

**HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER**

A-1031 WIEN

KUNDMANNGASSE 21

POSTFACH 600 DVR 0024279

VORWAHL Inland: 01, Ausland: +43-1

TEL. 711 32 / KI. 1211

TELEFAX 711 32 3775

Zl. 12-REP-42.01/07 Ht/Gm

Wien, 19. Oktober 2007

An das  
**Bundesministerium für  
Gesundheit, Familie und Jugend**

Eingelangt am per E-Mail  
Zl: 22. Okt. 2007

An das  
**Präsidium des Nationalrats**

ÖSTERREICH PARLAMENTARISCHER RAT BÜRO 23. Okt. 2007 Zl. .... Bl. ....
---

per E-Mail

Betr.: Entwurf eines Bundesgesetzes, mit dem das  
ASVG, GSVG, BSVG, B-KUVG, AIVG, SUG,  
HVG, KOVG und das FLAG geändert wer-  
den

RLW

Bezug: E-Mail des BMGFJ vom 12. Oktober 2007

Sehr geehrte Damen und Herren!

Zum gegenständlichen Gesetzesentwurf gibt der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger folgende Stellungnahme ab (wobei sich die Anmerkungen, die beim ASVG gemacht werden, sich auch auf die betroffenen Parallelbestimmungen der übrigen Sozialversicherungsgesetze erstrecken):

Angesichts der kurzen **Begutachtungsfrist von nur einer Woche** war es nur schwer möglich, alle Details der Stellungnahmen der Sozialversicherungsträger einschließlich der bisherigen Entwicklungen zu einer einheitlichen Stellungnahme zusammen zu fassen. **Es wird dringend ersucht, für derartige Stellungnahmen künftig längere Begutachtungsfristen vor zu sehen.**

Wenn zu einem Thema in dieser Stellungnahme somit nicht Stellung genommen wurde, darf daraus nicht der Schluss gezogen werden, eine Vorgangsweise oder ein Vorschlag sei stillschweigend akzeptiert worden.

Die jüngst finalisierte Vereinbarung nach Art. 15a über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens enthält einige Regeln, die das Sozialversicherungsrecht betreffen, die aber nicht im vorliegenden Begutachtungsentwurf vorhanden sind. Wir gehen davon aus, dass die entsprechenden Umsetzungsbestimmungen ebenfalls einem Begutachtungsverfahren unterzogen werden.

### Zum Vorschlag der Rezeptgebühren-Obergrenze

Sozialpolitisch wäre die Einführung einer Obergrenze bei der Rezeptgebühr ausdrücklich zu begrüßen. **Aufgrund der bekannten finanziellen Situation der sozialen Krankenversicherung bedarf aber der prognostizierte jährliche Einnahmentfall in Höhe von etwa € 60 Mio. jedenfalls einer finanziellen Kompensation.**

Zur Formulierung des Entwurfes, wonach die Landesvertretungen der Ärzte und Apotheker einzubinden seien, darf auf die Erfahrungen aus dem e-card-Projekt und damit auf die einschlägige **Stellungnahme des Rechnungshofes<sup>1</sup>** verwiesen werden:

Der Rechnungshof vertritt die Ansicht, dass es für die Aufrechterhaltung eines auf Dauer funktionierenden Gesundheitswesens für die Gesamtbevölkerung notwendig sein wird, **statt betriebswirtschaftlicher Überlegungen von Ärzten eher volkswirtschaftliche Überlegungen** hinsichtlich der Allgemeinverträglichkeit einschlägiger Rechtsnormen anzustellen (siehe Seite 74 der in der Fußnote verlinkten Fassung des Berichtes „Reihe Bund 2006/5“).

Der Rechnungshof hält weiter fest, dass das Vertragspartnerrecht dort einzugrenzen wäre, wo es gesundheitspolitische Entwicklungen behindert.

Es stellt sich somit die Frage, wozu die im Entwurf vorgesehene „Einbindung“ vorgesehen ist: Der Hauptverband hat für das Thema eine Lösungsmöglichkeit erarbeitet, die weder dem Arzt noch dem Apotheker zusätzliche Aufgaben überträgt.

Die im Entwurf vorgeschlagene „Einbindung“ hätte daher zu entfallen.

Auch andere Gruppen von Freiberuflern haben technische und organisatorische Umstellungen akzeptieren müssen, ohne in deren Entwicklung gesetzlich aus-

drücklich „eingebunden“ zu werden (vgl. nur die EDV-Umstellungen bei Rechtsanwälten und Wirtschaftstreuhandern). Selbstverständlich ist und bleibt es, dass man mit den Betroffenen spricht und ihnen die Abläufe möglichst vereinfacht. Das ist auch ohne Einbindung sinnvoll und notwendig.

Es wäre im Gegenteil notwendig, die in den Erläuterungen angedeutete raschere Abwicklung dadurch zu unterstützen, dass im Gesundheitswesen eine möglichst exakte und rasche Abrechnung erbrachter Leistungen allgemein vorgesehen wird. Die in den Erläuterungen „zeitnähere“ Feststellung eines Befreiungstatbestandes ist ja nur möglich, wenn auch die Abrechnungsgrundlagen rascher vorliegen.

**Nach Ansicht des Hauptverbandes sollte es bereits jetzt eine diesbezügliche gesetzliche Verpflichtung dahingehend geben, dass die Apotheker und hausapothekenführenden Ärzte spätestens ab 2010 die e-card verpflichtend in diesem Zusammenhang zu verwenden haben.**

Das würde auch zur Transparenz im Interesse der Patienten beitragen.

#### **Zu den finanziellen Erläuterungen:**

Die einschlägigen finanziellen Erläuterungen erscheinen in zweifacher Hinsicht ergänzungsbedürftig.

**Grundsätzlich halten wir fest, dass angesichts der dramatischen Finanzsituation der Krankenkassen, insbesondere der Gebietskrankenkassen und unter Berücksichtigung der Rezeptgebührenobergrenzenregelung auch das von den Sozialpartnern entwickelte Paket keine ausreichende finanzielle Sanierung der Krankenversicherung bewirken wird.**

Zum einen ist im Zusammenhang mit den veranschlagten Mehreinnahmen im Zusammenhang mit der Beitragssatzerhöhung darauf hinzuweisen, dass der bestehenden LKF-Vereinbarung zufolge ein Drittel dieses Betrages automatisch an die Landesgesundheitsfonds zu überweisen ist und dementsprechend nicht zur Verfügung steht.

---

<sup>1</sup> [http://www.parlinkom.gv.at/pls/portal/docs/page/PG/DE/XXII/III/III\\_00220/imfname\\_064604.pdf](http://www.parlinkom.gv.at/pls/portal/docs/page/PG/DE/XXII/III/III_00220/imfname_064604.pdf)

Zum anderen ist der errechnete Mehraufwand wegen Einführung der Rezeptgebührenobergrenze als Minimalbetrag anzusehen, da erfahrungsgemäß rezeptgebührenbefreite Versicherte ein anderes Konsumverhalten als Nichtbefreite an den Tag legen, sodass auch aus diesem Titel heraus von einer Aufwandssteigerung ausgegangen werden muss.

Es ist weiters notwendig, die **Finanzierung für Vorsorgeuntersuchungen** und Gesundheitsförderung nach § 447h ASVG zu sichern. Die bestehende Regelung in § 447h Abs. 3 Z 2 enthält nur Vorgaben bis einschließlich 2008. Für die Folgejahre wäre eine gleichwertige Regelung zu schaffen.

Die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft hat betreffend der Harmonisierung des Beitragssatzes in der Krankenversicherung noch auf Folgendes hingewiesen:

*„Das Regierungsprogramm und die darauf aufbauende Sozialpartnereinigung ‚Gesundheit sichern‘ als Basis der in Rede stehenden Gesetzesänderungen sehen als Maßnahme der Beitragsharmonisierung in der gesetzlichen Krankenversicherung die Senkung des Beitragssatzes in der Krankenversicherung im GSVG von 9,1 % auf 7,65 %, also um 1,45 % vor; die so entstehende ‚Beitragsersparnis‘ wird von den Unternehmern für eine **Unternehmensvorsorge** (gesetzlicher Terminus: ‚Selbständigenvorsorge‘) nach dem Modell der ‚Abfertigung neu‘ eingezahlt.*

*Zur Umsetzung der Herabsetzung des Beitragssatzes und der Selbständigenvorsorge sind zwei **legistische Maßnahmen** notwendig: neben dem seitens des BMWA bereits versendeten Gesetzesentwurf einer ‚Abänderung des Betrieblichen Mitarbeitervorsorgegesetzes‘ also noch zwingend zeitgleich die im Zuständigkeitsbereich des BMGFJ im **Rahmen der gegenständlichen Novelle des GSVG** bisher fehlende **Harmonisierung des Beitragssatzes der GSVG-Krankenversicherung**.*

*Mit Nachdruck wird daher festgehalten, dass im Sinne einer wechselseitigen ‚Bedingtheit‘ als **conditio sine qua non** die **Senkung des Beitragssatzes der GSVG-Krankenversicherung auf insgesamt 7,65 % in den vorliegenden Gesetzesentwurf aufzunehmen ist und mit 1. 1. 2008 in Kraft treten muss.**“*

### Zur Verwaltungskostendeckelung

Wesentlichen Anteil an der finanziellen Situation der gesetzlichen Krankenversicherung hat die Tatsache, **dass sinnvolle finanzielle Erleichterungen nicht geschaffen werden.**

Würden diese Regeln eingeführt, wäre auch kein Verwaltungskostendeckel notwendig.

Ebenso sollte die vorgeschlagene Regelung des § 635 ASVG über die Festlegung eines Sparpaketes durch die Trägerkonferenz nochmals geprüft werden:

Diese Festlegung wird für sich allein nicht zielführend sein, wenn nicht auf ihrer Basis verpflichtende und konsequent durchsetzbare Maßnahmen möglich werden.

Einschlägige Beschlüsse wären nach § 31 Abs. 6 ASVG schon jetzt verbindlich, allein, es mangelt an Durchsetzbarkeit und Sanktionen bei einzelnen Versicherungsträgern, die sich danach nicht an die allgemeinen Regeln halten würden.

**Da die Selbstverwaltung der Sozialversicherung im Rahmen des Zielsteuerungssystems der BSC für 2008 eine Verwaltungskostenbegrenzung festlegen wird, ist eine gesetzliche Regelung desselben Ziels nicht notwendig, nicht zuletzt, weil diese Ziele ohnedies mit den beiden als Aufsichtsbehörden zuständigen Ministerien abzustimmen sind.**

Im Hinblick auf die Wirkung der Erhöhung der Beitragssätze über das Jahr 2008 hinaus sowie die Fortschreibung der Deckelung der Verwaltungskosten bis zum Jahr 2011 wären unserer Auffassung nach unbedingt als „flankierende Maßnahmen“ vor allem folgende Punkte vorzusehen:

- Die Ergänzungsvorschläge der Wiener Gebietskrankenkasse betreffend die **Bekämpfung von Schwarzarbeit**, Sozialbetrug und Beitragsvermeidung.
- Die Umsetzung der **Meldepflichten der Standesämter** hinsichtlich Personenstandsänderungen direkt an die Sozialversicherung (§ 360 ASVG). Es ist unnötig, dass die Sozialversicherung über weite Bereiche de facto parallele Personenstandsaufzeichnungen führen muss, nur weil sich dem Vernehmen nach ein Privatbetrieb weigert, Standesämter mit effizienter Software zu versorgen. Die Situation ist dem Bundesministerium bekannt und hat sich in den letzten Monaten leider nicht wesentlich verbessert.
- Volle Abgeltung der Vorsteuerbelastung durch das GSBG nach dem Vorbild der Regelung für Krankenanstalten.
- Allgemeine Senkung der Heilmittelpreise nach den Regeln, die auch die Transparenzrichtlinie vorsieht.
- **Verpflichtende Auspreisung von Arzneyspezialitäten und sonstigen Heilmitteln** als Maßnahmen zur Hebung des Kostenbewusstseins der Versicherten im Umgang mit Arzneien.

- zeitgemäße Optimierung der Vertriebswege von Arzneimitteln - Es wären in diesem Zusammenhang die rechtlichen Voraussetzungen zur Ermöglichung einer Direktabgabe von Heilmitteln durch die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (etwa an chronisch Kranke) zu schaffen.
- Lockerung des Kündigungsschutzes durch Entfall der „sozialen Härte“ in § 343 Abs. 4 ASVG, Einräumung einer Kündigungsmöglichkeit bei wiederholtem Verstoß gegen die Richtlinien über die ökonomische Verschreibeweise bzw. gegen die Richtlinien über die Berücksichtigung ökonomischer Grundsätze bei der Krankenbehandlung; generelle Möglichkeit der Kündigung von Vertragsärzten analog zu allen übrigen Vertragspartnern gemäß § 349 ASVG, Kündigungsmöglichkeit wenn vom Vertragsarzt nachweislich wiederholt vertragswidrige Privathonorare oder Aufzahlungen entgegengenommen werden, oder wenn der Vertragsarzt ein Verhalten setzt, das geeignet ist, den Versorgungsauftrag der Versicherungsträger in Frage zu stellen.
- Gesetzliche Festlegung einer Altersgrenze (65 bis 70) für Vertragsärzte, Erlöschen des Vertrages bei deren Erreichung.
- Befristung neu zu vergebender Verträge für maximal 5 Jahre (allenfalls mit Rechtsanspruch auf Verlängerung bei richtlinienkonformem Verhalten). Um den Kassenvertrag aufrecht zu erhalten, sollte jedenfalls vorgesehen werden, dass alle fünf Jahre eine Rezertifizierung im Hinblick auf folgende Bereiche erfolgen muss: vorgeschriebene Fortbildung, Qualität der ärztlichen Leistung, Patientenzufriedenheit, Ökonomisches Vorgehen im Eigen- bzw. Folgekostenbereich.
- Ermöglichung eines Honorarabzugs bei wesentlicher Abweichung der Eigen- und Folgekosten sowie der Verschreibungen vom Durchschnitt der Fachgruppe (Beweislastumkehr).
- Abgeltung des Aufwandes für durch das Abrechnungsverhalten des einzelnen Arztes bedingte Kontrollen in Form eines Pauschales (Prozentsatz der abgerechneten Honorarsumme) das vom Krankenversicherungsträger einbehalten werden kann.
- Gesetzliche Regelung, die für die Gesamtverträge eine Begrenzung der Ausgaben der Träger der KV für vertragärztliche Tätigkeit (einschließlich der Rückvergütung bei Inanspruchnahme wahlärztlicher Hilfe) festsetzt.

Überdies sollte auch insbesondere die Zuständigkeitsänderung bei der medizinischen Rehabilitation für Alterspensionisten, die wir bereits mehrfach angeregt haben, verwirklicht werden (zumal damit die Krankenversicherungsträger jährlich wenigstens um € 11 Mio. entlastet würden).

