Wir schlagen daher eine Ergänzung der derzeit gültigen Fassung des 6. Absatzes vor:

„Ab dem 1. Jänner 2001 gilt folgende Regelung: Die Gesamtausgaben der Sozialversicherungsträger für die Verpflegskosten gemäß § 149 Abs. 3 für Anstaltspflege in nicht landesfondsfinanzierten Privatkrankenanstalten (ausgenommen jene Krankenanstalten, deren Rechtsträger Sozialversicherungsträger sind wie beispielsweise die Unfallkrankenhäuser, Krankenanstalten deren Rechtsträger der Bund ist, Sonderkrankenanstalten für Kur und Rehabilitation, die durch das Anton-Proksch-Institut betriebenen Sonderkrankenanstalten in Wien und Mödling, Sonderkrankenanstalt und Genesungsheim Salzburg für Alkohol- und Medikamentenabhängige, Sonderkrankenanstalt Zicksee, Sonderkrankenanstalt für Heilpädagogik Linz sowie Krankenanstalten in der Betriebsform eines Entbindungsheimes wie beispielsweise Kuchl, Lustenau oder Egg) betragen für das Jahr 2001 jenen Betrag, der dem entsprechend der Entwicklung der Beitragseinnahmen in den Jahren 1997 bis 2000 valorisierten Betrag von ATS 977.740.726,06 entspricht. Ab dem Jahr 2002 errechnen sich die Gesamtausgaben aus dem jeweiligen Jahresbeitrag des Vorjahres, erhöht um jenen Prozentsatz, in dem die Beitragseinnahmen der Träger der Krankenversicherung gegenüber dem jeweils vorangegangenen Jahr gestiegen sind.“

Aufnahme der Wirtschaftskammer Österreich in die Bundesstrukturkommission

Gemäß Art. 21 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 (im folgenden „Artikel 15a-Vereinbarung“ genannt) hat der Bund eine Strukturkommission einzurichten. Dieser Strukturkommission gehören Vertreter des Bundes, der Landeskommissionen, der Sozialversicherung, der Interessensvertretungen der Städte und der Gemeinden und ein gemeinsamer Vertreter der Österreichischen Bischofskonferenz und des Evangelischen Oberkirchenrates an. Derzeit gehört die Wirtschaftskammer als gesetzliche Interessenvertretung der privaten Krankenanstalten der Bundesstrukturkommission nicht an.

Eine der wesentlichen Kompetenzen der Bundesstrukturkommission ist die Festlegung des zu einem Leistungsangebotsplan weiterentwickelten Österreichischen Krankenanstaltenplanes einschließlich des Großgeräteplanes im Einvernehmen mit den Ländern. Der Großgeräteplan ist für die privaten Krankenanstalten insofern von vitalem Interesse, als sich die Sozialversicherungsträger beim Abschluss von Verträgen an den Großgeräteplan – bei sonstiger Rechtsunwirksamkeit der Verträge – zu halten haben (§ 338 Abs. 2a ASVG). Insofern erscheint es aus unserer Sicht nicht vertretbar, dass die gesetzliche Interessenvertretung der privaten Krankenanstalten der Bundesstrukturkommission nicht angehört.

Die Wirtschaftskammer Österreich regt daher an:

- Im Rahmen der Neufassung der Artikel 15a-Vereinbarung (oder einer allfälligen anderen, neuen gesetzlichen Grundlage) ist die Aufnahme der Wirtschaftskammer Österreich in die Bundesstrukturkommission mit 1.1.2001 zu verankern.
- Die Textierung des derzeitigen Art. 21 Abs. 4 Z. 3 der Artikel 15a-Vereinbarung ist dahingehend anzupassen, dass hinsichtlich jener Bereiche des Österreichischen Krankenanstaltenplans und des Großgeräteplans, die nicht die Fondskrankenanstalten betreffen, das Einvernehmen nicht mit den Ländern, sondern mit der gesetzlichen Interessenvertretung der privaten Krankenanstalten hergestellt werden muss.

Einbeziehung in den Großgeräteplan (§ 338 Abs. 2a ASVG)

Im Rahmen der vom Fachverband der privaten Krankenanstalten und Kurbetriebe der Wirtschaftskammer Österreich angestrebten Gesamtvertragsfähigkeit der gesetzlichen Interessenvertretungen der privaten Krankenanstalten und Kurbetriebe erscheint es systemkonform, diese auch in die Gestaltung jener Bereiche des Großgeräteplanes miteinzubeziehen, die nicht die Fondskrankenanstalten betreffen. Deshalb wird durch die Wirtschaftskammer Österreich gesondert die Änderung des Art. 21 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 beantragt. Diese Änderung ist insofern von eminenter Bedeutung, als Verträge, die dem Großgeräteplan widersprechen, mit Nichtigkeit bedroht sind.

Um eine in sich konsistente Regelung zu erhalten, schlagen wir folgende neue Textierung des § 338 Abs. 2a vor:

„Die Versicherungsträger haben sich beim Abschluss von Verträgen nach Abs. 1 an einen vom Bund nach Abstimmung mit der Sozialversicherung und im Einvernehmen mit den Ländern festzulegenden Großgeräteplan zu halten. Bei jenen Krankenanstalten, die keine Fondskrankenanstalten sind, ist das Einvernehmen nicht mit den Ländern, sondern mit deren gesetzlichen Interessenvertretungen herzustellen. Verträge, die dem widersprechen, sind ungültig.“

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Christoph Leitl
Präsident

Dr. Reinhold Mitterlehner
Generalsekretär-Stv.