

**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

ZI. 12-REP-42.01/08 Ht/Er

Wien, 24. April 2008

An das
Bundesministerium für
Gesundheit, Familie und Jugend

Per E-Mail

An das
Bundesministerium für
Soziales und Konsumentenschutz

Per E-Mail

An das
Präsidium des Nationalrats

Per E-Mail

Betr.: Bundesgesetz, mit dem das ASVG, GSVG,
BSVG, B-KUVG und DAG geändert werden
(Sozialrechts-Änderungsgesetz 2008 – SRÄG 2008)

Bezug: E-Mail des BMGFJ vom 31. März. 2008;
GZ: 96100/0006-I/B/9/2008

Sehr geehrte Damen und Herren!

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger nimmt hiemit zum Entwurf des SRÄG 2008 Stellung, wobei sich die Anmerkungen, die beim ASVG gemacht werden, auch auf die Parallelbestimmungen der übrigen Sozialversicherungsgesetze erstrecken.

Mit freundlichen Grüßen
Für den Hauptverband:

Beilagen

Stellungnahme des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger

zu Artikel 1

Änderung des ASVG

Zu Art. 1 Z 6 - § 351c Abs. 1 ASVG

Da die Dauer der Laufzeit des Patentess für die Aufnahme in den Gelben oder Grünen Bereich des EKO nicht von Bedeutung ist, kann diese Information unseres Erachtens unterbleiben.

Der zweite Satz sollte daher lauten:

„Mit Einlangen des Antrages, mit dem zumindest die Zulassungsnummer und ein Preis bekannt gegeben wird und dem eine Bestätigung der Lieferfähigkeit angeschlossen ist, wird die Arzneispezialität zeitlich befristet in den roten Bereich aufgenommen.“

Zu Art. 1 Z 12 - § 351i Abs. 3 ASVG

Im dritten Satz dieser Bestimmung sollte die Wortfolge „aus dem grünen Bereich“ gestrichen werden.

Dies ist erforderlich, weil wirkstoffgleiche Nachfolgeprodukte nicht nur im Grünen Bereich sondern natürlich auch im Gelben Bereich vorkommen. Daher ist es selbstverständlich auch möglich, dass Arzneyspezialitäten aus dem Gelben Bereich des EKO aufgrund des § 351c Abs. 10 Z 1 ASVG gestrichen werden. Im Sinne einer konsequenten und einheitlichen Vorgehensweise sollten auch Beschwerden dagegen eine aufschiebende Wirkung von 90 Tagen haben.

Das Wort „sowie“ im vorvorletzten und vorletzten Satz ist jeweils durch das Wort „**oder**“ zu ersetzen.

Ansonsten bedeutete dies, dass nur jene Sachverhalte und Umstände zu berücksichtigen sind, die sowohl vom vertriebsberechtigten Unternehmen als auch vom HV eingebracht wurden. Sachverhalte und Umstände die bloß von einem der Beiden eingebracht wurden, wären demnach nicht zu beachten.

Unseres Erachtens haben diese beiden Sätze somit wie folgt zu lauten:

*„Sie können sich nur auf Sachverhalte und Umstände beziehen, die zum Zeitpunkt der Entscheidung des Hauptverbandes vom vertriebsberechtigten Unternehmen **oder** vom Hauptverband bereits eingebracht worden sind. Die Unabhängige Heilmittelkommission darf sich bei ihrer Entscheidungsfindung nicht auf Sachverhalte und Umstände stützen, die nach der Entscheidung des Hauptverbandes vom vertriebsberechtigten Unternehmen **oder** vom Hauptverband eingebracht werden.“*

Zu Art. 1 Z 13 - § 351i Abs. 4 ASVG

Die derzeitige Formulierung im vorletzten Satz bedeutet, dass die Entscheidung des Hauptverbandes aufgehoben wird, weil die Erstattungsfähigkeit einer Arzneyspezialität mangelhaft ist.

Da dies natürlich nicht nur nicht gewollt ist, sondern darüber hinaus auch keinerlei Sinn ergibt, empfehlen wir diesen Satz wie folgt zu formulieren:

*„Wird jedoch eine auf Grund mangelnder Erstattungsfähigkeit (§ 351c Abs. 2 und 4) einer Arzneyspezialität nach § 351c Abs. 1 **ablehnende Entscheidung des Hauptverbandes** aufgehoben, beginnt mit dem Tag der Zustellung der Aufhebungsentscheidung an den Hauptverband die Frist nach § 351c Abs. 1 neu zu laufen.“*

Ergänzungsvorschlag zu § 31b Abs. 2 und 2a ASVG - VANot und e-card

In § 31b Abs. 2 vorletzter Satz ist nach dem Klammerausdruck „(Hauptverband)“ der Ausdruck **„nach Maßgabe des Abs. 2a“** einzufügen.