Für weitere Erläuterungen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung und ersuchen, die in diesem Schreiben samt Beilagen gemachten Vorschläge bei der weiteren Arbeit am Gesetzesentwurf zu berücksichtigen.

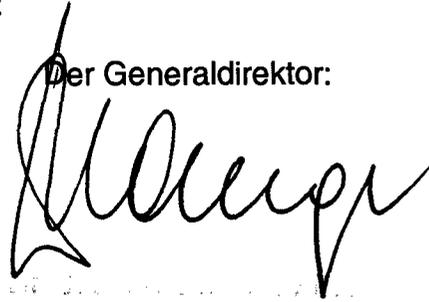
Mit freundlichen Grüßen  
Für den Hauptverband:

Der Verbandsvorsitzende:



Dr. Erich LAMINGER  
Verbandsvorsitzender

Der Generaldirektor:



Beilagen

# **Stellungnahme des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger**

**zu Artikel 1**

**Novelle zum ASVG**

## Zu Art. 1 Z 5 - § 31 Abs. 5 Z 16 ASVG

### mangelnde Determinierung der Verordnungsermächtigung

Der Hauptverband ist der Ansicht, dass die vorliegende Verordnungsermächtigung im Sinne des Legalitätsprinzips **nicht ausreichend determiniert** ist.

Der Entwurf legt lediglich fest, dass eine Rezeptgebührenobergrenze von 2 % des jährlichen Nettoeinkommens ohne Berücksichtigung von Sonderzahlungen für den Versicherten und seine Angehörigen vorzusehen ist, und dass die Rezeptgebührenobergrenze über ein beim Hauptverband einzurichtendes Rezeptgebührenkonto zu verwalten ist.

Der vorliegende Gesetzesentwurf enthält jedoch keinerlei Bestimmung darüber, **welche Einkommensbestandteile** für die Rezeptgebührenobergrenze heranzuziehen sind und wie das jährliche Nettoeinkommen zu berechnen ist.

In den Erläuterungen ist lediglich angeführt, dass bei Pensionsbezieherinnen und sonstigen Leistungsbezieherinnen deren Bezug herangezogen werden kann und dass die Ermittlung des Nettoeinkommens bei Einkommensbezieherinnen analog zu § 21 Abs. 3 AIVG erfolgen soll.

Dies ist jedoch, genauso wie die Tatsache, dass es ein Antragsrecht der Versicherten geben soll, lediglich den Erläuterungen, nicht jedoch dem vorgeschlagenen Gesetzestext zu entnehmen.

### Auswirkung der Rezeptgebührenobergrenze auf andere Kostenanteile

Der Versicherungsträger hat gemäß § 136 Abs. 5 ASVG bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit des Versicherten nach Maßgabe der vom Hauptverband dazu erlassenen Richtlinie von der Einhebung der Rezeptgebühr abzusehen.

Das Vorliegen der besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit des Versicherten nach den Richtlinien gemäß § 31 Abs. 5 Z 16 ASVG führt aufgrund der derzeitigen Rechtslage auch zu einer Befreiung vom Kostenanteil für Heilbehelfe und Hilfsmittel.

Aus dem Regierungsübereinkommen ist nicht ersichtlich, ob der Tatbestand einer Befreiung von der Rezeptgebühr aufgrund Erreichens der Rezeptgebührenobergrenze auch zur Befreiung vom Kostenanteil für Heilbehelfe und Hilfsmittel führen soll.

Wenn dies nicht beabsichtigt ist, ist eine gesetzliche Regelung erforderlich, die diese Befreiung ausschließt.

Im Übrigen weisen wir schon jetzt darauf hin, dass für den Fall, dass das Erreichen der Rezeptgebührenobergrenze zur Befreiung vom Kostenanteil für Heilbehelfe und Hilfsmittel führt, der Einnahmehausfall der Krankenversicherungsträger erheblich steigt. Eine genaue Quantifizierung ist seriös nicht möglich.

#### Einbindung der Österr. Apothekerkammer und der Österr. Ärztekammer

Nachdem die Österreichische Apothekerkammer und die Österreichische Ärztekammer durch die geplante Umsetzung der Rezeptgebührenobergrenze nicht in ihren Rechten und ihrer Administration beeinträchtigt werden, ist nach Meinung des Hauptverbandes nicht ersichtlich, warum sie gesetzlich in die Schaffung der Regelung für die Rezeptgebührenobergrenze eingebunden werden sollen.

Diese Gesetzesbestimmung ist daher ersatzlos zu streichen.

In den erläuternden Bemerkungen ist angeführt, dass für die Zukunft eine zeitnähere Feststellung der Rezeptgebührenobergrenze durch raschere Abrechnung in den Apotheken vorgesehen ist.

Nach Ansicht des Hauptverbandes sollte es bereits jetzt eine diesbezügliche gesetzliche Verpflichtung dahingehend geben, dass die Apotheker spätestens ab 2010 die e-card verpflichtend in diesem Zusammenhang zu verwenden haben.

#### Übermittlung von Einkommensdaten

Für die Berechnung der Rezeptgebührenobergrenze wird nur auf der Sozialversicherung bekannte Daten (Beitragsgrundlagen, Pensionen) zurückgegriffen. Nach unserer Ansicht gibt es jedoch noch zusätzliche Einkommensbestandteile, die zwar der Sozialversicherung nicht bekannt sind, aber für die Rezeptgebührenobergrenze heranzuziehen sind (z. B. Bezüge von öffentlichen Körperschaften).

Wenn keine Verpflichtung der betroffenen Institutionen zur Übermittlung dieser Daten geschaffen wird, können diese Einkommen für die Rezeptgebührenobergrenze nicht berücksichtigt werden.

Bei einer solchen Regelung würde eine Privilegiendiskussion im Raum stehen.

### Abdeckung des Einnahmenausfalls der Krankenversicherung

In den finanziellen Erläuterungen zum Gesetzesentwurf wird davon ausgegangen, dass der Einnahmenausfall für die soziale Krankenversicherung durch die Einführung der Rezeptgebührenobergrenze im Jahr 2008 rund 60 Millionen Euro betragen wird.

**Der Gesetzesentwurf sieht jedoch keinen Ersatz dieses Einnahmenausfalls vor.**

Auf Grund der prekären finanziellen Situation der Krankenversicherungsträger ist der Ersatz des Einnahmenausfalls der Krankenversicherungsträger durch den Bund **jedoch unbedingt erforderlich.**

In diesem Zusammenhang wird nochmals auf den zusätzlichen Einnahmenausfall verwiesen, der dann entsteht, wenn die Befreiung von der Rezeptgebühr aufgrund Erreichens der Rezeptgebührenobergrenze zu einer Befreiung vom Kostenanteil für Heilbehelfe und Hilfsmittel führt.

### Gesetzesvorschlag des Hauptverbandes

Der Hauptverband hat einen Gesetzesvorschlag erarbeitet, der die vorher genannten Themen behandelt.

§ 31 Abs. 5 Z 16 ASVG lautet (*kursiv: neu*)

„16. für die Befreiung von der Rezeptgebühr (Herabsetzung der Rezeptgebühr) sowie für die Befreiung vom Service-Entgelt bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit des (der) Versicherten; in diese Richtlinien ist der für die Befreiung in Betracht kommende Personenkreis nach allgemeinen Gruppenmerkmalen zu umschreiben; darüber hinaus ist eine Befreiungs-(Herabsetzungs-)Möglichkeit im Einzelfall in Berücksichtigung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse des (der) Versicherten sowie der Art und Dauer der Erkrankung vorzusehen. *Weiters ist in diesen Richtlinien eine ohne Antrag eintretende und auf Durchschnittsberechnungen beruhende Befreiung von der Rezeptgebühr für jene Personen, deren Belastung mit Rezeptgebühren den Grenzbetrag von zwei Prozent ihres gesamten Jahresnettoeinkommens überschreitet, nach folgenden Grundsätzen vorzusehen:*

*a) Sonderzahlungen sind nicht zu berücksichtigen.*

*b) die jeweils aktuellsten - längstens zwei Jahre, bei Versicherte nach dem GSVG drei Jahre zurückliegenden - Datenbestände sind heranzuziehen.*

- c) Das Jahresnettoeinkommen ist aus den bei den Sozialversicherungsträgern und dem Arbeitsmarktservice vorhandenen Leistungsdaten zu errechnen. Pensionen, Renten, Ruhe- und Versorgungsgenüsse sind auf einen Jahreswert hochzurechnen, welcher als Jahresnettoeinkommen gilt. Für Erwerbstätige ist das Jahresnettoeinkommen bei unselbstständig Erwerbstätigen aufgrund der Beitragsgrundlagen eines Jahres für die Krankenversicherung und bei selbstständig Erwerbstätigen aufgrund der Beitragsgrundlagen nach § 25 GSVG und § 23 BSVG zu ermitteln. Die Ermittlung des Jahresnettoeinkommens ist durch Abzug eines Pauschalbetrages nach den Grundsätzen des § 21 Abs. 3 AIVG vorzunehmen.
- d) Übersteigt das ermittelte Jahresnettoeinkommen bei Beziehern von Pensionen, Renten, Ruhe- und Versorgungsgenüssen nicht den Richtsatz nach § 293 Abs. 1 lit. a sublit. bb (Einzelrichtsatz), so ist das Zwölfwache des Richtsatzes nach § 293 Abs. 1 lit. a sublit. aa (Ehegattenrichtsatz) als jährliches Einkommen heranzuziehen.
- e) Kann ein Jahresnettoeinkommen nicht ermittelt werden, so ist die sechsfache monatliche Höchstbeitragsgrundlage (§ 45 Abs. 1) als jährliches Einkommen heranzuziehen.
- f) Rezeptgebühren, die für Angehörige zu zahlen waren, sind beim Versicherten/bei der Versicherten zu berücksichtigen.
- g) Rezeptgebühren, die bezahlt wurden, obwohl im Nachhinein eine Befreiung möglich gewesen wäre, sind nicht zu erstatten, sondern für die Errechnung einer neuen Befreiung zu verwenden.

In den Richtlinien ist Antragsrecht des Versicherten für eine Berechnung nach den jeweils konkreten Jahreswerten vorzusehen. Dafür sind die Bestimmungen über die Ermittlung des Nettoeinkommens für den Anspruch auf Ausgleichszulage heranzuziehen.“

§ 136 ASVG lautet:

„§ 136. (1) Die Heilmittel umfassen

- a) die notwendigen Arzneien und
- b) die sonstigen Mittel, die zur Beseitigung oder Linderung der Krankheit oder zur Sicherung des Heilerfolges dienen.

(2) Die Kosten der Heilmittel werden vom Träger der Krankenversicherung durch Abrechnung mit den Apotheken übernommen.

(3) Für jedes auf einem Rezept verordnete und auf Rechnung des Versicherungsträgers bezogene Heilmittel ist, soweit im Folgenden nichts anderes bestimmt wird, eine Rezeptgebühr in der Höhe von 4,35 € zu zahlen. An die Stelle dieses Betrages tritt ab 1. Jänner eines jeden Jahres der unter Bedachtnahme auf § 108 Abs. 6 mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 108a Abs. 1) vervielfachte Betrag. Der vervielfachte Betrag ist auf fünf Cent zu runden. Die Rezeptgebühr ist bei Abgabe des Heilmittels an die abgebende Stelle auf Rechnung des Versicherungsträgers zu zahlen. Die Zahlung ist von dieser Stelle auf dem Rezept zu vermerken. Der Bund hat den Krankenversicherungsträgern den Ausfall an Rezeptgebühren auf Grund der Auswirkungen der Rezeptgebührenobergrenze jährlich im Nachhinein zu ersetzen.

(4) Bei anzeigepflichtigen übertragbaren Krankheiten darf eine Rezeptgebühr nicht eingehoben werden. Der Versicherungsträger hat für diese Fälle besondere Rezeptvordrucke aufzulegen, die mit dem Vermerk „rezeptgebührenfrei“ zu versehen sind.

(5) Der Versicherungsträger hat bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit des Versicherten nach Maßgabe der vom Hauptverband hiezu erlassenen Richtlinien von der Einhebung der Rezeptgebühr abzusehen.

(6) Die Versicherungsträger haben eine gesicherte personenbezogene Einsichtnahme (§ 31a Abs. 2) in eine Übersicht jeweils aller bereits abgerechneten Rezeptgebühren (Rezeptgebührenkonto) im Internet unter Verwendung der e-card vorzusehen.

(7) Die bezugsauszahlenden Stellen des Bundes, der Länder und der Gemeinden sowie die Sozialhilfeträger und die Körperschaften öffentlichen Rechts haben den Krankenversicherungsträgern Angaben über die Nettobeträge der Bezüge im Wege des Hauptverbandes (§ 31 Abs. 4 Z 3 lit. a) automationsunterstützt monatlich mitzuteilen.“

Die §§ 92 Abs. 3 bis 7 GSVG, 86 Abs. 3 bis 7 BSVG, § 64 Abs. 3 bis 7 B-KUVG sind entsprechend anzupassen.

§ 137 Abs. 4 ASVG lautet:

„(4) Der Versicherungsträger hat auch die sonst vom Versicherten gemäß Abs. 2 und 2a jeweils erster Satz zu tragenden Kosten bzw. den sonst vom Versicherten gemäß Abs. 2 und 2a jeweils zweiter Satz oder Abs. 3 zweiter Satz zu tragenden Kostenanteil zu übernehmen:

- a) bei Versicherten (Angehörigen), die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben bzw. für die ohne Rücksicht auf das Lebensalter Anspruch auf die erhöhte Familienbeihilfe im Sinne des § 8 Abs. 4 bis 7 des Familienlastenausgleichsgesetzes besteht und

b) bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit des Versicherten nach § 136 Abs. 5. Eine Befreiung von der Rezeptgebühr aufgrund des Erreichens des Grenzbetrages nach § 31 Abs. 5 Z 16 gilt nicht als besondere soziale Schutzbedürftigkeit.“

Die §§ 93 Abs. 4 GSVG, 87 Abs. 4 BSVG und 65. Abs. 4 B-KUVG sind entsprechend anzupassen.

### Übergangsbestimmung

Der Hauptverband hat die Richtlinien nach § 31 Abs. 5 Z 16 ab dem der Kundmachung folgenden Tag anzupassen. Diese Änderungen dürfen frühestens mit dem Inkrafttreten der Neufassung des § 31 Abs. 5 Z 16 in Kraft gesetzt werden.

