

BUNDESMINISTERIUM FÜR
GESUNDHEIT UND FRAUEN



XXII. GP.-NR

1056/AB

2004 -01- 09

zu 1051/13

Herrn
Präsidenten des Nationalrates
Parlament
1010 Wien

(5-fach)

GZ: 11.001/100-I/A/3/03

Wien, 30.12.03

Sehr geehrter Herr Präsident!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische **Anfrage Nr. 1051/J der Abgeordneten Haidlmayr, Freundinnen und Freunde** wie folgt:

Fragen 1 bis 6:

Zu den in Abschnitt C des Berichts aufgelisteten Punkten, die den Wirkungsbereich meines Ressorts betreffen, ist Folgendes zu bemerken:

Zu Punkt II/4 – Allgemeines Sozialversicherungsgesetz:

Freizeitunfall/Arbeitsunfall:

Im Sozialversicherungsbereich obliegt es den Krankenversicherungsträgern, Maßnahmen zur Verhütung von Unfällen im Freizeit- und Haushaltsbereich zu setzen, wobei hier insbesondere auf deren diesbezügliche Aufgaben im Rahmen der Gesundheitsförderung hinzuweisen ist.

Hinsichtlich der Differenzierung zwischen Freizeit- und Arbeitsunfällen ist eine Änderung derzeit nicht geplant. Die diesbezüglich im gegenständlichen Bericht enthaltene Begründung ist nach wie vor gültig.

Daran vermag auch der mit Wirksamkeit ab 1. Jänner 2004 im Rahmen des Budgetbegleitgesetzes 2003 eingeführte Ergänzungsbeitrag zum Krankenversicherungsbeitrag der Dienstnehmer(innen), der selbständig Erwerbstätigen, der Pensionist(inn)en, der Bezieher(innen) von Übergangsgeld und der Ruhegenussbezieher(innen) sowie der Personen, die eine Form der freiwilligen Versicherung in der Krankenversicherung eingegangen sind, im Ausmaß von 0,1 % der allgemeinen Beitragsgrundlage (der Pension bzw. des Ruhegenusses) nichts zu ändern.

Rehabilitation:

Was die Maßnahmen der Rehabilitation anlangt, ist noch Folgendes auszuführen:

Die Kranken- und die Unfallversicherung verfolgen unterschiedliche Ziele. Die Unfallversicherung bezieht sich auf Arbeitsunfälle und zielt daher auf die Wiedereingliederung des (der) Verunfallten in das Arbeitsleben und die möglichst vollständige Wiederherstellung seiner (ihrer) ursprünglichen Arbeitsfähigkeit ab. Neben der medizinischen ist daher auch die berufliche und soziale Rehabilitation vorgesehen.

Ziel der Krankenbehandlung im Rahmen der Krankenversicherung ist hingegen, die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit und die Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, nach Möglichkeit wiederherzustellen. Die Krankenbehandlung muss dabei ausreichend und zweckmäßig sein, darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Auf die medizinische Rehabilitation im Rahmen der Krankenversicherung besteht kein individueller Rechtsanspruch, sie wird vielmehr nach pflichtgemäßem Ermessen gewährt.

Über den Antrag auf Zuerkennung einer Leistung aus der Krankenversicherung oder auf Gewährung von Unfallheilbehandlung, von Familien-, Tag-, Versehrten- und Übergangsgeld oder von Körperersatzstücken, orthopädischen Behelfen und anderen Hilfsmitteln aus der Unfallversicherung, ferner bei amtswegiger Feststellung der angeführten Leistungen der Unfallversicherung ist ein Bescheid zu erlassen, wenn der Versicherungsträger von sich aus ohne Einwilligung des (der) Erkrankten (Versehrten) Anstaltspflege oder Wiederaufnahme der Heilbehandlung verfügt, oder wenn die beantragte Leistung ganz oder teilweise abgelehnt wird und der (die) Anspruchswerber(in) ausdrücklich einen Bescheid verlangt. Ein Bescheid ist jedenfalls auch zu erlassen über den Antrag auf Zuerkennung oder über die amtswegige Feststellung einer sonstigen Leistung aus der Unfallversicherung, ausgenommen eine Leistung nach § 173 Z 1 lit. c ASVG (berufliche und soziale Maßnahmen der Rehabilitation), sowie die Feststellung, dass eine Gesundheitsstörung Folge eines Arbeitsunfalles bzw. einer Berufskrankheit ist (vgl. § 367 ASVG).

Eine Ausdehnung der diesbezüglichen Bescheiderlassungspflicht ist derzeit ebenfalls nicht in Aussicht genommen.