In § 31b ist nach Abs. 2 folgender Abs. 2a einzufügen:

„(2a) Bei den Kosten für die Finanzierung einer Gesellschaft nach Abs. 2 ist zwischen Errichtungskosten, Entwicklungskosten und laufenden Betriebskosten zu unterscheiden. Die Versicherungsanstalt der österreichischen Notariates ist von der Beteiligung an der Tragung der laufenden Betriebskosten sowie künftiger Entwicklungskosten ausgenommen.“

Begründung:

Versicherte (Notare usw.) nach dem NVG 1972 sind nicht nach dem ASVG oder GSVG krankenversichert.

Für diese Personen (bei denen im Ergebnis die private Krankenversicherung infolge der Rechtswirkungen des opting-out nach dem GSVG die öffentlich-rechtliche Krankenversicherung ersetzt) ist jedoch ebenfalls die Europäische Krankenversicherungskarte vorgesehen, die der versicherten Person vom jeweiligen privaten Krankenversicherungsträger zur Verfügung gestellt wird (siehe die Ansprechstellen für die EKVK auf der Website über die Europäische Krankenversicherungskarte/(CLD-Code List Database).http://ec.europa.eu/employment_social/healthcard/index_de.htm.

Die anteiligen Grundkosten für den Aufbau der EKVK-Organisation sind durch die bisherigen Beiträge der Anstalt abgedeckt. Die Versicherungsanstalt des österreichischen Notariates soll aber von der Beteiligung an der Tragung der laufenden Betriebskosten und der künftigen Entwicklungskosten für die e-card ausgenommen werden.

Diese Ergänzungen waren bereits im Entwurf zum SVÄG 2007 vorgesehen, wurden in weiterer Folge jedoch nicht umgesetzt.

Ergänzungsvorschlag zu § 322a Abs. 2 ASVG - Belastungsausgleich der KV-Träger für den Aufwand für Anstalts-(Entbindungsheim)pflege

Durch BGBl. I Nr. 101/2007 erhielt der Hauptverband gemäß § 31 Abs. 5 Z 16 ASVG unter anderem den gesetzlichen Auftrag, eine Obergrenze für die Entrichtung von Rezeptgebühren vorzusehen und diese technisch umzusetzen.

Da eine solche Obergrenze gleichbedeutend mit Mindereinnahmen erheblichen Ausmaßes in der gesetzlichen Krankenversicherung ist, hat sich der Gesetzgeber im selben Bundesgesetz zum Einen dazu entschlossen, die sogenannten Hebesätze als Beitrag der Pensionsversicherung zur Krankenversicherung der Pensionisten unverändert beizubehalten sowie zum Anderen den Hauptverband gemäß § 322b ASVG mit der Einrichtung eines Belastungsausgleiches zu beauftragen.

Die Dotierung dieses Belastungsausgleiches durch die einzelnen Krankenversicherungsträger ergibt sich aus § 322b Abs. 2 ASVG und ist der jeweilige Hebesatz nach den §§ 73 ASVG, 29 GSVG und 26 BSVG die maßgebliche Richtgröße.

Da die Sozialversicherungsanstalt der Bauern gemäß § 26 Abs. 2 BSVG einen überdurchschnittlichen Hebesatz aufweist, hat sie dementsprechend einen überproportionalen Beitrag aus diesem Titel zu leisten.

Bedauerlicherweise wurde im Zuge der Ausgestaltung der einschlägigen Rechtslage jedoch übersehen, dass die aus der Nichtabsenkung des Hebesatzes resultierenden Beitragseinnahmen nicht nur zur Gänze im Zuge des Belastungsausgleiches gemäß § 322b ASVG an den Hauptverband abzuführen sind, sondern darüber hinaus auch für die Berechnung des Belastungsausgleiches gemäß § 322a ASVG herangezogen werden.

Aus Sicht der Sozialversicherungsanstalt der Bauern stellt dies eine unverhältnismäßige Belastung der bäuerlichen Krankenversicherung dar, welche allein im Jahr 2008 € 1.350.000,00 beträgt. Diese einseitige systematische Benachteiligung der bäuerlichen Krankenversicherung war im Ergebnis wohl nicht beabsichtigt und ist aus der Sicht der SVB als solche auch nicht zu rechtfertigen.