### **Zusätzliche Übergangsbestimmung betreffend**

1. e-card bei Apotheken
2. kürzere Berechnungsschritte

**einerseits – Verwendung durch Patienten,  
andererseits – Einsatzverpflichtung durch Vertragspartner**

Patienten (§ 136 ASVG): „(5) Der Versicherungsträger hat bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit des Versicherten nach Maßgabe der vom Hauptverband hiezu erlassenen Richtlinien von der Einhebung der Rezeptgebühr abzusehen. Die Befreiung von der Rezeptgebühr ist vom Versicherten durch Verwendung der e-card bei der Abgabe des Heilmittels zu dokumentieren. In den Richtlinien des Hauptverbandes ist für die Krankenversicherungsträger eine einheitliche Vorgangsweise bei jenen Fällen festzulegen, in denen keine e-card verwendet werden kann.“

Vertragspartner (Apotheker und Hausapotheker, Voraussetzung, um die Befreiung bei der Abgabe lukrieren zu können, ist die rascheste Information über die Medikamentenabgabe durch die jeweils anderen Abgabestellen, weil ja ein Patient mehrere Abgabestellen frequentiert und und die Abgabestellen voneinander wissen müssen, ob durch die Abgabe bei einer anderen Stelle bereits die Befreiungsgrenze erreicht wurde):

„§ 350. (1) Heilmittel (§ 136) und Heilbehelfe (§ 137) usw. dürfen für Rechnung der Krankenversicherungsträger von Apothekern und Hausapotheken führenden Ärzten nur unter folgenden Voraussetzungen abgegeben werden:

1. Bestehen eines Vertragsverhältnisses mit dem Krankenversicherungsträger und on-line, spätestens am selben Tag nach Ende der Öffnungszeiten, erfolgende Mitteilung der Abgabe unter Verwendung des e-card-Systems (§ 31a),“

### **drittens – aktuelle Berechnung der Befreiungsgrenze durch die Versicherungsträger**

§ 31 Abs. 5 Z 16 ASVG, Entwurf wie eingangs:

„c) Das Nettoeinkommen ist monatlich aktuell aus den bei den Sozialversicherungsträgern und dem Arbeitsmarktservice vorhandenen Leistungsdaten zu errechnen. Soweit keine Monatsbeträge vorhanden sind (Pensionen, Arbeitslosengeld etc.), sind die Beträge abzüglich Sonderzahlungen bzw. Sonderzahlungsäquivalente bei Selbstständigen sind auf Jahreseinkommen hochzurechnen, deren Zwölftel die monatliche Befreiungsgrenze ergibt. ...“

## **Vorläufige Erläuterungen zum Rezeptgebühren-Obergrenze-Entwurf**

Die Befreiung ist so zu organisieren, dass sie

- möglichst rasch eintritt und
- auf möglichst aktuellen Daten beruht.

Daraus ergibt sich, dass Abrechnungen („Jahresausgleiche hintennach“) nicht beabsichtigt sind. Derartige Abrechnungen wären erst im jeweiligen Folgejahr möglich. Die Befreiung soll aber gerade für jene Menschen Vorteile bringen, die wenig Bargeld – und das möglichst nahe am Zeitpunkt des Medikamentenbezuges – besitzen.

### **Dazu sind folgende Voraussetzungen zu beachten:**

Da die SV keine monatlichen Einkommensdaten besitzt (würde eine entsprechende Meldung der Arbeitgeber, Dienststellen usw. bedeuten), können dafür zunächst jedenfalls nur die vorhandenen Jahresbeträge herangezogen werden, die aus den Beitragsgrundlagen in den Lohnzetteln kommen (jeweils frühestens im Jänner des Folgejahres, in der Praxis sind die Daten bis Jahresmitte des Folgejahres einigermmaßen vollständig).

Da die Abrechnungen aus Apotheken und Hausapotheken nicht tagfertig on-line erfolgen, sondern über Sammelabrechnungen im Nachhinein (sog. Batch-Verfahren), können allein zwischen Rezepteingabe und Abrechnung schon mehrere Wochen liegen. Dazu kommen die internen Verifizierungs- und Zuordnungsläufe in den Versicherungen, sodass Daten von Rezepten, die z. B. im Jänner eingelöst wurden, frühestens im März, vollständig erst im April zur Verfügung stehen. Dieser time-lag wäre nur durch eine massive Abrechnungsbeschleunigung zu verringern (die vertraglich mit den Landesvertretungen zu vereinbaren wäre und bei den Gesundheitsdiensteanbietern EDV-Umstellungen auslösen würde: daraus sind finanzielle Forderungen zu erwarten).

Selbst wenn aktuelle Monatsbezugsdaten vorhanden wären, wären mangels Rezeptdaten eine monatliche oder auch nur quartalsweise Befreiungsberechnung nach derzeitigem technischen und organisatorischem Stand nicht durchführbar. Sie könnte aber als mittelfristiges Ziel ins Auge gefasst werden (Voraussetzung: generelle Abrechnungsumstellung im Gesundheitsbereich).

Die Befreiung wird derzeit beim Arzt durch Stecken der e-card angezeigt: „Rezeptgebührenbefreiung ja/nein“. Mehr braucht den Arzt nicht betreffen, die Ärzte sollen von administrativen Tätigkeiten möglichst frei gehalten werden. Damit ist auch nicht beabsichtigt, Angaben über die Zahl befreiter Rezepte usw. beim Arzt anzuzeigen.

Ärzte sind derzeit nicht verpflichtet, bei jedem Arztbesuch eines Patienten die e-card stecken zu lassen. Diese Verpflichtung ist erst ab 1. Jänner 2009 vorgesehen. Wenn sich ein Arzt derzeit weigern sollte (es sind aus den Landesvertretungen Einwände dagegen zu hören), dann kann die Befreiung des Patienten nicht ersichtlich gemacht werden. Auch diese Situation spricht derzeit gegen eine monatliche Befreiung.

Eine stärkere Einbindung der Apotheker und Hausapotheken (= hausapothekenführenden Ärzte) in das System könnte (in Verbindung mit einer on-line Bekantgabe der Abgabe eines Medikamentes) dazu führen, dass direkt beim Apotheker/Hausapotheker angezeigt werden könnte, ob ein Rezept befreit ist oder nicht. Das könnte ebenfalls mittelfristiges Ziel sein, wäre aber mit den Landesvertretungen entweder zu vereinbaren oder müsste gesetzlich vorgesehen werden.

### **Zum vorliegenden Formulierungsvorschlag**

Eine Ermächtigung hat sich an die Determinierungsregeln des B-VG und der einschlägigen Judikatur des VfGH zu halten. Die bloße Anordnung, eine solche Befreiung vorzusehen, erscheint nach den bisherigen Erfahrungen zu wenig.

Allerdings ist auch die Grundlage der bestehenden Richtlinien über die Rezeptgebührenbefreiung kaum determiniert.

Es wäre damit denkbar, das Thema auch ohne gesetzliche Änderung allein dadurch zu behandeln, dass die bestehenden Rezeptgebührenrichtlinien im Bereich „Befreiung aus sozialen Gründen“ in Richtung der 2-%-Befreiungsgrenze erweitert würden.

Angesichts der Erfahrungen mit der VfGH-Judikatur (Ambulanzgebühr) wäre allerdings in erhöhtem Ausmaß damit zu rechnen, dass die Bestimmungen mangels Determinierung angefochten und (nach einiger Zeit, einschließlich allfälliger Fristsetzung für die Aufhebung) aufgehoben würden. Dieser Weg wird daher mit diesem Entwurf nicht verfolgt.

### **Zum vorgeschlagenen Ablauf**

Die Befreiung soll aus den vorhandenen (siehe oben) möglichst aktuellen Daten errechnet werden und automatisch, ohne Antrag, eintreten. Da mit diesen Daten nur eine Berechnung im Nachhinein und nach Durchschnittswerten möglich ist, muss es eine Möglichkeit geben, bei Bedarf im Einzelfall

(dann auf Antrag) die Befreiung nach exakten Daten nachzurechnen. Dafür werden die seit Jahrzehnten bestehenden Regeln der Ausgleichszulage herangezogen, um im Sozialrecht eine einheitliche Vorgangsweise zu finden.

Da das „Netto“-Einkommen im Regelfall (ArbeitnehmerInnen) nicht bekannt ist, muss eine Lösung vorhanden sein, über die man aus den vorhandenen Bruttoangaben zu einem dem Nettobetrag vergleichbaren Betrag kommt. Da das Thema bei der Arbeitslosenversicherung seit Jahren durch § 21 Abs. 3 AIVG gelöst ist, soll diese Vorgangsweise auch hier herangezogen werden.

Daten aus privaten Einkommensquellen sollen bei der Durchschnittsberechnung nicht herangezogen werden. Diese Daten sind der Sozialversicherung nicht vollständig bekannt, müssen ihr auch nicht gemeldet werden und lösen auch keine Krankenversicherungspflicht aus (Pensionskassenbezüge, private Renten wie Leibrenten usw.). Gleiches soll für Unfallrenten gelten. Ältere Einkommensdaten sollen nicht herangezogen werden. Aktuelle Daten, die der Sozialversicherung aus Leistungsbezügen bekannt sind, sollen möglichst vorrangig verwendet werden.

Die Leistungsdaten der Sozialversicherung stehen nach § 321 ASVG § 119 B-KUVG und § 69 AIVG zur Verfügung.

Die Daten aus öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnissen stehen über die Beitragsgrundlagen der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter zur Verfügung, allerdings nur für jene Beamtengruppen, die bei dieser Versicherungsanstalt versichert sind. Für große Beamten- (und Vertragsbediensteten-)gruppen der Länder Wien, Oberösterreich und Tirol sowie Beamte einiger Gemeinden (Linz, Wels, Steyr, Baden, Villach, Bregenz, Salzburg usw.) ist das nicht der Fall. Diese Gruppen bzw. Einkommen aus solchen Quellen können daher nur dann in die Berechnung einbezogen werden, wenn entsprechende Meldungen vorgesehen sind. Da es sich dabei um landes-(dienst-)rechtliche Bestimmungen handelt, muss das gesondert vorgesehen werden (Prüfung der Kompetenzgrundlage im ASVG notwendig, allenfalls in anderen Zusammenhängen - Finanzausgleich).

Es wird Fälle geben, in denen (noch) kein Jahreseinkommen ermittelt werden kann. Dann wird für die automatische (jederzeit auf Antrag nach den tatsächlichen Werten korrigierbare) Berechnung vorgeschlagen, die halbe monatliche Höchstbeitragsgrundlage (daher die sechsfache monatliche) als Berechnungsbasis heranzuziehen (derzeit: 23.040 € jährlich).

Es wird weitere Fälle geben, in denen einerseits bekannte Einkommen vorhanden sind, aber weitere Einkommen nicht (z. B. bei Pensionsteilen, die nach dem internationalen Recht aus dem Ausland überwiesen werden, bei Nebenbeschäftigungen von Beamten der oben genannten Länder und Gemeinden usw.). Dann soll angenommen werden, dass die Betroffenen jedenfalls das Zwölfwache des Ehegattenrichtsatzes als Jahreseinkommen beziehen (2007: 13.093,68 €).

Bei dieser Grenze (die jeweils nach politischem Willen geändert werden kann) ist zu berücksichtigen, dass es Menschen gibt, die tatsächlich nur sehr geringe Einkommen beziehen. Die Grenze soll daher nicht für Teilzeitbeschäftigte und andere Einkommensbezieher gelten.

Dass Guthaben im Todesfall rückzuerstatten sind, muss nicht eigens erwähnt werden.

#### **Finanzierung:**

Je nachdem wie tief man die Grenze für jene Einkommen ansetzt, die als Basis der 2%-Berechnung heranzuziehen sind (und wie wenig Zusatzeinkünfte man anrechnet), werden die Einnahmehausfälle der sozialen Krankenversicherung namhafte Beträge erreichen. Es gab Überlegungen, generell eine Untergrenze einzuführen. Davon wurde aus sozialpolitischen Erwägungen (massive Benachteiligung von Teilzeitkräften, damit einseitige Belastung von Frauen bzw. Alleinerziehern) Abstand genommen.

Diese Beträge sind in den laufenden Gesprächen über die Finanzierungsmaßnahmen zusätzlich zu berücksichtigen. Die vorgeschlagene Ersatzpflicht des Bundes bildet daher einen wesentlichen Teil des Entwurfes bzw. wäre durch gleichwertige Bestimmungen zu ersetzen.

**Zu Art. 1 Z 7 bis 12 - § 51 Abs. 1 Z 1 ASVG**

Der Hauptverband erlaubt sich in Zusammenhang mit der Beitragssatzerhöhung darauf hinzuweisen, dass sich in den Fällen des § 51 Abs. 3 Z 1 lit. c ASVG aufgrund der paritätischen Aufteilung des Krankenversicherungsbeitrages nunmehr bei den Beitragssätzen erstmals eine **dritte Kommastelle** ergibt.

Einige Softwarehersteller haben bereits auf die sich dadurch ergebenden **programmtechnischen Probleme** aufmerksam gemacht.

**Zu Art. 1 Z 11 - § 51 Abs. 1 Z 1 lit. e ASVG**

Da im Leistungsrecht der Krankenversicherung nach Inkrafttreten dieser Bestimmung keine Unterschiede zu Dienstnehmern bestehen bleiben, ist eine **Angleichung auch aus Gründen der Gleichbehandlung geboten.**

Dies insbesondere deshalb, weil der reduzierte Beitragssatz für freie Dienstnehmer immer damit gerechtfertigt wurde, dass sie keinen Anspruch auf Geldleistungen haben.

**Zu Art. 1 Z 16 und 17 - § 73 Abs. 2 und 4 ASVG**

Im Hinblick auf die prekäre finanzielle Situation der Krankenversicherungsträger wird die Senkung der Hebesätze **ausdrücklich abgelehnt**.

## **Zu Art. 1 Z 7 bis 17 - §§ 51 und 73 ASVG**

Die hier getroffene Beitragssatzanhebung um insgesamt 0,15 % Punkte und die Aufteilung auf die Dienstnehmer und Dienstgeber folgt den Vorstellungen des Regierungsprogramms sowie jenen der Sozialpartner.