Zu Punkt II/5 - Ärztegesetz:

An der bisherigen ablehnenden Haltung zu einer Änderung des ÄrzteG 1998 dahingehend, dass für Ordinationsstätten verpflichtend ein barrierefreier Zugang vorgesehen wird, hat sich nichts geändert.

Die generelle Vorgabe im ÄrzteG 1998 ließe außer Acht, dass allein bereits die Möglichkeiten für einen barrierefreien Zugang maßgeblich von den baulichen Möglichkeiten bestimmt werden. Damit würde etwa in zahlreichen Teilen Wiens mit alter und sehr alter Bausubstanz der Betrieb ärztlicher Ordinationsstätten unmöglich gemacht werden. Überdies muss auch dort, wo ein Umbau rein technisch möglich ist, die Finanzierbarkeit im Auge behalten werden. Schließlich sind umfangreiche Umbauarbeiten auch an die Zustimmung des Hauseigentümers bzw. der Wohnungseigentümer gebunden und damit nicht (allein) in der Entscheidungsgewalt des/der betreffenden Arztes/Ärztin.

Schließlich würde die Umsetzung des Anliegens im ÄrzteG 1998 auch bedeuten, dass sämtliche Ärzte/Ärztinnen – auch solche ohne Kassenvertrag bzw. Kassenverträge, die allenfalls auch als ausschließlich privat tätige Ärzte/Patienten/Patientinnen, die einen barrierefreien Zugang benötigen, nicht betreuen – zu derartigen Ordinationsstätten verpflichtet wären.

An die bisherigen Hinweise einer kompetenzrechtlichen Zuordnung des Themenkreises barrierefreier Zugänge in die Zuständigkeit der Länder auf Grund deren Zuständigkeit auf dem Gebiet des Bauwesens sei schließlich erinnert.

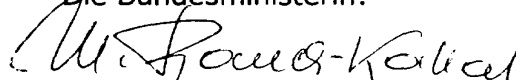
Aus der Sicht des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen ist daher vielmehr der nunmehr eingeschlagene Weg einer Umsetzung des Anliegens barrierefreier Zugänge zu Arztordinationen auf der Ebene des Sozialversicherungsrechts zu bevorzugen. So sieht § 342 Abs. 1 Z 9 ASVG idF BGBl. I 2001/99 vor, dass bei Vertrags-Gruppenpraxen die Voraussetzung eines behindertengerechten Zugangs bereits Inhalt des Gesamtvertrages zu sein hat. Überdies ist auch § 2 Abs. 1 Z 4 der Verordnung BGBl. II 2002/487 über sog. „Reihungskriterien“ bei der Vergabe von Einzelverträgen mit Kassenversicherungsträgern zu nennen, nach dem die Zusage, einen barrierefreien Zugang zu schaffen, ein wesentliches Kriterium für die Reihung der Bewerber/innen ist. Schließlich darf auf die Berichte zu der eben erzielten Einigung zwischen der Wiener GKK und der Ärztekammer für Wien verwiesen werden, wonach u.a. bei der Schaffung neuer Planstellen ein barrierefreier Zugang vorgesehen ist. Zusätzlich haben sich die Vertragspartner vorgenommen, in den nächsten fünf Jahren unter Berücksichtigung der Bausubstanz in Wien 12% der Wiener Arztordinationen mit GKK-Verträgen barrierefrei zu gestalten.

Zu Punkt II/6: Verordnung über vordringliche Maßnahmen zur Erhaltung der Volksgesundheit (BGBl.Nr. 274/1981)

Die bisherige Argumentation bleibt aufrecht, der Vorwurf, der Begriff „Volksgesundheit“ wäre eine aus der NS-Zeit stammende Ausdrucksweise, ist schärfstens zurückzuweisen. Es handelt sich bei der Verwendung dieses Begriffes in der Rechtsprechung des VfGH vielmehr um die Auslegung des Kompetenztatbestandes „Gesundheitswesen“ gem. Art. 10 Abs. 1 Z. 12 B-VG als Obsorge für den allgemeinen Gesundheitszustand der Bevölkerung (vgl. z.B. bereits VfSlg 3650), im Gegensatz zu zahlreichen anderen Regelungen zum Schutz der Gesundheit, die allerdings typisch für eine bestimmte Materie und daher in deren Zusammenhang zu regeln sind (vgl. dem Gesundheitsschutz dienende Bestimmungen im Gewerbe- und im Kraftfahrwesen). Rechtshistorisch ist die Behauptung der Verwendung einer NS-Diktion schlicht mit dem Hinweis auf die Kundmachung RGBl 1918/297, durch die ein „Ministerium für Volksgesundheit“ errichtet wurde, zu widerlegen.

Mit freundlichen Grüßen

Die Bundesministerin:


Maria Rauch-Kallat