Es wäre daher geboten, die Berechnungsvorgabe des Belastungsausgleiches der Krankenversicherungsträger für den Aufwand für Anstaltspflege gemäß § 322a Abs. 2 ASVG dahingehend zu ergänzen, dass bei der Berechnung der Erhöhungspro-

zentsätze jene Beträge nicht zu berücksichtigen sind, die von den Krankenversicherungsträgern gemäß § 322b ASVG im Rahmen des Belastungsausgleiches für die zusätzlichen Aufwendungen aus der Einführung der Obergrenze bei Rezeptgebühren an den Hauptverband abzuführen sind.

Ergänzungsvorschlag zu § 351c Abs. 11 ASVG - „Biosimilars“

Wir erlauben uns nochmals eindringlich auf die Notwendigkeit einer Regelung, wie mit „Biosimilars“ zu verfahren ist, aufmerksam zu machen.

Zu Beginn der achtziger Jahre kamen die ersten „Biologicals“ (Biopharmazeutika) – innovative Arzneimittel aus biotechnologischer Produktion – auf den Markt.

Mittlerweile ist nun bei einigen Biopharmazeutika der Patentschutz abgelaufen oder läuft in absehbarer Zeit ab, wodurch die ersten biologischen Nachfolger, sogenannte „Biosimilars“ (oder nach FDA-Terminologie: „Follow-on-Biologicals“), kurz vor ihrem medizinischen Einsatz stehen.

Nicht nur dass dem Hauptverband bereits Anträge auf Aufnahme solcher Arzneispezialitäten vorliegen, so zeigen auch nationale wie internationale Beispiele doch recht beachtlich deren enormes Einsparungspotential.

Diese bestehenden Herausforderungen zur Thematik „Biosimilars“ fordern aus Gründen der Rechtssicherheit die Einführung einer neuen Regelung, um einerseits unnötige Rechtsstreitigkeiten zu vermeiden und andererseits den größtmöglichen Nutzen für alle Betroffenen zu generieren.

Insbesondere in Hinblick auf die durch diese Novellierung vorgesehene Kürzung des Verfahrens zur Aufnahme in den Gelben oder Grünen Bereich des EKO auf 90 bzw. – wenn auch über den Preis entschieden wird – 180 Tage, erscheint eine Regelung, wie mit „Biosimilars“ verfahren werden soll, unumgänglich. Nur mit einer solchen kann ein rasches und innerhalb der von der Transparenz-RL geforderten Fristen abgeschlossenes Verfahren gewährleistet werden.

Zur Veranschaulichung in welchem Ausmaß „Biosimilars“ Kostensenker darstellen können und neue Handlungsoptionen ermöglichen, werden die im Gelben und Grünen Bereich des EKO angeführten ESAs (Erythropoese-stimulierende Agentien, ATC B03XA), darunter fallen die Arzneispezialitäten Erypo, NeoRecormon und Aranesp, herangezogen.

Unter Zugrundelegung unseres unten angeführten Vorschlags könnte die SV noch in diesem Jahr Einsparungen von etwa 4,7 Million Euro erzielen, sofern die Aufnahme der ESA-Biosimilars in den EKO zu Beginn des zweiten Halbjah-

res und bei einem Marktverhältnis von 05:95 (d. h. der Anteil der „Biosimilars“ auf dem ersetzbaren Markt beträgt 5 %) erfolgt.

Unter der Annahme, dass der Marktanteil der „Biosimilars“ bis Ende 2010 kontinuierlich auf 40 % (entspricht dem Anteil der generischen Nachfolger am ersetzbaren Markt) anwächst und es bei einem „Biosimilar“ als Nachfolgeprodukt bleiben wird, so bedeutet dies ein Einsparungspotential von in etwa 25,7 Millionen Euro bis zum Jahr 2011.

Geht man unter den eben genannten Bedingungen u. a. davon aus, dass weitere „Biosimilars“ als Nachfolgeprodukte zu diesem Wirkstoff auf den Markt kommen, könnte man ein zusätzliches Einsparungspotenzial von rund 30 % realisieren.

Um die eben skizzierten potentiellen Rationalisierungsmöglichkeiten tatsächlich erreichen zu können, schlagen wir die folgende Regelung als neuen Abs. 11 des § 351c ASVG vor:

„(11) Liegt für eine im Erstattungskodex angeführte biologische Arzneispezialität (Referenzarzneimittel) ein diesem ähnliche Arzneispezialität (Biosimilar) vor, so ist zur Wahrung des finanziellen Gleichgewichts des System der sozialen Sicherheit Abs. 10 sinngemäß anzuwenden, wobei zu beachten ist, dass für die Aufnahme des Biosimilars in den Erstattungskodex der Hauptverband mit dem vertriebsberechtigten Unternehmen einen Preis, der um mindestens 40 % unter dem Preis des biologischen Referenzarzneimittels liegt, vereinbart. In der Folge hat der Hauptverband mit dem vertriebsberechtigten Unternehmen des biologischen Referenzarzneimittels eine Preisreduktion von mindestens 25 % zu vereinbaren, damit diese Arzneispezialität weiter im Erstattungskodex bleibt.“

Ergänzungsvorschlag zu § 447f ASVG - redaktionelle Anpassung

In § 447f Abs. 3 Z 4 ASVG ist der Ausdruck „§447a Abs. 8 Z 1“ durch den Ausdruck „**447a Abs. 11 Z 1**“ zu ersetzen.