**Keinesfalls den Vorstellungen des Regierungsprogramms, aber auch des Sozialpartnerpapiers, entsprechen kann wohl eine Reduktion des so genannten Hebesatzes des Bundes für die Krankenversicherungsbeiträge der Pensionisten.**

Der seitens der Pensionsversicherungsträger für jeden krankenversicherten Pensionisten aufzuwendende Anteil wird wieder um weitere 2 % Punkte reduziert. Aus unserer Sicht **sollte der Hebesatz dem Ausfall durch die neue Rezeptgebührenbefreiung angepasst werden (dies muss eine Erhöhung sein, zumal der Heilmittelverbrauch bei den Pensionisten überproportional ist).**

Da es in der kurzen Begutachtungszeit kaum möglich war, sich seriös mit dem vorgeschlagenen Gesetzestext auseinander zu setzen, fassen wir ihn nochmals zusammen, so wie wir ihn verstanden haben:

Wir gehen davon aus, dass die 0,15 %-ige Beitragssatzanhebung bei folgenden Beitragsgruppen stattfinden soll:

- pflichtversicherten Erwerbstätige (siehe § 51 ASVG neu).
- Pensionisten (siehe § 73 ASVG neu). Zu beachten ist, dass gleichzeitig der Hebesatz von 180 % auf 178 % gesenkt wird, was offensichtlich dazu führen soll, dass dem Bund nur ein marginaler Mehraufwand entsteht.
- Selbstversicherte nach § 16 ASVG (Begründung: § 77 Abs. 1 ASVG bleibt unverändert). Der Beitrag für die § 19a-Versicherten nach § 77 Abs. 2a ASVG wird hingegen nicht erhöht. Die erläuternden Bemerkungen sind aus unserer Sicht allerdings insofern missverständlich, als dort ausgeführt wird, dass *„Von der Beitragssatzerhöhung um 0,15 Prozentpunkte abgesehen wird beim Beitrag für die Selbstversicherung in der Kranken- und Pensionsversicherung nach § 77 Abs. 2a ASVG, beim Beitrag für nach § 19a ASVG selbstversicherte Personen sowie...“*.

- Leistungsbezieher nach dem AIVG bzw. Kinderbetreuungsgeld-BezieherInnen (siehe die Änderungen im AIVG und im FLAG).

Für alle GKKs zusammen soll daraus nach den Erläuternden Bemerkungen ein Mehrertrag i.H.v. € 158,2 Mio. (2008) entstehen. Dies basierend auf der Annahme, dass die durch BGBl. I Nr. 156/2004 eingeführte 0,1 %-ige Beitragssatz-Erhöhung weitergeführt wird.

Nach dem uns vorliegenden Entwurf zur Art. 15a B-VG-Vereinbarung vom 9. 10. 2007 (akkordierter Text der Beamtenrunde) soll diese Verlängerung (bis 2013) auch umgesetzt werden.

Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass ein erheblicher Teil der Mehreinnahmen in die LKF-Finanzierung fließt und ein weiterer Teil der Mehreinnahmen kommt der Ärzte-Gesamtvergütung zu Gute.

Wenn dann noch der Rezeptgebührenentfall eingerechnet wird, verbleiben den Kassen **keine bedeutenden finanziellen Mittel zur Sanierung** mehr.

Die Bestimmungen würden damit ins Leere gehen.

**Dass – als Voraussetzung – die Befristung der bisherigen Beitragsanhebung in § 620 Abs. 2 ASVG, gestrichen werden muss, sei der Vollständigkeit halber erwähnt.**

## **Zu Art. 1 Z 20 - § 84a Abs. 6 ASVG**

Die Schaffung einer einwandfreien datenschutzrechtlichen Grundlage für die Verwendung von (Gesundheits-)Daten im Rahmen von Reformpoolprojekten entspricht einer Anregung des Hauptverbandes und wird daher ausdrücklich **begrüßt**.

Die in dieser Bestimmung vorgesehene Datenverwendung sollte soweit erweitert werden, dass auch sozialversicherungsinterne Projekte und Verwaltungsabläufe betroffen sind.

Es muss nicht näher ausgeführt werden, dass Aufgabe der Krankenversicherungsträger und des Hauptverbandes die Bedarfs- bzw. Versorgungsplanung ist. Auch im Rahmen dieser Aufgaben sind die in § 84a Abs. 6 ASVG vorgesehenen Datenverwendungen notwendig.

**Es ist aber kein sachlich gerechtfertigter Grund gegeben, die gegenständliche Bestimmung auf Projekte und Verwaltungsabläufe der Gesundheitsplattformen einzuschränken.**

Folgendes konkretes Beispiel:

Im Rahmen der gesamtvertraglichen Regelungen über die klinisch-psychologische Diagnostik wurde eine Leistungsposition „Befundbesprechung“ befristet eingeführt. Zur Entscheidung einer Verlängerung der Leistungsposition war eine Evaluation durch einen Fragebogen erforderlich, der von klinischen PsychologInnen bzw. PatientInnen auszufüllen war, an die zuständige Kasse zu senden war und händisch ausgewertet wurde. Die derzeitige (datenschutz-)rechtliche Situation ist einer effizienten automationsunterstützten Abwicklung entgegen gestanden.

Es sollten daher – wie auch schon mit Vertretern des BMGFJ vereinbart – neben dem expliziten Hinweis auf Reformpoolprojekte auch **„sonstige Projekte zur integrierten Versorgung der Patienten“** in die Gesetzesbestimmung aufgenommen werden.

Nur damit hätte die Sozialversicherung eine gesetzliche Grundlage für die angestrebte Datenverwendung.

## **Zu Art. 1 Z 21 - § 122 Abs. 3a ASVG**

Gemäß § 122 Abs. 3a ASVG sollen Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit bei Vorliegen der sonstigen Voraussetzungen dann nicht gewährt werden, wenn ein „*anderer Anspruch auf Leistungen einer gesetzlichen Krankenversicherung oder einer Krankenfürsorgeeinrichtung eines öffentlich-rechtlichen Dienstgebers gegeben ist*“.

Der vorliegende Entwurf zu § 122 Abs. 3a ASVG (Einführung einer gesetzlichen Toleranzfrist) sowie die analogen Entwürfe in den Sondergesetzen entsprechen in ihrer Linie dem bereits diskutierten Vorschlag und werden daher grundsätzlich **befürwortet**.

Die vorgeschlagene Formulierung könnte nur insofern zu Unklarheiten führen, als nicht hinreichend deutlich geklärt wird, ob auch Leistungsansprüche aufgrund einer Angehörigeneigenschaft von diesem Ausnahmetatbestand umfasst sind.

Zwar wird in den Erläuterungen diesbezüglich ausgeführt, dass anderweitig bestehende Leistungsansprüche (etwa aufgrund einer Angehörigeneigenschaft, aus einer gesetzlichen Krankenversicherung oder einer Krankenfürsorgeeinrichtung) den neuen Leistungsanspruch ausschließen, womit die Angehörigen eindeutig in den Ausnahmetatbestand aufgenommen werden.

Allerdings haben die Erläuterungen als solche keinerlei Gesetzeskraft, sie dienen lediglich dem besseren Verständnis des Gesetzestextes.

Zur Klarstellung sollte daher der Tatbestand der Angehörigeneigenschaft auch in den Gesetzestext, allenfalls als Klammerausdruck nach der Wortfolge „...*gesetzlichen Krankenversicherung*“, aufgenommen werden.

**Zu Art. 1 Z 22 - § 130 Abs. 1 ASVG**

Grundsätzlich kein Einwand zur vorgeschlagenen Änderung.

Zur Erleichterung des Verständnisses sollte aus unserer Sicht allerdings einerseits die Reihenfolge des zweiten und dritten Satzes getauscht werden und andererseits die Wortfolge „*im Empfangsstaat*“ so eingefügt werden, dass eine Leistungsanspruchnahme in Drittstaaten (wie ja auch etwa während eines kurzen Heimaturlaubes in Österreich) zu Lasten des für die Pflichtversicherung zuständigen Trägers geht.

**Zu Art. 1 Z 23 - § 134 Abs. 2 ASVG**

Folgt man dem vorliegenden Vorschlag, würden Personen, die gemäß § 122 Abs. 3a ASVG anspruchsberechtigt wären, gegenüber jenen, die gemäß § 122 Abs. 2 Z 2 ASVG anspruchsberechtigt sind, eindeutig bevorzugt. Für sie bestünde nämlich keine Einschränkung der Leistungsgewährung auf längstens 26 Wochen.

Für ein derartiges Ergebnis ist keine sachliche Rechtfertigung erkennbar. Die Bestimmung würde daher einer verfassungsrechtlichen Überprüfung vermutlich nicht standhalten können.

§ 134 Abs. 2 ASVG sollte daher unverändert bleiben und § 134 Abs. 3 ASVG wie folgt ergänzt werden:

*„Für Versicherungsfälle, die nach dem Ende der Versicherung eintreten, sind die Leistungen der Krankenbehandlung an die im § 122 Abs. 2 Z 2 bis 4 und § 122 Abs. 3a bezeichneten Personen, auch für deren Familienangehörige, längstens für 26 Wochen zu gewähren.“*

**Zu Art. 1 Z 24 - § 138 Abs. 1 ASVG**

Zu Missverständnissen könnte die geplante Neuformulierung des § 138 Abs. 1 ASVG führen, welche vorsieht, nach dem Ausdruck „§ 122“ den Ausdruck „- *ausgenommen jene nach Abs. 3a* -“ einzufügen.

§ 138 Abs. 1 ASVG regelt den Kreis der Anspruchsberechtigten für den Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit.

Die in § 122 Abs. 3a ASVG genannten Personen haben aber ex lege nur Anspruch auf Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit. Diese Personen-Gruppe ist somit vergleichbar mit den in § 122 Abs. 3 ASVG genannten Personen, welche aber in § 138 Abs. 1 ASVG nicht angeführt sind.

Zur Vermeidung von Unklarheiten wird daher angeregt, entweder den Hinweis auf § 122 Abs. 3a ASVG zu streichen oder zusätzlich auch den Hinweis auf § 122 Abs. 3 ASVG vorzusehen.

**Zu Art. 1 Z 31 - § 474 Abs. 1 zweiter Satz ASVG**

Es ist **nicht nachvollziehbar**, warum die Erhöhung des Krankenversicherungsbeitrages nur 0,05 % beträgt.

Hier dürfte ein Schreibfehler vorliegen. Der Betrag müsste wohl – wie im letzten Satz – richtig „7,05“ lauten.

**Zu Art. 1 Z 36 bis 38 - § 625 Abs. 8, 9 und 14 ASVG**

Mit dieser Bestimmung wird die bestehende Verwaltungskostendeckelung bis zum Jahre 2011 verlängert.

Entgegen der positiven Sichtweise in den Erläuternden Bemerkungen geben wir hinsichtlich der unveränderten Fortschreibung der Verwaltungskostendeckelung bis zum Jahr 2011 sehr wohl zu bedenken, dass sich die Rahmenbedingungen seit der erstmaligen gesetzlichen Normierung durch das Sozialrechtsänderungsgesetz 2000 erheblich geändert haben.

**Auf diese Entwicklung sollte das bestehende Kopfquotenmodell, das verschiedene Abzugsposten vorsieht, welche den für die Errechnung des Basiswertes heranzuziehenden Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand vermindern, angepasst werden.**

Es wird daher in diesem Zusammenhang angeregt, auch dem Verwaltungsaufwand für **GPLA – Prüfer** Abzugsfähigkeit zuzuerkennen. Darüber hinaus sollte die Abzugsfähigkeit der **Standardproduktkosten** und der Kosten der **Rechenzentrumskonsolidierung weiterhin** vorgesehen werden.

Des Weiteren hielten wir es für zweckmäßig, bestimmte Kostensegmente, wie beispielsweise die Kosten für die **Behandlungsökonomie**, aus der Verwaltungskostendeckelung ausdrücklich auszunehmen.

**Zu Art. 1 Z 39 - § 635 Abs. 5 ASVG**

Hier soll eine Rechtsgrundlage für die Kundmachung einer Durchführungsvorschrift bereits vor Kundmachung (!) des ihr zugrunde liegenden Gesetzes und rückwirkend geschaffen werden.

Ungeachtet der Ordnungsqualität im Stufenbau der Rechtsordnung unterliegen Richtlinien gemäß § 31 Abs. 5 ASVG keiner Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde.

Vor diesem rechtlichen Hintergrund bietet die Bestimmung des § 635 Abs. 5 ASVG in der vorgeschlagenen Fassung ein auffallendes Bild. Gestattet sie doch dem Ordnungsgeber die einschlägige Änderung der Richtlinie über die Befreiung von der Rezeptgebühr nach § 31 Abs. 5 Z 16 ASVG noch vor Inkrafttreten der Bezug habenden Gesetzesbestimmung.

Damit wird – unseres Wissens erstmals – eine Regelung geschaffen, nach der nicht die Kundmachung eines Gesetzes, sondern (offenbar) dessen Beschlussfassung maßgebend wird.

Es müsste nämlich die verantwortliche Aufsichtsbehörde das „gesetzmäßige Zustandekommen“ der gegenständlichen Änderung anerkennen, wenngleich aufgrund der chronologischen Abfolge zum Zeitpunkt der Beschlussfassung eine entsprechende Rechtsgrundlage noch gar nicht vorhanden war.

**Hier scheint ein Verstoß gegen das Legalitätsprinzip vorzuliegen.** Soweit erkennbar, handelt es sich dabei auch um völliges Neuland, da vergleichbare Bestimmungen (beispielsweise § 546 Abs. 8 ASVG) den Ordnungsgeber bislang immer nur ermächtigt haben, ab Kundmachung der Bezug habenden Gesetzesstelle tätig zu werden.

## Zu Art. 1 Z 39 - § 635 Abs. 6 ASVG

Gegen diese Bestimmung bestehen sowohl verfassungsrechtliche als auch sonst grundsätzliche Bedenken.

Sie ist finanziell, rechtlich und politisch unakzeptabel.

Sie sollte entfallen.

Aus rechtlicher Sicht steht die geplante Bestimmung, wonach die „*Trägerkonferenz konkrete Maßnahmen zur Effizienzsteigerung und Kostendämpfung in der gesetzlichen Krankenversicherung im Ausmaß von 150 Millionen Euro zu beschließen*“ hat, in einem (unauflösbaren) Widerspruch zur freien Willens- und Meinungsbildung und der damit korrespondierenden Haftung der VersicherungsvertreterInnen (§ 424 ASVG).

Der Gesetzgeber legt der Trägerkonferenz (= einem Selbstverwaltungskörper) ein konkretes Handeln gesetzlich auf und schränkt damit den Handlungsspielraum und die Verantwortung der Trägerkonferenz bzw. seiner Mitglieder massiv ein. Dies steht im **Widerspruch** zur in der jüngsten Zeit entwickelten **Judikatur-Linie des Verfassungs- und Verwaltungsgerichtshofes**, die das Institut der Selbstverwaltung, wenn vom Gesetzgeber eingeräumt, hinsichtlich der konkreten inhaltlichen Ausgestaltung stärkt.

Die normierte Verordnungsermächtigung für die Gesundheitsministerin im Einvernehmen mit dem Finanzminister ist zudem **nicht ausreichend** im Gesetz **determiniert**.

Vor allem sind auch keine nachvollziehbaren Kriterien festgelegt, die die Objektivität der Einsparungsmaßnahmen bestimmen. Sollte daran gedacht sein, dass erst in der Verordnung entsprechende Kriterien für das Nichterreichen des Einsparungsziels festgelegt werden, so wäre dies eine **formalgesetzliche Delegation** und daher **verfassungswidrig**.