In § 447f Abs. 9 ASVG dritter Satz ist der Ausdruck „*Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger*“ durch den Ausdruck „**Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen**“ zu ersetzen.

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung.

Ergänzungsvorschlag zu § 453 Abs. 2 ASVG - endgültige Rechtskraft von Verfügungen des Obmannes im Zusammenhang mit Vergabeverfahren

Es hat sich Folgendes ergeben:

Im Rahmen eines Verfahrens vor dem Bundesvergabeamt (Entscheidung des BVA vom 30. November 2007, N/0103-BVA/08/2007-EV41) wurde eine einstweilige Verfügung erlassen, mit welcher dem Sozialversicherungsträger das Recht zur Zuschlagserteilung untersagt wurde. In weiterer Folge wurde die Entscheidung seitens des SV-Trägers mittels vorläufiger Obmannverfügung zurückgenommen.

Das BVA entschied dazu, dass bis zur Genehmigung der Verfügung durch den zuständigen Verwaltungskörper die einstweilige Verfügung dennoch Wirksamkeit entfalte und sinnvoll sei.

Begründet wird dies damit, dass der anfechtende Bieter für diesen Zeitraum weiterhin unter anderem ein mit EV zu sicherndes Interesse an der Untersagung der Zuschlagserteilung hat, da im Fall, dass das zuständige Gremium die Genehmigung verweigert, die vorläufige Rücknahme wieder hinfällig wäre.

Es wird zur Diskussion gestellt, eine vorläufige Obmannverfügung in vergaberechtlicher Sicht gegenüber einem Verfahrensbeteiligten im Vergabeverfahren als unwiderruflich (und damit nicht genehmigungspflichtig) zu gestalten.

Stellungnahme des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger

zu Artikel 2

Änderung des GSVG

Ergänzungsvorschlag zu § 6 GSVG - Aufenthalt des Pflichtversicherten

Das Ausscheiden aus der Pflichtversicherung bei unbekanntem Aufenthalt und aufrechter Gewerbeberechtigung stellt systematisch eine Ausnahme von der Pflichtversicherung dar.

Zusätzlich wird daher noch eine Regelung für den Fall erforderlich sein, dass dem Versicherungsträger nach dem Ausscheiden aus der Pflichtversicherung bei unverändert aufrechter Gewerbeberechtigung erneut ein Aufenthalt des Versicherten bekannt wird.

Mit der neuerlichen Kenntnisnahme des Versicherungsträgers von einem Aufenthalt muss das „Wiederaufleben“ der Pflichtversicherung verbunden sein; diese Rechtsfolge sollte schon aus Gründen des verfassungsrechtlichen Gleichbehandlungsgebotes eintreten.

Der Beginn der neuerlichen Pflichtversicherung kann sich dabei wohl nur am Zeitpunkt der Kenntnisnahme des Versicherungsträgers vom neuen Aufenthalt orientieren. Diesbezüglich wird folgender Vorschlag erstattet:

§ 6 Abs. 1 Z 8 hat zu lauten:

„8. Wird nach dem Ausscheiden aus der Pflichtversicherung nach § 7 Abs. 1 Z 8 und/oder Abs. 2 Z 7 erneut ein Aufenthalt des Pflichtversicherten bekannt, beginnt die Pflichtversicherung in der Kranken- und/oder Pensionsversicherung mit dem Ersten des Kalendermonates, in dem der Versicherungsträger vom neuen Aufenthaltsort des Versicherten Kenntnis erlangt hat.“

Ergänzungsvorschlag zu § 7 GSVG - Amtswegige Beendigung der Pflichtversicherung bei unbekanntem Aufenthalt des (der) Versicherten

§ 7 Abs. 1 Z 8 und Abs. 2 Z 7 GSVG sollten jeweils lauten:

„Die Pflichtversicherung endet weiters mit dem Letzten des Kalendermonates nach der Zustellung des Bescheides des Versicherungsträgers über das Ausscheiden aus der Versicherung, wenn der Aufenthalt des Versicherten seit mindestens sechs Monaten unbekannt ist. Die Zustellung erfolgt durch öffentliche Bekanntmachung i.S.d. § 25 des Zustellgesetzes, BGBl. I Nr. 200/1982.“

Die Erfahrungen der Praxis haben gezeigt, dass eine derartige Regelung dringend erforderlich ist. Sie wurde bereits mehrmals angeregt (vgl. die Stellungnahmen des Hauptverbandes vom 27. April 2005 betreffend den Entwurf des Sozialrechts-Änderungsgesetzes 2005, vom 29. März 2006 betreffend den Entwurf des Sozialrechts-Änderungsgesetzes 2006 und vom 28. März 2007 betreffend den Entwurf des Sozialrechts-Änderungsgesetzes 2007).