Weiters erscheint es auch rechtlich nicht zulässig zu sein, dass die Rückführung des Beitragsatzes nicht nur im Bereich des ASVG sondern auch in den Sondergesetzen geplant ist. Eine solche **Solidarhaftung** hat der VfGH in der Vergangenheit **stets verneint** und immer nur auf die betreffende Versichertengruppe abgestellt.

Aus einer Management-Perspektive ist zu betrachten, welche Schritte tatsächlich geeignet sind, Effizienzsteigerungen und Kostendämpfung zu erzielen. Die Selbstverwaltungen in den Trägern haben im Sinne ihrer Anspruchsberechtigten und Beitragszahler für eine optimale Versorgung mit medizinischen Leistungen zu sorgen. Diese Optimierung hat sich an den Grundsätzen von Qualität und Ökonomie zu orientieren. **In diesem Sinne haften die Obleute und Versicherungsvertreter auch für ihre Entscheidungen.**

Beschlüsse der Trägerkonferenz, welche entgegen dieser beschriebenen Aufgaben- und Verantwortungsverteilung das Selbstverwaltungshandeln der Träger determinieren, ohne die damit verbundene Verantwortung gegenüber Anspruchsberechtigten, Vertragspartnern und Dienstgebern zu übernehmen, sind systemwidrig und nicht Erfolg versprechend.

Dies wird besonders deutlich, wenn man die derzeitige Zusammensetzung der Trägerkonferenz berücksichtigt: im Ergebnis würde dies dazu führen, dass unterschiedlichste Sozialversicherungsträger (inkl. reine Pensions- und Unfallversicherungsträger, bis hin zu den Vertretern der Seniorenorganisationen) Kostendämpfungs- und Effizienzbeschlüsse für die Gebietskrankenkassen fassen.

Die Selbstverwaltung der Sozialversicherung ist bei aller Eigenständigkeit und Engagement immer noch Teil der Gesetzesvollziehung und bedeutet diese Bestimmung, dass Beschlüsse der Selbstverwaltung von der Bundesverwaltung (Bundesminister) durch Verordnung „begutachtet“ werden. Dies obwohl dieselben Bundesbehörden bei allen Sitzungen der Selbstverwaltung, so auch bei der Sitzung der Trägerkonferenz, die diese Beschlüsse zu verfassen hat, eingeladen und anwesend sind und daher jedenfalls schon die Möglichkeit und Verpflichtung hätten bei diesen Sitzungen unmittelbar Einspruch zu erheben.

Weiters fehlen klare Begriffe und Beschreibungen für diesen doch nicht unwesentlichen Beschluss und sind die der geplanten Gesetzesbestimmung entnommenen Worte wie z. B. „konkrete Maßnahmen zur Effizienzsteigerung“ und „Kostendämpfung“ schlichtweg zu unklar und lassen einen überaus weiten Interpretationsspielraum offen.

Die vorgeschlagene Konstruktion würde dazu führen, dass die angedrohte Sanktion „Wegfall der Beitragssatzanhebung“ mit Ende 2008 die Gebietskrankenkassen

kassen und deren Leistungsberechtigte im Ergebnis massiv negativ treffen würde, die zugrunde liegenden Entscheidungen und Maßnahmen in Form von Trägerkonferenzbeschlüssen jedoch von diesen nicht ausreichend beeinflussbar sind.

**Es käme damit zu einem offensichtlichen Auseinanderfallen von Entscheidung und Verantwortung.**

Fraglich ist auch, ob die Bestimmungen über den Beitragssatz, der gesetzlich zu regeln ist, durch Verordnung außer Kraft gesetzt werden können. Hier handelt es sich nämlich nicht um eine Durchführungsverordnung, wie z. B. die Ermächtigung zur Festsetzung des Beitragssatzes für Selbstversicherte in der Unfallversicherung nach § 77 Abs. 3 ASVG, sondern um eine Regelungstechnik, die der Verordnung gesetzändernden Charakter beimisst.

## **Ergänzungsvorschlag - §§ 154a und 300 ASVG (und Parallelbestimmungen)**

Es sollte die medizinische Rehabilitation der Alterspensionisten neu geregelt werden, **zumal der sich das Gesundheitsministerium bereits für eine solche Novellierung ausgesprochen und gleichzeitig einen mit dem Hauptverband abgestimmten Gesetzestext übermittelt hat**, der nur mehr in die Regierungsvorlage zur gegenständlichen ASVG-Novelle zu übernehmen wäre, siehe das Schreiben des BMGFJ vom 3. August 2007, GZ 96113/0001-I/B/9/2007:



Brief BMGFJ, §§  
154a, 300 ASVG.pdf

## **Ergänzungsvorschlag - § 447f Abs. 10 ASVG**

Die gesetzliche Verpflichtung der WGKK zum **Betrieb des Hanusch-Krankenhauses** (HKH) ist nach derzeitiger Gesetzeslage im Rahmen des Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger **als Strukturnachteil zu berücksichtigen**.

De facto erbringt die Kasse aber als einziger österreichischer Krankenversicherungsträger durch den Betrieb des Krankenhauses eine Sachleistung, die im Rahmen der von den Trägern der Sozialversicherung zu leistenden Beiträge für die Krankenanstaltenfinanzierung zu berücksichtigen wäre.

Die in § 447f Abs. 10 ASVG festgelegten Schlüssel für die Zahlungen der SV-Träger an den Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung wären daher entsprechend zu korrigieren und gleichzeitig die Belastung durch den Betrieb einer allgemeinen Krankenanstalt als Strukturnachteil in § 447b Abs. 2 ASVG zu eliminieren.

Es sollte die bevorstehende Novellierung dazu genutzt werden, den Betrieb des HKH der Wiener Gebietskrankenkasse als Sachleistung bei den Beiträgen der Träger der Sozialversicherung für die Krankenanstaltenfinanzierung nach § 447f ASVG anzurechnen.

Dafür wäre eine Änderung der Schlüssel für die Aufbringung für die Überweisungen des Ausgleichsfonds in § 447f Abs. 10 wie folgt erforderlich:

HKH-Schlüssel-Einbringung.xls

# **Stellungnahme des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger**

## **zu Artikel 2**

### **Novelle zum GSVG**

## **Zu Art. 2 Z 2 - § 29 Abs. 2 GSVG**

Im Hinblick auf die prekäre finanzielle Situation der Krankenversicherung der Pensionisten wird die Senkung der Hebesätze **ausdrücklich abgelehnt**.

# **Stellungnahme des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger**

## **zu Artikel 3**

### **Novelle zum BSVG**

### **Zu Art. 3 Z 3 - § 26 Abs. 2 BSVG**

Im Hinblick auf die prekäre finanzielle Situation der Krankenversicherung der Pensionisten wird die Senkung der Hebesätze **ausdrücklich abgelehnt**.

### **Zu Art. 3 Z 4 - § 77 Abs. 1 und 2 BSVG**

Den Erläuterungen zufolge soll die neue Schutzfristbestimmung ausschließlich den Bezug von Sachleistungen zum Gegenstand haben.

Auf Basis des bislang gegebenen Verständnisses von Sach- bzw. Geldleistungen greift diese Aussage im BSVG-Bereich zu kurz, da dem letztgenannten Gesetz ein **anderes Leistungsverständnis** zugrunde liegt als dem **ASVG**.

Kostenzuschüsse für die Inanspruchnahme von Wahlärzten zählen im ASVG-Bereich als Sachleistungsäquivalent, hingegen sind sie im BSVG als Geldleistung qualifiziert.

Hier bedürfte es zumindest einer definitorischen Umschreibung des Leistungsumfanges in den Erläuternden Bemerkungen.

**Zu Art. 3 Z 6 - § 284 Abs. 5 BSVG**

Die gegenständliche zeitliche Erweiterung dieser Bestimmung ist bereits seit Jahren ein Anliegen der Sozialversicherungsanstalt der Bauern und deren Umsetzung wird von dieser **ausdrücklich begrüßt**.

# **Stellungnahme des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger**

## **zu Artikel 4**

### **Novelle zum B-KUVG**

## Zu Art. 4 Z 1 bis 3 - § 20 Abs. 1 und § 22 Abs. 1 und 3 B-KUVG

Laut den Erläuternden Bemerkungen zum gegenständlichen Gesetzesentwurf steht das Bestreben „nach einer finanziellen Absicherung der gesetzlichen Krankenversicherung“ – insbesondere auch durch beitragsseitige Maßnahmen im Mittelpunkt.

Die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter hat dabei darauf hingewiesen, dass diese generalisierte Betrachtung des Gesetzgebers insofern **irreführend** erscheint, als sich für die BVA als **einzigem** Krankenversicherungsträger durch die vorgeschlagenen Änderungen **erhebliche Mindereinnahmen** ergeben.

Tatsächlich sieht der Entwurf im B-KUVG durch den Entfall des Zuschlages für die Erweiterte Heilbehandlung von 0,4 % in Verbindung mit der Anhebung des allgemeinen Dienstgeberbeitrags um 0,35 % eine effektive **Beitragskürzung** von 0,05 % vor.

Diese entfällt zur Gänze auf die Dienstgeber.

Dazu kommt, dass im Bereich des ASVG, BSVG und GSVG überdies eine effektive Erhöhung des Beitragssatzes um 0,15 % vorgeschlagen wird. Für die BVA resultiert daraus **einnahmenseitig** im Vergleich mit den anderen Trägern sogar ein **Minus** von insgesamt **0,2 %**.

Während für die anderen Träger Mehreinnahmen von € 152,4 Millionen zu erwarten sind, muss die Versichertengemeinschaft der BVA nicht nur einen Verlust an Dienstgeberbeiträgen im Ausmaß von € 7,7 Millionen tragen, sondern werden ihr auch Mehreinnahmen von ca. € 23 Millionen vorenthalten.

Insgesamt kann somit von einem Beitrag der BVA zur finanziellen Absicherung der Krankenversicherung allein im Kalenderjahr 2008 von **€ 30, 7 Millionen** ausgegangen werden.

In den Folgejahren ist mit einem weiteren Anstieg dieses „Solidarbeitrages“ zu rechnen.

Die finanziellen Erläuterungen zu dem Entwurf gehen darauf jedoch nicht ein, **eine entsprechende Ergänzung sollte daher jedenfalls erfolgen.**

### **Zu Art. 4 Z 6 - § 58 Abs. 1 B-KUVG**

Die Intention der Novellierung des § 58 Abs. 1 B-KUVG ist seit langem bekannt und an sich zu unterstützen.

Die gewählte Formulierung erscheint jedoch nicht adäquat.

So ist der 2. Satz unverständlich, weil der Dienstgeber nach dem 1. Satz immer nur die Sachleistungen zu erbringen hat. Unklar ist auch der Zusammenhang mit einer Entgeltfortzahlung.

Der nur in § 58 B-KUVG enthaltene Verweis auf § 56 B-KUVG widerspricht überdies der Intention des Gesetzesvorschlages, weil Familienmitglieder mit eigener Versicherung **eben keine Angehörigen nach § 56 B-KUVG sind** (z. B. der Fall der Botschaftergattin oder Halbwaisen mit KV aus einer Pension ist nicht abgedeckt).

Das eigentliche Problem ist somit nicht die Leistungsverpflichtung des Dienstgebers, sondern die Ersatzpflicht des für das Familienmitglied zuständigen Versicherungsträgers.

**Zu Art. 4 Z 9 - § 84 Abs. 3 B-KUVG**

Nach der Wortfolge „nach den §§ 162 bis 168“ ist „**ASVG**“ zu ergänzen.

### **Ergänzungsvorschlag - § 21 Abs. 2 B-KUVG**

Im Zuge der bevorstehenden Beitragsvorschreibung an mehrfach geringfügig Beschäftigte wurde festgestellt, dass nach den gesetzlichen Vorgaben keine Beiträge von Sonderzahlungen aus den geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen vorgeschrieben werden können.

§ 20d B-KUVG regelt (wie § 53a ASVG) nur die Vorschreibung von Beiträgen aus der allgemeinen Beitragsgrundlage.

Eine entsprechende Regelung zu § 54 Abs. 5 ASVG, der die Vorschreibung des Pauschalbeitrages von geringfügig Beschäftigten auch von den Sonderbeiträgen regelt, besteht im B-KUVG in § 21 Abs. 2 nicht.

**Eine entsprechende Ergänzung wäre zweckmäßig.**

## **Ergänzungsvorschlag - §§ 23 und 30a B-KUVG**

Gegenwärtig sieht § 23 Abs. 1 B-KUVG i.V.m. § 59 Abs. 1 ASVG für den Kreis der Beamten die Verrechnung von Verzugszinsen für nicht rechtzeitig eingezahlte Beiträge und Zuschläge vor.

Dies gilt gemäß § 30a B-KUVG gleichermaßen auch für den Versichertenkreis der VB-Neu. Allerdings besteht im Bereich des B-KUVG (im Gegensatz zum ASVG) bis dato keine Möglichkeit, unter bestimmten Voraussetzungen die Verzugszinsen nachzusehen.

In der Praxis ist nunmehr die stetige Zunahme an Fällen verspäteter Einzahlungen durch die Dienstgeber, verbunden mit der Vorschreibung von Verzugszinsen, zu beobachten. Seitens der Dienstgeber wird regelmäßig unter Hinweis darauf, dass die im ASVG geregelten Voraussetzungen vorliegen würden, um Nachsicht der Verzugszinsen ersucht. Tatsächlich scheint das Fehlen einer Zinsnachsicht im B-KUVG im Unterschied zum ASVG auf Dauer kaum argumentierbar.

Im Hinblick darauf ist es zweckmäßig, auch im B-KUVG die Möglichkeit zur Nachsicht von Verzugszinsen zu statuieren.

Daher wird einerseits die **Erweiterung des Verweises in § 23 B-KUVG auch auf Abs. 2 des § 59 ASVG**, und andererseits die **Aufnahme von Abs. 2 des § 59 ASVG in § 30a B-KUVG** angeregt.

# **Gesetzesvorschläge der Wiener Gebietskrankenkasse**

## **zur Verbesserung der finanziellen Lage der Krankenkasse**



WrGKK.pdf

**Hauptverband der österr.  
Sozialversicherungsträger**

eingel. 27. FEB. 2007

Aktenzeichen 12-REP  
erledigt .....