Derzeit besteht keine Möglichkeit, im Fall des unbekanntes Aufenthaltes eines (einer) Versicherten die Pflichtversicherung zu beenden. In diesen Fällen werden regelmäßig trotz Beitragspflicht keine Beiträge entrichtet und entsteht so lange ein beträchtlicher administrativer Aufwand, bis letztlich die nicht einbringlichen Beiträge abgeschrieben werden müssen.

Zur Erläuterung wird auf § 25 des Zustellgesetzes verwiesen.

Eine Hinterlegung gemäß § 17 des Zustellgesetzes wird in diesen Fällen nicht möglich sein, wenn der Zusteller keinen Grund zur Annahme hat, dass sich der Empfänger oder ein Vertreter im Sinne des § 13 Abs. 3 regelmäßig an der Abgabestelle aufhält.

Wenn der Gesetzgeber den Versicherungsträger immer wieder mit Recht zu niedrigen Verwaltungskosten verpflichtet (vgl. z. B. die §§ 609 Abs. 7 und 625 Abs. 8 ASVG), sollte er hierfür immer dort, wo es möglich ist, auch die legislatischen Voraussetzungen in Form einer Rechtslage, deren sparsamer und nicht zu zeitaufwändiger Vollzug überhaupt möglich ist, schaffen.

Ergänzungsvorschlag zu § 44 GSVG - Redaktionsversehen

Durch BGBl. I Nr. 142/2004 wurde im Ergebnis der bisherige § 34 Abs. 1 GSVG aufgehoben und der Inhalt des bisherigen § 34 Abs. 2 GSVG in den nunmehrigen Abs. 1 übernommen.

Gemäß § 44 Abs. 2 Z 2 GSVG können dem Unterstützungsfonds für den Bereich der Pensionsversicherung bis zu 1,25 v.T. der Erträge an Versicherungsbeiträgen zuzüglich der Überweisungen aus dem Steueraufkommen gemäß § 34 Abs. 1 überwiesen werden.

Mit den „Überweisungen aus dem Steueraufkommen“ sind allerdings noch die Überweisungen des Bundes aus dem Steueraufkommen der gemäß § 2 Abs. 1 Z 1 bis 3 GSVG Pflichtversicherten gemäß § 34 Abs. 1 GSVG in der Fassung vor dem 1. Jänner 2005 gemeint – § 44 Abs. 2 Z 2 GSVG wurde nicht geändert – nicht aber die „Ausfallhaftung“ des Bundes i.S. des nunmehrigen § 34 Abs. 1 GSVG.

Wir regen daher eine Anpassung des § 44 Abs. 2 GSVG an die geänderte Rechtslage und dahingehende Novellierung an, dass die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft ermächtigt wird, (im Gleichklang mit dem Prozentsatz des § 51 Abs. 1 Z 3 ASVG) dem Unterstützungsfonds für den Bereich der Pensionsversicherung bis zu 1,25 v.T. der Erträge an Versicherungsbeiträgen gemäß § 27 Abs. 1 Z 2 GSVG zu überweisen.

Ergänzungsvorschlag zu § 82 Abs. 5 und 6 GSVG - Schutzfristen

Während die schon bisher im GSVG vorhandene Schutzfrist des § 82 Abs. 5 GSVG Ansprüche für längstens 13 Wochen ermöglicht, enthält die durch BGBl. I Nr. 101/2008 keinerlei zeitliche Begrenzung.

Da für diese unterschiedliche Anspruchsdauer keine sachliche Rechtfertigung ersichtlich ist, sollte die Schutzfrist des § 82 Abs. 6 GSVG ebenso wie die Schutzfrist des § 82 Abs. 5 GSVG Ansprüche für längstens 13 Wochen ermöglichen.