Hauptverband  
der österreichischen  
Sozialversicherungsträger  
Kündmanngasse 21  
1031 Wien

Wien 10, Wienerbergstr. 15-19  
Postanschrift: 1103 Wien,  
Postfach 6000  
Telefon: 601 22-...0  
www.wgkk.at

Öffnungszeiten:  
Montag bis Mittwoch und Freitag  
von 7.30 bis 14 Uhr  
Donnerstag von 7.30 bis 16 Uhr

DVR: 0023957  
UID-Nr.: ATU 16250401

**Ihr Partner in  
Sachen Gesundheit.**

Ihr Zeichen

Ihre Nachricht vom

Unser Zeichen

Durchwahlkennung

Telefax

Wien,

BE Dr. Ba/EW

2351

3540

12.02.2007

**Betreff: Gesetzesvorschläge zur Verbesserung der finanziellen Lage der Krankenkasse**

Sehr geehrte Damen und Herren!

Laut dem Regierungsprogramm soll die Liquidität der Gebietskrankenkasse unter anderem auch durch die Sicherstellung der vollständigen Einbringlichkeit der Sozialversicherungsbeiträge gewährleistet werden. Durch eine Reihe von Gesetzesänderungen könnten Mehreinnahmen erzielt bzw. Beitragsverluste vermieden werden. Unabhängig von einer Beitragserhöhung wären aufgrund dieser Vorschläge insgesamt finanzielle Mehreinnahmen von über € 8 Mio. im Bereich Wien möglich. Einige dieser Maßnahmen hätten darüber hinaus auch noch generalpräventive Wirkung und könnten somit die Zahlungsmoral der Beitragsschuldner positiv beeinflussen und zu weiteren Zahlungseingängen führen..

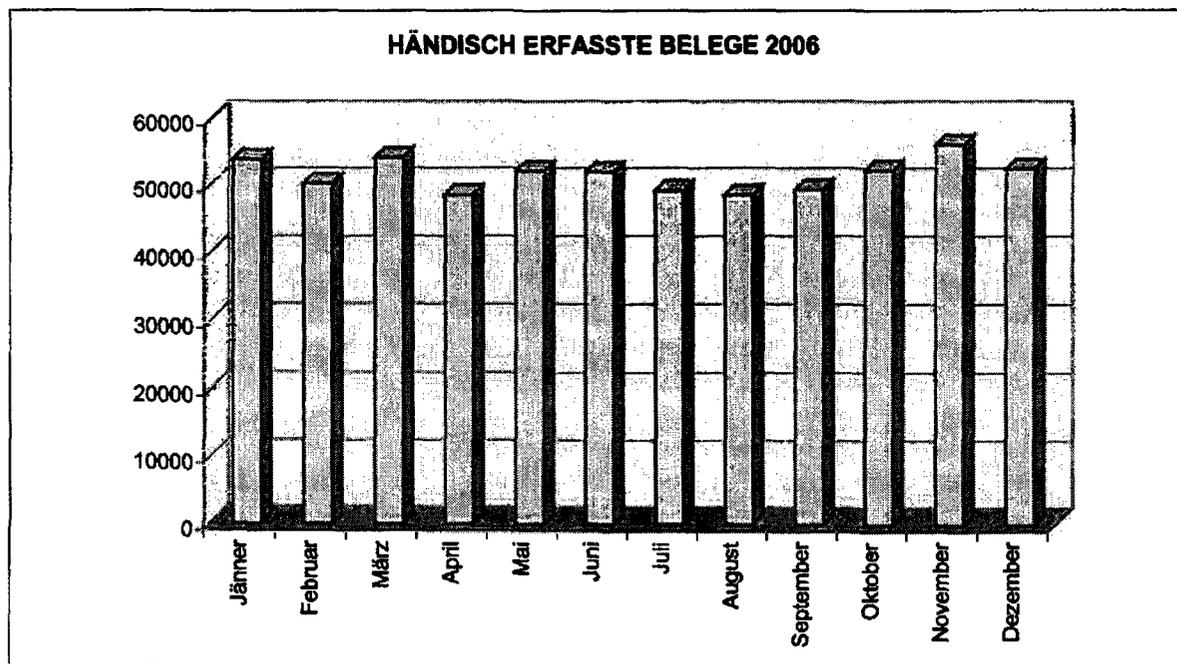
**I. Gesetzänderungen betreffend den Zahlungsverkehr**

**1. Einführung einer Erlagscheingebühr**

Beitragsschuldner haben die Möglichkeit die Beiträge entweder durch Rechnungseinzug oder mittels Erlagschein einzuzahlen. Da die Bearbeitung händisch zu erfassender Erlagscheine mit einem größeren Verwaltungsaufwand verbunden ist, wird – wie auch bei privatwirtschaftlichen Unternehmen üblich – die Einführung einer Erlagscheingebühr angeregt. Bei einer Gebühr von EUR 1,00 pro Erlagschein wäre 2006 eine Gebühr von **EUR 618.819,00** vorgeschrieben worden.

HÄNDISCH ERFASSTE BELEGE 2006												
Jänner	Februar	März	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Dezember	Summe
53.870	50.215	54.106	48.516	52.141	52.012	49.220	48.555	49.319	52.281	56.120	52.484	618.819

( zur Berechnung wurden nur händisch erfasste Belege herangezogen, da wir bei den Vorschreibetrieben Erlagscheine zur Einzahlung versenden)

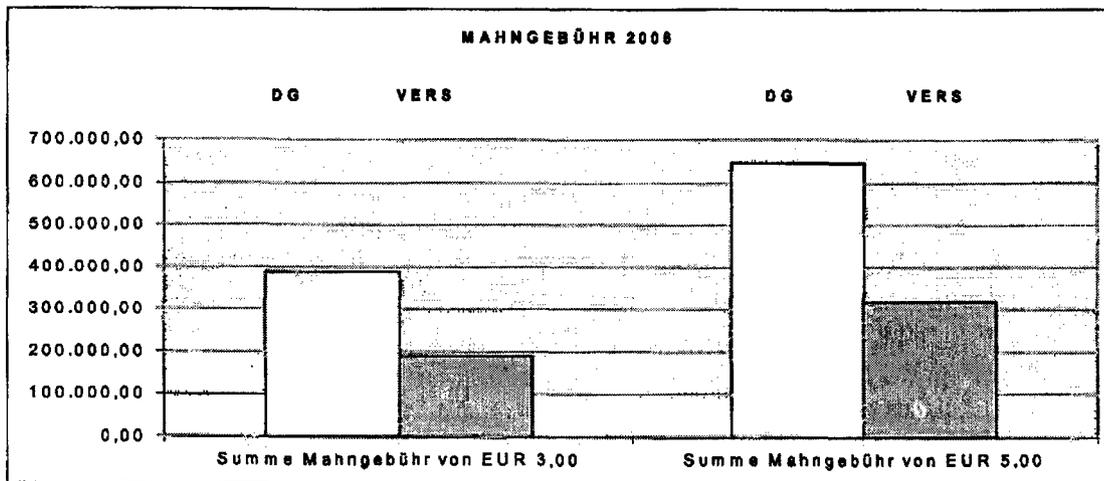


## 2. Wiedereinführung der Mahngebühr

Der mit der Mahnung verbundene Arbeits- und Kostenaufwand (Papier- und Portokosten, Personalkosten) muss derzeit von der gesamten Versicherungsgemeinschaft, somit auch von allen pünktlichen Zahlern mitgetragen werden. Es wird daher vorgeschlagen, die Kosten mittels Mahngebühr jenen Beitragschuldnern vorzuschreiben, die diesen Aufwand verursacht haben. Je nach Höhe der Mahngebühr von EUR 3,00 oder EUR 5,00 hätte sich 2006 eine Mahngebühr von insgesamt EUR 578.838,00 oder EUR 964.730,00 ergeben.

<b>MAHN GEBÜHR 2006</b>				
	<b>Anzahl der Mahnungen</b>	<b>Summe des gemahnten Kapital</b>	<b>Summe Mahngebühr von EUR 3,00</b>	<b>Summe Mahngebühr von EUR 5,00</b>
<b>Lohnsummenverrechnung / LS</b>	91.103	322.209.320,14	273.309,00	455.515,00
<b>Vorschreibkonten / K1-4</b>	37.983	43.458.388,26	113.949,00	189.915,00
<b>Vorschreibkonten / HG+ HB*</b>	464	247.251,75	1.392,00	2.320,00
<b>gesamt Dienstgeber</b>	<b>129.550</b>	<b>365.914.960,15</b>	<b>388.650,00</b>	<b>647.750,00</b>
<b>Selbstversicherte / K7</b>	36.020	2.525.945,24	108.060,00	180.100,00
<b>GFB + 19a</b>	27.376	3.269.007,08	82.128,00	136.880,00
<b>gesamt Versicherte</b>	<b>63.396</b>	<b>5.794.952,32</b>	<b>190.188,00</b>	<b>316.980,00</b>
<b>gesamt alle Bereiche</b>	<b>192.946</b>	<b>371.709.912,47</b>	<b>578.838,00</b>	<b>964.730,00</b>

\*da 2007 auf monatliche Abrechnung umgestellt wird, wird sich die Anzahl der Mahnungen in diesem Bereich erhöhen  
bei K1-4 und HG+HB fehlen die Dezember Werte



### 3. Anhebung der Verzugszinsen

Gemäß § 59 Abs. 1 Z 2 ASVG wird die Höhe der Verzugszinsen aus der Sekundärmarktrendite für Bundesanleihen zuzüglich 3 % gebildet. Die Höhe des Zinssatzes hat auch große generalpräventive Wirkung auf die „Kreditaufnahme“ bei der Sozialversicherung statt bei den Banken durch verspätete Zahlung von Beiträgen. Bei einer Anhebung der Zinsen um 2 % wäre der auf die Kasse entfallende Zinsanteil im Jahr 2006 um **EUR 7.026.369,47** höher gewesen.

VERZUGSZINSEN 2005 / 2006					
Jahr	Verzugszinsen	KV-Anteil	Prozentsatz	Differenz VZ	Differenz KV-Anteil
2005	24.987.003,19	4.477.288,16	6,33		
2006	20.833.185,48	3.747.550,49	5,93		
2005	32.881.790,93	5.812.955,82	8,33	7.894.787,74	1.335.667,66
2006	27.859.554,95	4.925.107,72	7,93	7.026.369,47	1.177.557,23

Im Jahr 2006 fehlen die Werte aus dem Monat Dezember

#### 4. Klarstellung der Zahlungswidmung

Im Gegensatz zum GSVG (§ 35 Abs. 1 GSVG) und BSVG (§ 33 Abs. 2 BSVG) fehlt im ASVG eine Regelung über die Verbuchung nicht gewidmeter Zahlungen. Im Einzelfall kann es für die Beitragsschuldner sehr wichtig sein, wenn mehrere Exekutionsverfahren anhängig sind und die Versteigerung der Betriebsmittel droht. In der derzeitigen Praxis werden ungewidmete Zahlungen für die älteste Schuld verbucht, eine Rechtsgrundlage im ASVG besteht dafür aber nicht. Eine gesetzliche Klarstellung wäre notwendig.

### **II. Gesetzänderungen zur Reduktion von Beitragsverlusten**

#### 1. Einführung einer Generalunternehmerhaftung

Im Jahr 2006 mussten allein bei der Wiener Gebietskrankenkasse Beitragsrückstände in Höhe von mehr als € 18 Millionen bei dubiosen Baufirmen als uneinbringlich abgeschrieben werden. Auf die Krankenversicherung entfällt darauf ein Anteil von rund € 3,2 Millionen. Hauptgeschädigter sind Pensionsversicherungsträger die für die aufgelaufenen Versicherungszeiten keine Beitragseinnahmen erhalten. Die angeführte Summe von rund € 18 Millionen ist bereits um die vom Insolvenz-Ausfallgeldfonds zu tragenden Dienstnehmerbeitragsanteile reduziert. Der Fonds, der auch den Arbeitnehmern die offenen Forderungen ersetzt, gehört ebenfalls zu den Gläubigern, die durch diese gewerbsmäßigen Betrugsfälle geschädigt wurden.

Zur besseren praktischen Abwicklung wurde in Österreich der Auftragnehmerkataster Österreich (ANKÖ) als Datenschnittstelle zwischen Hauptverband und den Sozialversicherungsträgern eingerichtet. Bei Vorliegen einer datenschutzrechtlichen Genehmigung des betroffenen Unternehmens werden Auskünfte - über die Anzahl der Dienstnehmer und darüber ob die Beiträge entrichtet wurden - direkt an den ANKÖ übermittelt. Öffentliche Auftraggeber, aber auch Generalunternehmer, können sich auf diese Weise unbürokratisch aktuelle Werte einholen. Die Grundlage für eine derartige Haftungsregelung ist daher bereits vorhanden.

Im Interesse der Eindämmung des Sozialbetruges, des Verlustes erheblicher Sozialversicherungsmittel und der Sicherung des fairen Wettbewerbs im Wirtschaftsleben wäre eine Schaffung einer Haftungsregelung dringend geboten.

Außerdem wäre es wichtig, die strafrechtlichen Bestimmungen zu verschärfen, weil die neu geschaffene Sozialbetrugsregelung des § 153 d StGB in der Praxis nicht ausreichend ist. Die vor einigen Jahren vom Gesetzgeber durchgeführte „Entkriminalisierung“ führt auch dazu, dass das weitere „Schulden machen“ trotz bestehender Zahlungsunfähigkeit und somit auch die Weiterbeschäftigung von Dienstnehmern bei materiell insolventen Unternehmen grundsätzlich straflos wurde und der Sozialversicherung dadurch erhebliche finanzielle Schäden entstehen.

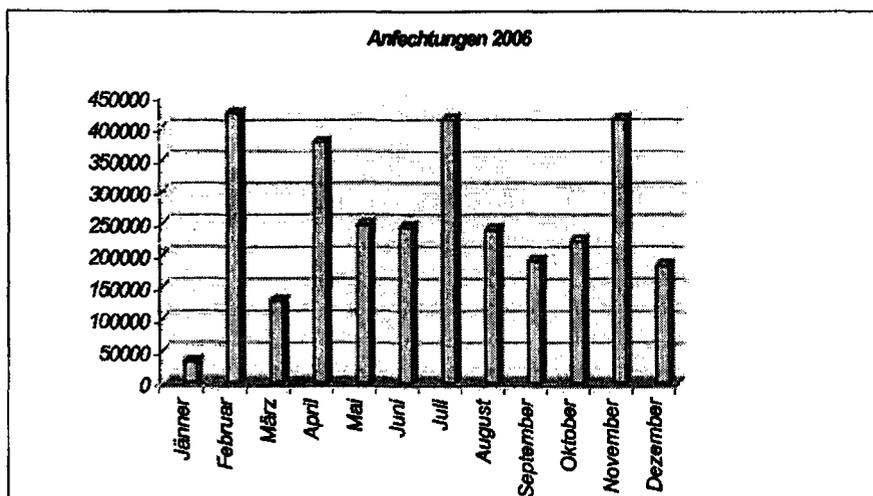
Folgende neue Formulierung des § 159 Abs.5 Z 6 StGB wird vorgeschlagen:

*„In Kenntnis bzw. fahrlässiger Unkenntnis seiner Zahlungsfähigkeit in Fortsetzung seiner unternehmerischen Tätigkeit weitere Schulden eingeht ohne rechtzeitige Sanierungsmaßnahmen einzuleiten.“*

## 2. Reduktion der Rückzahlungssummen im Konkursverfahren durch Einschränkung der Anfechtungsbestimmungen

In der Praxis werden von den Masseverwaltern sehr oft Beträge rückgefordert, die vor der Konkurseröffnung vom Beitragsschuldner an die Kasse geleistet wurden. Im Jahr 2006 mussten insgesamt Beträge von EUR 3.117.851,21 an Konkursmassen rücküberwiesen werden und gingen somit der Sozialversicherung verloren.

ANFECHTUNGEN 2006												
Jänner	Februar	März	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Dezember	Summe
33.381,59	423.284,79	128.503,54	377.351,70	247.846,84	244.025,77	413.618,78	238.930,34	191.544,75	222.001,25	414.013,64	183.368,22	3.117.851,21



Die Kassen gehören in der Praxis zu den „beliebtesten“ Anfechtungsgegnern, weil sie aufgrund der Gesetzeslage zum Teil schlechter gestellt sind als private Gläubiger. Beispielsweise gelten alle Zug - um - Zug gegen eine Gegenleistung erbrachten Zahlungen grundsätzlich als nicht anfechtbar. Dazu gehören nach ständiger Judikatur laufende Zahlungen für Miete, Strom, an Lieferanten, Arbeitnehmer usw. . Nur bei Sozialversicherungsträger und Finanzbehörden bezweifelt die Rechtsprechung das Vorliegen von Zug - um - Zug Leistungen selbst für laufende Beiträge, weil es sich nicht um eine vertragliche sondern um eine öffentlich-rechtliche Forderung handelt. Diese nicht gerechtfertigte Schlechterstellung von öffentlich rechtlichen Gläubigern sollte dringend durch eine Gesetzesregelung ausgeglichen werden.

Die Position der Sozialversicherungsträger ist gegenüber sonstigen Gläubigern auch durch das Prinzip der Pflichtversicherung, die eine Leistungserbringung auch ohne Beitragszahlung vorsieht, erschwert . Kein Lieferant würde bei ständigem Anwachsen der Schuld noch Leistungen erbringen, keine Bank ihren Kreditrahmen ausweiten. Dieser Sonderstellung durch die Pflichtversicherung müsste dadurch Rechnung getragen werden, in dem Zahlungen an Sozialversicherungsträger nur unter besonderen Umständen zurück gefordert werden dürfen.

Textvorschlag:

§ 65 Abs.1 ASVG letzter Satz (neu):

*„Die Anfechtungsbestimmungen der §§ 27 ff Konkursordnung sind mit der Maßgabe anwendbar, dass Zahlungen für laufende Beiträge als Zug – um – Zug Zahlungen zu qualifizieren sind und die Entgegennahme von Zahlungen für Beiträge, die der Sozialversicherungsträger in der Art und in der Zeit zu beanspruchen hatte unter Berücksichtigung der Pflichtversicherung und der Leistungspflicht des Sozialversicherungsträgers anderen Gläubigern gegenüber nicht als Begünstigung anzusehen sind.“*

### **III. Sonstige Maßnahmen**

#### **1. Gleichstellung der Sozialversicherungsträger mit den Finanzbehörden bei Haftungsregelungen**

Im Gegensatz zur Bundesabgabenordnung fehlen im ASVG wichtige Haftungsregelungen. Dazu gehören textliche Ergänzungen bei der Haftung von Vertretungsorganen und bei Personenhandelsgesellschaften.

Derzeit müssen die Sozialversicherungsträger mangels Möglichkeit im Verwaltungsverfahren derartige Ansprüche im teureren Zivilprozess geltend machen.

Textvorschlag:

§ 35 Abs. 4 neu (der bisherige Abs. 4 wird zu Abs. 5 neu) hätte zu lauten:

*„(4) Die Vertreter juristischer Personen, die gesetzlichen Vertreter natürlicher Personen und die Vermögensverwalter (§ 80 BAO) haben alle Pflichten zu erfüllen, die den von ihnen vertretenen obliegen und sind befugt, die diesen zustehenden Rechte wahrzunehmen. Sie haben insbesondere dafür zu sorgen, dass die Beiträge jeweils bei Fälligkeit aus den Mitteln, die sie verwalten, entrichtet werden.“*

§ 67 Abs.10 Z 1 hätte zu lauten:

*„1. Die zur Vertretung juristischer Personen oder Personenhandelsgesellschaften (offene Gesellschaft, Kommanditgesellschaft) berufenen Personen, diejenigen Personen, denen diese Vertretungsmacht tatsächlich zukommt und die gesetzlichen Vertreter natürlicher Personen (§ 35 Abs. 4 ASVG) haften im Rahmen ihrer Vertretungsmacht neben den durch sie vertretenen Beitragsschuldern für die von diesen zu entrichtenden Beiträge insoweit, als die Beiträge infolge schuldhafter Verletzung der den Vertretern auferlegten Pflichten nicht eingebracht werden können. Vermögensverwalter haften, soweit ihre Verwaltung reicht, entsprechend.“*

§ 67 Abs.10 Z 2 hätte zu lauten:

*„2. Eine schuldhafte Pflichtverletzung ist insbesondere dann anzunehmen, wenn die in Ziffer 1 bezeichneten Vertreter die vorhandenen Mittel nicht anteilig für die Begleichung aller Verbindlichkeiten verwenden und die Beitragsschulden in geringerem Ausmaß befriedigen als die sonstigen Gesellschaftsschulden.“*

## 2. Erweiterung der Geltendmachung von Dienstnehmerbeitragsanteilen beim Insolvenz-Ausfallgeld-Fonds

Gemäß § 13a Abs. 2 IESG schuldet der Insolvenz-Ausfallgeld-Fonds dem zur Beitragseinhebung zuständigen Sozialversicherungsträger die Dienstnehmerbeitragsanteile zur gesetzlichen Sozialversicherung soweit diese bis längstens 2 Jahre vor der Konkurseröffnung rückständig sind.

Hat ein Dienstgeber Meldepflichten verletzt und beispielsweise Schwarzarbeiter beschäftigt, können gemäß § 68 Abs. 1 ASVG Beiträge bis 5 Jahre zurück nachverrechnet werden. Es wird daher angeregt die Geltendmachungspflicht beim IAF der Verjährungsbestimmung des § 68 Abs. 1 ASVG anzugleichen.

Vollständigkeitshalber wird noch angeführt, dass der Insolvenz-Ausfallgeld-Fonds derzeit nur die Dienstnehmerbeitragsanteile zur gesetzlichen Sozialversicherung (Kranken- und Pensionsversicherung) ersetzt. Im Falle einer Gesetzesänderung bezüglich der Dienstnehmerbeitragsanteile zur Arbeitslosenversicherung wären mit diesbezüglichen Mehreinnahmen für den Bereich der Arbeitslosenversicherung von bis zu EUR 858.755,64 zu rechnen.

### 3. Änderung im Vergaberecht

Durch die Verschärfung im neuen Vergaberecht ist auch eine Prüfung der Eignung von Subunternehmen ausdrücklich vorgesehen. Es sollte im Gesetz klargestellt werden, dass es sich diesbezüglich um eine Schutznorm handelt, aus der auch geschädigte Dritte, wie z.B. Sozialversicherungsträger, Schadenersatzansprüche ableiten können.

### **IV. Entlastung der Sozialversicherungsträger von Gerichtskosten**

#### Entfall der gerichtlichen Pauschalgebühren

Mit 1.10.1999 wurde die in § 110 ASVG enthalten gewesene Gebührenbefreiung der Sozialversicherungsträger in Zivil- und Exekutionsverfahren aufgehoben. Seither müssen bei sämtlichen Exekutionsanträgen Pauschalgebühren an die Gerichte angewiesen werden. Durch die neuerliche Einführung dieser Gebührenbefreiung hätte sich die Kasse allein im Jahr 2006 Pauschalgebühren von EUR 1.687.231,84 erspart.

Gerichtsgebühren 2005	EUR 1.635.102,89
Gerichtsgebühren 2006	EUR 1.687.231,84

Welse darauf hin, das es sich um einen vorläufigen Wert für 2006 handelt der sich im Zuge der Jahresabschlussarbeiten noch ändern kann.

### **V. Zusammenfassung**

In der Praxis werden im Justizbereich immer wieder Arbeitsgruppen aus Vertretern der Ministerien, der Sozialpartner und der betroffenen Stellen eingesetzt, um Gesetzänderungen zu diskutieren und praktikable Lösungen zu finden. Es wird daher empfohlen auch in diesem Fall die Bildung einer Arbeitsgruppe anzuregen, um die vorgeschlagenen Gesetzänderungen besprechen zu können.

Mit freundlichen Grüßen

**Wiener Gebietskrankenkasse**  
Der leitende Angestellte: Der Obmann:



Hauptverband der österreichischen  
Sozialversicherungsträger  
Kundmanngasse 21  
1031 Wien

Organisationseinheit: BMGFJ - I/B/9 (ASVG-Legistik)  
Sachbearbeiter/in: Dr. Ulrike Windischhofer  
E-Mail: [ulrike.windischhofer@bmgfj.gv.at](mailto:ulrike.windischhofer@bmgfj.gv.at)  
Telefon: +43 (1) 71100-6151  
Fax: +43 (1) 7110016382  
Geschäftszahl: BMGFJ-96113/0001-I/B/9/2007

Datum: 03.08.2007

Ihr Zeichen:

[posteingang.allgemein@hvb.sozvers.at](mailto:posteingang.allgemein@hvb.sozvers.at)

### **Novellierungsanregung des Hauptverbandes betreffend Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation; §§ 154a und 300 ASVG**

Sehr geehrte Damen und Herren!

Das Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend bezieht sich auf den Vorschlag des Hauptverbandes vom 6. März 2007, ZI. 32-PVS-54.137:32/07 Ru/Bam, mit welchem ein Novellierungsvorschlag betreffend die Zuständigkeit der Kranken- bzw. der Pensionsversicherung für die medizinische Rehabilitation vorgelegt wird.

Das Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend begrüßt den Vorstoß des Hauptverbandes bezüglich der Zuständigkeiten für Gesundheitsvorsorge und Rehabilitation eine Vereinfachung herbeiführen zu wollen. Für die Gewährung von Hilfsmitteln sollen allerdings nach wie vor die Krankenversicherungsträger zuständig sein, so dass der Eindruck entsteht, dass eine wirkliche Bereinigung damit nicht erreicht werden wird.

Da durch den Vorschlag eine Mittelverschiebung von der Krankenversicherung zur Pensionsversicherung verursacht werden würde, muss vor einer Umsetzung grundsätzlich die Zustimmung des Bundesministers für Soziales und Konsumentenschutz beziehungsweise des Bundesministers für Finanzen vorliegen.

In der Vereinbarung der Sozialpartner „Gesundheit sichern“, in welcher neben den Vorschlägen zu den Beitragssätzen in der Krankenversicherung unter Punkt 2.2, „Einsparungsvorschläge und ergänzende Maßnahmen“ enthalten sind, ist auch die Stärkung der Rehabilitation in der Pensionsversicherung und damit eine Mittelverschiebung von der Kranken- zur Pensionsversicherung vorgesehen.

Der Hauptverband wird daher eingeladen, auch seinerseits Bemühungen aufzunehmen bzw. fortzuführen, die entsprechenden Zustimmungen bezüglich des finanziellen Mehrbedarfes im Bereich der Rehabilitation bzw. Gesundheitsvorsorge zu erwirken.

Mit freundlichen Grüßen

Für die Bundesministerin:  
Hon.-Prof. Dr. Gerhard Aigner

Beilage: 1

Elektronisch gefertigt

### Änderung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes

. Dem § 154a Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

„Die Zuständigkeit eines Krankenversicherungsträgers ist ausgeschlossen, wenn nach § 300 Abs. 2 medizinische Maßnahmen der Rehabilitation von einem Pensionsversicherungsträger erbracht werden; dies gilt nicht für Hilfsmittel nach Abs. 2 Z 2.“

. Im § 255 Abs. 6 wird der Ausdruck „§ 300 Abs. 3“ durch den Ausdruck „§ 300 Abs. 4“ ersetzt.

. Im § 300 Abs. 1 wird der Ausdruck „Bezieher einer Pension“ durch den Ausdruck „Bezieher/innen einer befristet zuerkannten Pension“ ersetzt.

. § 300 Abs. 2 lautet:

„(2) Zusätzlich treffen die Pensionsversicherungsträger Vorsorge für die medizinische Rehabilitation nach § 302 Abs. 1 – ausgenommen die Versorgung von Hilfsmitteln – für Bezieher/innen einer Pension aus einem Versicherungsfall des Alters und für Bezieher/innen einer Pension aus einem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit, sofern diese Personen an einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung leiden und die Leistung dauernd zuerkannt ist; dies gilt nicht für Bezieher/innen einer Knappschaftspension.“

. Die bisherigen Abs. 2 und 3 des § 300 erhalten die Bezeichnungen „(3)“ und „(4)“.

. Im § 300 Abs. 4 (neu) erster Satz wird nach dem Wort „Rehabilitation“ der Ausdruck „nach Abs. 1“ eingefügt.

. Dem § 300 wird folgender Abs. 5 angefügt:

„(5) Die Rehabilitation nach Abs. 2 umfasst medizinische Maßnahmen der Rehabilitation mit dem Ziel, den Gesundheitszustand der Pensionsbezieher/innen soweit wieder herzustellen, dass sie in der Lage sind, in der Gemeinschaft einen ihnen angemessenen Platz möglichst dauernd und ohne Betreuung und Hilfe einzunehmen.“

. Der bisherige Abs. 4 des § 300 erhält die Bezeichnung „(6)“.

. Im § 301 Abs. 1 wird der Ausdruck „§ 300 Abs. 3“ durch den Ausdruck „§ 300 Abs. 4“ ersetzt.

. Im § 304 Abs. 1 wird der Ausdruck „§ 300 Abs. 3“ durch den Ausdruck „§ 300 Abs. 4“ ersetzt.

### Änderung des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes

. Dem § 99a Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

„Die Zuständigkeit des Versicherungsträgers als Krankenversicherungsträger ist ausgeschlossen, wenn nach § 157 Abs. 2 medizinische Maßnahmen der Rehabilitation vom Versicherungsträger als Pensionsversicherungsträger erbracht werden; dies gilt nicht für Hilfsmittel nach Abs. 2 Z 2.“

. Im § 132 Abs. 3 Z 1 wird der Ausdruck „§ 157 Abs. 3“ durch den Ausdruck „§ 157 Abs. 4“ ersetzt.