Ergänzungsvorschlag zu § 86 GSVG - Einführung einer Obergrenze auch für Kostenanteile

§ 86 Abs. 1 hat wie folgt zu lauten:

„§ 86. (1) Für die vom Versicherungsträger gewährten Sachleistungen mit Ausnahme der Anstaltspflege hat der Versicherte, soweit in diesem Bundesgesetz nichts anderes bestimmt wird, den in der Satzung festgesetzten Kostenanteil zu entrichten. Die Höhe des Kostenanteils ist durch die Satzung unter Bedachtnahme auf

- 1. die finanzielle Leistungsfähigkeit des Versicherungsträgers,*
- 2. die Art und Frequenz der Leistungserbringung,*
- 3. gesundheitspolitische Zielvorgaben,*
- 4. die wirtschaftlichen Verhältnisse der Versicherten*

*festzusetzen, wobei der Kostenanteil 30 % der dem Versicherungsträger erwachsenden Kosten nicht überschreiten darf **und der Versicherungsträger berechtigt ist, eine vom Einkommen der Versicherten abhängige Obergrenze für die Entrichtung der Kostenanteile zu bestimmen.** Die Satzung kann weiters bei der Erbringung der Leistungen für Kieferregulierungen, skelettierte Metallprothesen und Vollmetallkronen an Klammerzähnen bei Teilprothesen anstelle des Kostenanteils höhere Zuzahlungen durch den Versicherten vorsehen. Für ambulante Leistungen, die durch Zahlungen der Landesgesundheitsfonds abgegolten werden, ist der Kostenanteil in der Höhe von 20 % von einem Pauschalbetrag zu ermitteln, dessen Höhe in der Satzung bestimmt wird.“*

Begründung:

Die sozialpolitischen Ziele, die zur Einführung der Rezeptgebührenobergrenze des § 31 Abs. 5 Z 16 ASVG i.V.m. § 92 Abs. 6 GSVG geführt haben, gelten auch für die Kostenanteile i.S.d. § 86 GSVG.

Es wird darauf hingewiesen, dass mittelfristig die Schaffung einer ähnlichen Regelung für die Versicherten der anderen Sondersicherungsträger anzustreben ist.

Ergänzungsvorschlag zu § 106 GSVG - Zusatzversicherung in der KV und Festsetzung der Karenzfrist durch die Satzung des Versicherungsträgers

§ 106 Abs. 1 hat wie folgt zu lauten:

„§ 106. (1) Bei Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit *gebührt ein tägliches Krankengeld. Die Satzung kann den Beginn des Anspruches auf Krankengeld unter Bedachtnahme auf die Gebarungserfordernisse in der Zusatzversicherung nach § 31 Abs. 2 frühestens mit dem vierten und spätestens mit dem vierzehnten Tag der Arbeitsunfähigkeit festsetzen.*“

Abs. 2 und 3 bleiben unverändert.

Abs. 4 und 5 haben wie folgt zu lauten:

„(4) *Anspruch auf Krankengeld besteht bis zur Höchstdauer von 26 Wochen. Werden anspruchsberechtigte Versicherte nach Beendigung des Krankengeldbezuges vor Ablauf der Höchstdauer neuerlich, und zwar innerhalb einer Frist von zwölf Monaten, **arbeitsunfähig, so sind diese Zeiten zur Feststellung der Höchstdauer zusammenzurechnen.*“**

„(5) *Versicherte, die bereits Anspruch auf Krankengeld im Höchstausmaß des Abs. 4 hatten, erlangen erst wieder nach Ablauf von einem Jahr (gerechnet vom Tag der Aussteuerung gemäß Abs. 4 an) einen neuen Anspruch in dem im Abs. 4 angeführten Ausmaß.*“

Abs. 6 und 7 bleiben unverändert.

Die angeführten Änderungen treten mit 1. Mai 2008 in Kraft.

Begründung:

Zur Sicherstellung eines ausgewogenen Verhältnisses zwischen dem Beitragsaufkommen und der Leistungsanspruchnahme in der Zusatzversicherung in der Krankenversicherung nach dem GSVG soll die derzeit gesetzlich mit drei Tagen fixierte Karenzfrist für die Inanspruchnahme des Krankengeldes bei Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit künftig im Wege einer Satzungsermächtigung von der Selbstverwaltung der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft in einer Bandbreite zwischen einer dreitägigen bis zu einer maximal dreizehntägigen Karenzfrist festgesetzt werden können.

Die Satzungsermächtigung soll es erlauben, bei der bestehenden attraktiven Gestaltung des Beitragssatzes in der Zusatzversicherung in der Krankenversicherung nach dem GSVG zu bleiben und flexibel im jeweils erforderlichen Ausmaß die Karenzfrist zu erhöhen bzw. zu senken, um auf diese Weise die Gebarungserfordernisse

nach § 31 Abs. 2 GSVG (Deckung des laufenden Aufwandes zuzüglich einer Barreserve in Höhe des dreifachen durchschnittlichen Monatsaufwandes der letzten zwei Geschäftsjahre) erfüllen zu können.

Auch erweist sich die derzeitige Regelung, die den Anspruch auf Krankengeld teilweise von der Zufälligkeit abhängig macht, ob eine neuerliche Arbeitsunfähigkeit auf der selben oder einer anderen Krankheit beruht, in der Praxis als kaum zu administrieren und erscheint auch sachlich nicht mehr gerechtfertigt.

Stellungnahme des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger

zu Artikel 3

Änderung des BSVG

Zu Art. 3 Z 4 - § 307 Abs. 4a BSVG

Der Oberste Gerichtshof vertritt in ständiger Rechtsprechung (zuletzt 10 ObS 135/07m) die Rechtsauffassung, dass eine Sozialversicherungsleistung einem Dauerrechtsverhältnis gleichzusetzen wäre, weshalb auf Letzteres eine geänderte Rechtslage uneingeschränkt anzuwenden ist, es sei denn eine Übergangsbestimmung ordne Gegenteiliges an.

Die gegenständliche Übergangsbestimmung in der Fassung des Entwurfes nimmt Bezug auf die durch BGBl. I Nr. 31/2007 geänderte Rechtslage in der bäuerlichen Unfallversicherung in Umsetzung des VfGH-Erkenntnisses vom 19. Juni 2006 zu G 16/06 (dabei handelt es sich um die 32. BSVG-Novelle und nicht um die 22. wie dies die Erläuternden Bemerkungen fälschlicherweise anführen).

Die Notwendigkeit einer solchen Übergangsbestimmung ist sachlich dringend geboten, da anderenfalls die latente Gefahr bestünde, dass Versicherte mit Betriebsrentenabfindungen in der Vergangenheit wegen Anfalls einer Pension aus dem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit unter Bezugnahme auf das erwähnte Dauerrechtsverhältnis zu der Auffassung gelangen könnten, es stünde auch ihnen aufgrund der geänderten Rechtslage nunmehr eine Betriebsrente parallel zum Bezug der Invaliditätspension nach ASVG bis zur Erreichung des Regelpensionsalters zu.

Bei der inhaltlichen Ausformung der Übergangsbestimmung ist andererseits aber auch darauf Bedacht zu nehmen, dass Bezieher einer Betriebsrente erst in späteren Jahren eine Invaliditätspension nach ASVG in Anspruch nehmen werden und in Anlehnung an das einschlägige VfGH-Erkenntnis diesen Personen die neue Rechtslage zugute kommen soll, weshalb eine Übergangsbestimmung nicht ausnahmslos auf den Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalles abstellen darf.

Vor dem Hintergrund dieser beiden Überlegungen erweist sich die Übergangsbestimmung in der Fassung des Entwurfes als zu restriktiv, um einen gleitenden Rechtsübergang zugunsten der vom VfGH-Erkenntnis erfassten Fallkonstellationen zu gewährleisten.

Nach Auffassung der Sozialversicherungsanstalt der Bauern ist es daher unabdingbar erforderlich, dass eine an sich in jeder Hinsicht begrüßenswerte Übergangsbestimmung auch auf eben diese Fallkonstellationen Bedacht nimmt.

§ 307 Abs. 4a sollte dementsprechend lauten:

„(4a) Die §§ 148i Abs. 1 erster und zweiter Satz sowie Abs. 2, 3 und 5 und 148j Abs. 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 31/2007 sind nur anzuwenden, wenn bei laufendem Bezug einer Betriebsrente eine Pension aus dem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit nach ASVG, der dauernden Erwerbsunfähigkeit nach GSVG bzw. ein Ruhegenuss wegen Dienstunfähigkeit nach dem 30. Juni 2007 erstmals anfällt oder der Versicherungsfall (§ 148b) nach dem 30. Juni 2007 eingetreten ist.“

Zu Art. 3 Z 5 - § 310 Abs. 2 BSVG

Die geänderte Anfallsbestimmung der Betriebsrente gemäß § 149d Abs. 3 in der Fassung des Entwurfes ist die direkte Konsequenz der Teilnahme der Sozialversicherungsanstalt der Bauern an dem gemeinsamen Projekt „Elektronische Feststellung und Erledigung in der Unfallversicherung (EFEU)“ aller Unfallversicherungsträger.

Wie die Erläuternden Bemerkungen zutreffend ausführen, hat die Sozialversicherungsanstalt der Bauern auf die inhaltliche Ausgestaltung der technischen Ausführung nur sehr geringen Einfluss.