. Im § 133 Abs. 4 wird der Ausdruck „§ 157 Abs. 3“ durch den Ausdruck „§ 157 Abs. 4“ ersetzt.

. Im § 157 Abs. 1 wird der Ausdruck „Bezieher einer Pension“ durch den Ausdruck „Bezieher/innen einer befristet zuerkannten Pension“ ersetzt.

. § 157 Abs. 2 lautet:

„(2) Zusätzlich trifft der Versicherungsträger als Pensionsversicherungsträger Vorsorge für die medizinische Rehabilitation nach § 160 Abs. 1 – ausgenommen die Versorgung von Hilfsmitteln – für Bezieher/innen einer Pension aus einem Versicherungsfall des Alters und für Bezieher/innen einer Pension aus einem Versicherungsfall der Erwerbsunfähigkeit, sofern diese Personen an einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung leiden und diese Leistung dauernd zuerkannt ist.“

. Die bisherigen Abs. 2 und 3 des § 157 erhalten die Bezeichnungen „(3)“ und „(4)“.

. Im § 157 Abs. 4 (neu) erster Satz wird nach dem Wort „Rehabilitation“ der Ausdruck „nach Abs. 1“ eingefügt.

. Dem § 157 wird folgender Abs. 5 angefügt:

„(5) Die Rehabilitation nach Abs. 2 umfasst medizinische Maßnahmen der Rehabilitation mit dem Ziel, den Gesundheitszustand der Pensionsbezieher/innen soweit wieder herzustellen, dass sie in der Lage sind, in der Gemeinschaft einen ihnen angemessenen Platz möglichst dauernd und ohne Betreuung und Hilfe einzunehmen.“

. Der bisherige Abs. 4 des § 157 erhält die Bezeichnung „(6)“.

. Im § 158 Abs. 1 wird der Ausdruck „§ 157 Abs. 3“ durch den Ausdruck „§ 157 Abs. 4“ ersetzt.

. Im § 161 Abs. 2 Z 1 wird der Klammerausdruck „(§ 157 Abs. 3)“ durch den Klammerausdruck „(§ 157 Abs. 4)“ ersetzt.

. Im § 162 Abs. 1 wird der Ausdruck „§ 157 Abs. 3“ durch den Ausdruck „§ 157 Abs. 4“ ersetzt.

### **Änderung des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes**

. Dem § 96a Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

„Die Zuständigkeit des Versicherungsträgers als Krankenversicherungsträgers ist ausgeschlossen, wenn nach § 150 Abs. 2 medizinische Maßnahmen der Rehabilitation vom Versicherungsträger als Pensionsversicherungsträger erbracht werden; dies gilt nicht für Hilfsmittel nach Abs. 2 Z 2.“

. Im § 123 Abs. 3 Z 1 wird der Ausdruck „§ 150 Abs. 3“ durch den Ausdruck „§ 150 Abs. 4“ ersetzt.

. Im § 150 Abs. 1 wird der Ausdruck „Beziehen einer Pension“ durch den Ausdruck „befristet zuerkannten Pension“ ersetzt.

. § 150 Abs. 2 lautet:

„(2) Zusätzlich trifft der Versicherungsträger als Pensionsversicherungsträger Vorsorge für die medizinische Rehabilitation nach § 152 Abs. 1 – ausgenommen die Versorgung von Hilfsmitteln – für Bezieher/innen einer Pension aus einem Versicherungsfall des Alters und für Bezieher/innen einer Pension aus einem Versicherungsfall der Erwerbsunfähigkeit, sofern diese Personen an einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung leiden und diese Leistung dauernd zuerkannt ist.“

. Die bisherigen Abs. 2 und 3 des § 150 erhalten die Bezeichnungen „(3)“ und „(4)“.

. Im § 150 Abs. 4 (neu) erster Satz wird nach dem Wort „Rehabilitation“ der Ausdruck „nach Abs. 1“ eingefügt.

. Dem § 150 wird folgender Abs. 5 angefügt:

„(5) Die Rehabilitation nach Abs. 2 umfasst medizinische Maßnahmen der Rehabilitation mit dem Ziel, den Gesundheitszustand der Pensionsbezieher/innen soweit wieder herzustellen, dass sie in der Lage sind, in der Gemeinschaft einen ihnen angemessenen Platz möglichst dauernd und ohne Betreuung und Hilfe einzunehmen.“

. Der bisherige Abs. 4 des § 150 erhält die Bezeichnung „(6)“.

. Im § 150a Abs. 1 wird der Ausdruck „§ 150 Abs. 3“ durch den Ausdruck „§ 150 Abs. 4“ ersetzt.

. Im § 153 Abs. 2 Z 1 wird der Klammerausdruck „(§ 150 Abs. 3)“ durch den Klammerausdruck „(§ 150 Abs. 4)“ ersetzt.

. Im § 154 Abs. 1 wird der Ausdruck „§ 150 Abs. 3“ durch den Ausdruck „§ 150 Abs. 4“ ersetzt.

. Im § 156 Abs. 6 wird der Ausdruck „§ 150 Abs. 2“ durch den Ausdruck „§ 150 Abs. 3“ ersetzt.

### **Erläuterungen**

Nach der geltenden Rechtslage (§ 154a Abs. 1 ASVG, § 160 Abs. 1 GSVG, § 152 Abs. 1 BSVG) gewähren die Krankenversicherungsträger, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern oder die Folgen der Krankheit zu erleichtern, im Anschluss an die Krankenbehandlung nach pflichtgemäßem Ermessen medizinische Maßnahmen der Rehabilitation mit dem Ziel, den Gesundheitszustand der Versicherten und ihrer Angehörigen so weit wiederherzustellen, dass sie in der Lage sind, in der Gemeinschaft einen ihnen angemessenen Platz möglichst dauernd und ohne Betreuung und Hilfe einzunehmen.

Diese Maßnahmen sind beim Pensionsversicherungsträger oder Unfallversicherungsträger zu beantragen, die den Antrag unverzüglich an den zuständigen Krankenversicherungsträger weiterzuleiten haben, soweit sie diese Maßnahmen nicht selbst zu gewähren haben.

Die Pensionsversicherungsträger treffen Vorsorge für die Rehabilitation von Versicherten und Bezieher/inne/n einer Pension aus einem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit (ausgenommen einer Knappschaftspension), die an einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung leiden (§ 300 Abs. 1 ASVG, § 157 Abs. 1 GSVG, § 150 Abs. 1 BSVG).

Nach der geltenden Rechtslage ist also für die medizinische Rehabilitation zuständig

- der Pensionsversicherungsträger für Erwerbstätige und Bezieher/innen einer (befristeten oder unbefristeten) Invaliditäts(Erwerbsunfähigkeits)pension und
- der Krankenversicherungsträger für mitversicherte Angehörige, für in der Krankenversicherung Teilversicherte, für Bezieher/innen einer Hinterbliebenenpension und für Bezieher/innen einer Alterspension.

Obwohl also nach der geltenden Rechtslage den Krankenversicherungsträgern die medizinische Rehabilitation auch von Bezieher/inne/n einer Alterspension zusteht, wird in der Praxis für diese Personengruppe die Rehabilitation – im Hinblick auf die derzeit prekäre Situation der Krankenversicherungsträger - von den Pensionsversicherungsträgern gewährt.

Für diese gängige Praxis soll nun auf Anregung des Hauptverbandes eine gesetzliche Grundlage geschaffen werden. Damit wird gleichzeitig auch das Zuzahlungsproblem bei Inanspruchnahme von Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge statt gesetzlicher Rehabilitation, das immer wieder bei den Versicherten für Unmut wegen der Differenzierung sorgt, gelöst.

Für Bezieher/innen einer Hinterbliebenenpension; für Krankenversicherte ohne Pensionsanspruch sowie für mitversicherte Angehörige sind nach wie vor die Krankenversicherungsträger für die medizinische Rehabilitation zuständig.

Auch für die Gewährung von Hilfsmitteln in der Rehabilitation sollen nach wie vor die Krankenversicherungsträger zuständig sein, zumal die Krankenversicherungsträger diesbezüglich spezialisiert und näher am Kunden sind.

### **Finanzielle Erläuterungen**

Zur Schätzung der mit dem Novellierungsvorschlag verbundenen finanziellen Auswirkungen hat der Hauptverband ein entsprechendes Mengengerüst aufgestellt:

Danach beträgt der Entgang an Zuzahlungen (Rehabilitation als Gesundheitsvorsorge) für 2006 im Bereich der Pensionsversicherungsanstalt 1 712 229,29 Euro, im Bereich der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft 97 678,64 Euro, im Bereich der Sozialversicherungsanstalt der Bauern 71 025,44 Euro und im Bereich der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau 10 000 Euro; der Gesamtentgang 2006 wird sohin auf 1 890 933,37 Euro geschätzt.

Die Kosten der Verschiebung der Rehabilitation von Beziehern einer Alterspension von der Kranken- zur Pensionsversicherung werden mit jährlich 10,9 Mio. Euro geschätzt.

Im Bereich der Pensionsversicherung wird also insgesamt von jährlichen Mehrkosten in der Höhe von 12 790 933,37 Euro ausgegangen.

**Einbringung des HKH als Referenzspital (Sachleistung) in die LKF-Finanzierung**

**Berechnung der Schlüsseländerung (Endabrechnung 2006)**

(-) Vorteil (+) Nachteil	Zahlungen LKF 2006	Schlüssel LKF 70%	Renta. HKH 2006	Belastung HKH (-) Vorteil (+) Nachteil	Zahlungen LKF 2006 NEU 70%	Schlüssel Einbring. HKH 70% NEU
	§ 447f (3) Z 1		<b>42.075.388</b>			
Gkk Wien	436.406.140	17,44201%	7.360.133	- <b>34.715.255</b>	401.690.886	16,05452%
Gkk Niederösterreich	291.604.804	11,65468%	4.918.011	<b>4.918.011</b>	296.522.816	11,85124%
Gkk Burgenland	48.544.338	1,94019%	818.716	<b>818.716</b>	49.363.054	1,97291%
Gkk Oberösterreich	377.332.215	15,08098%	6.363.832	<b>6.363.832</b>	383.696.047	15,33532%
Gkk Steiermark	256.464.898	10,25023%	4.325.365	<b>4.325.365</b>	260.790.263	10,42310%
Gkk Kärnten	135.827.267	5,42866%	2.290.772	<b>2.290.772</b>	138.118.039	5,52022%
Gkk Salzburg	118.010.238	4,71656%	1.990.282	<b>1.990.282</b>	120.000.519	4,79611%
Gkk Tirol	141.051.278	5,63745%	2.378.876	<b>2.378.876</b>	143.430.154	5,73253%
Gkk Vorarlberg	91.816.376	3,66966%	1.548.513	<b>1.548.513</b>	93.364.890	3,73155%
Bkk Tabakwerke	2.294.371	0,09170%	38.695	<b>38.695</b>	2.333.066	0,09325%
Bkk Verkehrsbetriebe	7.880.427	0,31496%	132.906	<b>132.906</b>	8.013.332	0,32027%
Bkk Semperit	4.415.351	0,17647%	74.466	<b>74.466</b>	4.489.817	0,17945%
Bkk Mondi	945.271	0,03778%	15.942	<b>15.942</b>	961.213	0,03842%
Bkk VABS	7.116.303	0,28442%	120.019	<b>120.019</b>	7.236.322	0,28922%
Bkk Zeltweg	1.722.655	0,06885%	29.053	<b>29.053</b>	1.751.708	0,07001%
Bkk Kapfenberg	5.035.106	0,20124%	84.919	<b>84.919</b>	5.120.025	0,20463%
VA f. Eisenbahnen u. Bergb.	130.126.619	5,20082%	2.194.628	<b>2.194.628</b>	132.321.247	5,28853%
VA öff. Bediensteter-KV	192.829.503	7,70689%	3.252.133	<b>3.252.133</b>	196.081.636	7,83687%
SVA d.gew. Wirtschaft-KV	130.648.044	5,22166%	2.203.422	<b>2.203.422</b>	132.851.466	5,30973%
SVA d. Bauern-KV	114.714.800	4,58485%	1.934.703	<b>1.934.703</b>	116.649.503	4,66218%
<b>Gesamt</b>	<b>2.494.786.004</b>	<b>99,71006%</b>	<b>42.075.388</b>	<b>0</b>	<b>2.494.786.004</b>	<b>99,71006%</b>
UV und PV-Träger	7.254.416	0,28994%		-	7.254.416	0,28994%
<b>Summe inkl. UV/PV</b>	<b>2.502.040.420</b>	<b>100,00000%</b>	<b>42.075.388</b>	<b>0</b>	<b>2.502.040.420</b>	<b>100,00000%</b>

# Krankenanstaltenfinanzierung 2006 endgültig

## Endgültige Aufteilung von 70 % des Pauschalbeitrages

Beträge in Euro

Versicherungsträger	Schlüssel gem. § 447 f Abs. 10 ASVG	Aufteilung von 70% von 3,,574,343.457,45 Euro
<b>Insgesamt</b>	<b>100,00000</b>	<b>2.502.040.420,22</b>
Gkk Wien	17,44201	436.406.140,30
Gkk Niederösterreich	11,65468	291.604.804,45
Gkk Burgenland	1,94019	48.544.338,03
Gkk Oberösterreich	15,08098	377.332.215,36
Gkk Steiermark	10,25023	256.464.897,77
Gkk Kärnten	5,42866	135.827.267,48
Gkk Salzburg	4,71656	118.010.237,64
Gkk Tirol	5,63745	141.051.277,67
Gkk Vorarlberg	3,66966	91.816.376,48
Bkk Tabakwerke	0,09170	2.294.371,07
Bkk Verkehrsbetriebe	0,31496	7.880.426,51
Bkk Semperit	0,17647	4.415.350,73
Bkk Mondi	0,03778	945.270,87
Bkk VABS	0,28442	7.116.303,36
Bkk Zeltweg	0,06885	1.722.654,83
Bkk Kapfenberg	0,20124	5.035.106,14
VA f. Eisenbahnen u. Bergbau-KV	5,20082	130.126.618,58
VA öff. Bediensteter-KV	7,70689	192.829.502,94
SVA d.gew. Wirtschaft-KV	5,22166	130.648.043,81
SVA d. Bauern-KV	4,58485	114.714.800,21
VA f. Eisenbahnen u. Bergbau-UV	0,01253	313.505,66
VA öff. Bediensteter-UV	0,00686	171.639,97
AUVA	0,00275	68.806,11
SVA d. Bauern-UV	0,16929	4.235.704,23
Pensionsversicherungsanstalt	0,09091	2.274.604,95
VA f. Eisenbahnen u. Bergbau-PV	0,00481	120.348,14
SVA d.gew. Wirtschaft-PV	-	-
SVA d. Bauern-PV	0,00279	69.806,93