Eine einschlägige Übergangsbestimmung für Rentenfälle vor dem 1. Jänner 2008 (Eintritt des Versicherungsfalles vor dem 1. Jänner 2007) läge aus sozialpolitischen Erwägungen zwar nahe, scheidet jedoch an der technischen Umsetzung, da das Projekt EFEU auch für die Vergangenheit keinen vom Grundsatz abweichenden Rentenfall zulässt.

Die Übergangsbestimmung des § 310 Abs. 2 in der Fassung des Entwurfes sollte daher zur Gänze entfallen.

Ergänzungsvorschlag zu § 77 Abs. 2 BSVG - Sanierung Schutzfristbestimmung

Durch Bundesgesetz BGBl. I Nr. 101/2007 wurde mit Wirksamkeit vom 1. Jänner 2008 in den §§ 122 Abs. 3a ASVG, 82 Abs. 6 GSVG bzw. 77 Abs. 2 BSVG eine gänzlich neue Toleranzfrist eingeführt, die in der Folge einen zeitlich begrenzten Anspruch auf Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit gewährleisten soll, selbst wenn dieser Versicherungsfall erst nach Ende der Pflichtversicherung eingetreten ist.

Bei näherer Analyse erweist sich das Bezug habende Regelwerk als in sich inkonsistent und dementsprechend dringend novellierungsbedürftig.

So fällt vorerst auf, dass § 84 Abs. 2 BSVG bzw. 134 Abs. 3 ASVG in diesem Zusammenhang die Leistungen der Krankenbehandlung zeitlich auf längstens 26 Wochen befristen, während im GSVG eine vergleichbare Bestimmung fehlt. Auch der Leistungsumfang, der durch eine solche Bestimmung angestoßen werden soll, ist nicht eindeutig umschrieben.

§ 77 Abs. 2 BSVG eröffnet den Leistungsanspruch aus der Toleranzfrist für Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit. Nach der Legaldefinition des § 75 Z 2 BSVG zählen hierzu die Leistungen der Krankenbehandlung sowie erforderlichenfalls die medizinische Hauskrankenpflege und die Anstaltspflege.

Der erste Widerspruch ergibt sich im Vergleich zu § 84 Abs. 2 BSVG, der in diesem Fall die Leistungen der Krankenbehandlung auf maximal 26 Wochen zugesteht.

Daraus ergäbe sich im Umkehrschluss, dass Anstaltspflege und medizinische Hauskrankenpflege von dieser zeitlichen Limitierung nicht erfasst sind.

Ebenso ist in keinsten Weise nachvollziehbar, weshalb derartigen „Toleranzfristfällen“ zwar das komplette Spektrum der ärztlichen Hilfe zu gestanden werden soll, während dem gleichen Personenkreis Zahnbehandlung und Zahnersatz jedenfalls verwehrt sind.

Ergänzungsvorschlag zu § 78 Abs. 2 Z 1 lit. b BSVG - KV-Schutz für Angehörige bei Bezug von Kinderbetreuungsgeld

Bezieher von Kinderbetreuungsgeld unterliegen der Pflichtversicherung in der Krankenversicherung. Vereinzelt, aber doch, kommt es vor, dass Elternpaare ausschließlich auf diese Krankenversicherung angewiesen sind; beispielsweise wenn der nicht der Krankenversicherungspflicht unterliegende Elternteil das 27. Lebensjahr bereits überschritten hat und sich noch in Ausbildung befindet.

Gemäß § 123 Abs. 2 Z 1 ASVG ist es dieser Bestimmung zufolge auch in diesen Fällen möglich, dass der Ehegatte des Kinderbetreuungsgeldbeziehers als anspruchsberechtigter Angehöriger zu beurteilen ist und wird dies dementsprechend auch von den Gebietskrankenkassen praktiziert.

Im BSVG fehlt eine derartige Möglichkeit, da § 78 Abs. 2 Z 1 BSVG – historisch bedingt – die Angehörigeneigenschaft des Ehegatten bei Aktiven an bestimmte Voraussetzungen knüpft und nur die Ehepartner von gemäß § 4 Z 1 pflichtversicherten Pensionisten bedingungslos akzeptiert.

Eine inhaltliche Gleichstellung mit dem ASVG könnte sehr leicht durch Streichung des Ausdruckes „Z 1“ in § 78 Abs. 2 Z 1 lit. b BSVG erreicht werden.

Stellungnahme des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger

zu Artikel 5

Änderung des DAG

Ergänzungsvorschlag zu § 3 Abs. 1 DAG - redaktionelle Anpassung

In § 3 Abs. 1 DAG erster Satz ist der Ausdruck „*Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger*“ durch den Ausdruck „***Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen***“ zu ersetzen.

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung.