

**HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER**

A-1031 WIEN KUNDMANNGASSE 21 POSTFACH 600 DVR 0024279
VORWAHL Inland: 01, Ausland: +43-1 TEL. 711 32 / KI. 1202 TELEFAX 711 32 3775

Zl. 12-REP-42.01/09 Gm/Hak

Wien, 4. Mai 2009

An das
Bundesministerium für
Gesundheit

Per E-Mail

An das
Bundesministerium für **Arbeit,**
Soziales und Konsumentenschutz

Per E-Mail

An das
Präsidium des Nationalrats

Per E-Mail

Betr.: Entwurf eines Bundesgesetzes, mit dem das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, das Bauern-Sozialversicherungsgesetz, das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz und das Dienstgeberabgabengesetz geändert werden
(2. Sozialrechts-Änderungsgesetz 2009; 2. SRÄG 2009)

Bezug: E-Mail des BMGF vom 3. April 2009;
GZ-96100/0005-I/B/9/2009

Sehr geehrte Damen und Herren!

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger nimmt hiemit zum Entwurf des 2. SRÄG 2009 Stellung, wobei sich die Anmerkungen, die beim ASVG gemacht werden, auch auf die Parallelbestimmungen der übrigen Sozialversicherungsgesetze erstrecken.

Ehe begonnen wird, angesichts der finanziellen Situation an Leistungen zu sparen, sollten alle Möglichkeiten ausgeschöpft werden, die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Verwaltungstätigkeit effizienter zu gestalten.

Zunächst ist auf folgende grundsätzlichen Themen hinzuweisen:

Die finanziell negative Situation der sozialen Krankenversicherung wäre nicht in der gegebenen Größenordnung vorhanden, wenn in den letzten Jahren nicht Regeln geschaffen (oder unbefriedigende Rechtslagen durch Nichtänderung beibehalten) worden wären, die sich massiv zu Lasten der Sozialversicherungsfinanzen ausgewirkt haben. So wurde z.B. ab 1. Jänner 2008 eine Obergrenze bei der Rezeptgebühr in der Höhe von 2 % des Nettoeinkommens eingeführt. Vom Hauptverband wurde mehrfach darauf hingewiesen, dass die vorgesehene Kompensation durch Mehreinnahmen in der Krankenversicherung der Pensionisten nicht ausreichend ist. Tatsächlich betrug die Gesamtbelastung aus der Rezeptgebührenobergrenze 74 Mio. €, denen nur 37 Mio. € an Kompensation gegenüberstehen. Die Deckung beträgt nur 50 %:

Auswirkung der Rezeptgebührenobergrenze in der Krankenversicherung 2008

Bezeichnung	Beträge in Mio. €
Entfall an Rezeptgebühren	40,1
Gutschriften	30,1
Zwischensumme	70,2
Aufwand für Medikamente mit einem Preis unter der Rezeptgebühr	4,0
Gesamtbelastung	74,2
Mehreinnahmen KV der Pensionisten (vorgesehene Kompensation)	37,3
Nettobelastung Krankenversicherung	36,9

Es ist an der Zeit, konkrete gesetzliche Schritte zur Sanierung dieser Situation zu setzen. Dies – neben der soeben dargestellten Auswirkung der Rezeptgebührenbefreiung – insbesondere in folgenden Bereichen:

Sicherheit des e-card-Systems weiter ausbauen – Prävention gegen Missbräuche stärken

Grundlage für Identitätsprüfung schaffen

Wenn auch die Zahl der e-card-Missbrauchsfälle derzeit gering ist, sollte schon aus präventiven Gründen versucht werden, das Sicherheitsniveau im e-card-System weiter abzusichern. Im Regierungsprogramm 2008-2013¹ ist vorgesehen, dass die Vertragspartner bei Inanspruchnahme der e-card dafür zu sorgen haben, dass die Anwendungskontrolle vor Ort erfolgt und Anwendungsauffälligkeiten vom Krankenversicherungsträger zu prüfen sind. Weiters sollen die Vertragspartner gesetzlich zur Einhaltung von Qualität und Effizienz verpflichtet werden.² Soweit dies die

¹ <http://www.bka.gv.at/DocView.axd?CobId=32965>, Kapitel Gesundheit, 6. „Integrierte Versorgung, Struktur und Steuerung“

² Kapitel Gesundheit des Regierungsprogramms unter „3. Verbesserung der Qualität im Gesundheitswesen“, siehe auch 8.2 „Finanzierung der Krankenkassen, Vertragspartnerrecht“

Krankenversicherungsträger betrifft, sind die einschlägigen Maßnahmen (Vorlagepflicht, Meldung von Änderungen usw.) vorhanden.

Eine Mitarbeit der Ärzte, Apotheken usw. ist jedoch nicht gesetzlich verankert, im Gegenteil: Es ist nicht erkennbar, dass Vertreter der ärztlichen Landesvertretungen ihren Widerstand dagegen aufgegeben hätten³, die Identität der Patienten in den Ordinationen zumindest stichprobenartig bzw. in Zweifelsfällen prüfen zu lassen. Solange eine solche Mitarbeit nicht vorgesehen wird, sind weitere Diskussionen über Veränderungen im e-card-System (Foto, Fingerprint usw.) nicht zielführend, weil solche Ergänzungen voraussetzen, dass sie auch verwendet werden. Rechtsgrundlagen dafür sind zu schaffen, um Situationen, die zu Fehlverwendungen im e-card-System führen können, so weit wie möglich einzuschränken.

Strafbarkeit von Missbrauch absichern – e-card als Zahlungsmittel im Gesundheitswesen anerkennen

Der Oberste Gerichtshof hat bereits mehrfach⁴ entschieden, dass seines Erachtens die e-card im Wesentlichen (nur) dem Nachweis der Zugehörigkeit zu einer Sozialversicherung dient, mit welcher der Arzt sodann die von ihm erbrachten Leistungen zu verrechnen hat. Die e-card kann aber *nicht im allgemeinen Zahlungsverkehr als unbares Zahlungsmittel* gegenüber einer Vielzahl von Personen eingesetzt werden (vgl. Schroll in Wiener Kommentar, 2. Aufl., Vorbemerkung zu §§ 241a bis 241g StGB Rz 8). Sie ist nach Ansicht der OGH daher kein unbares Zahlungsmittel iSv § 74 Abs. 1 Z 10 StGB.

Das bedeutet, dass die strafrechtlichen Bestimmungen zum Schutz unbarer Zahlungsmittel nicht angewendet werden können, obwohl die e-card bei über 10.000 Vertragspartnern der Sozialversicherung (und die EKVK im Ausland) gerade dazu verwendet wird, Honorarforderungen nicht bar bezahlen zu müssen, sondern mit der Krankenversicherung verrechnet werden können - und damit für den Patienten und

³ Siehe die Presseaussendung der Wiener Ärztekammer „Ärzte lehnen Identitätskontrolle in Ordinationen ab“ vom 2. April 2008, OTS 0165 5 CI 0376 NAW0001 II in der Beilage zur parl. Anfragebeantwortung 3834, http://www.parlament.gv.at/PG/DE/XXIII/AB/AB_03834/imfname_109358.pdf

⁴ so am 1. Juni 2006, ZI. 12 Os 42/06b oder am 23. April 2007, 15 Os 6/07g. Eine Änderung des StGB scheint angezeigt. Der OGH hat entschieden: Im Zuge der Verwendung einer für eine andere Person ausgestellten e-card bei einem Arztbesuch und der Behauptung, berechtigter Inhaber dieser Karte zu sein, findet kein Eingriff in die auf dieser Karte oder bei anderen Stellen gespeicherten Daten statt. Bezogen auf die Ausstelleridentität werden dadurch nämlich weder falsche Daten hergestellt noch ur-

den Arzt bargeldvertretend sind.

Die e-card hat nach dem OGH Urkundencharakter und Ausweisfunktion⁵ (§ 231 StGB) und ist demzufolge durch die Bestimmungen des 12. Abschnittes des StGB (§§ 223 ff. StGB) geschützt. Diese Tatbestände sind in der Praxis jedoch schwierig nachzuweisen und haben weiters auch geringere Strafraumen.

Es wird angeregt, aus generalpräventiven Gründen die bargeldersetzende Funktion der e-card im Strafrecht vorzusehen. Der Hauptverband hat das bereits mehrfach vorgeschlagen⁶. Es handelt sich dabei ebenfalls um eine Bestimmung, die präventiv wirken soll: Wer einschlägiges Fehlverhalten setzt, soll damit rechnen müssen, dass dies nicht aus rechtlichen Gründen folgenlos bleibt.

Quersubventionierung von Insolvenzverfahren mit Sozialversicherungsmitteln

Sozialversicherungsbeiträge werden derzeit über das Insolvenzrecht als Quersubventionen für Konkursverfahren, zahlungsunfähige Unternehmen etc. herangezogen. Dadurch sind **in den letzten Jahrzehnten insgesamt dreistellige Euro-Millionenbeträge verloren gegangen**, allein die Wiener Gebietskrankenkasse verliert in diesem Zusammenhang jährlich Millionen Euro. Dies aus folgendem Grund:

Die Sozialversicherung muss Versicherungsschutz auch dann gewährleisten, wenn keine Beiträge einlangen, sie ist Zwangsgläubiger. Selbst dann, wenn Beiträge einlangen, müssen diese Beträge zurückgezahlt werden (! - trotz Weiterlaufen des Versicherungsschutzes), wenn das zahlende Unternehmen kurz danach in Konkurs geht: Solche Beitragszahlungen können nämlich nach dem Insolvenzrecht „angefochten“ werden (= den Konkursgläubigern gegenüber als unwirksam erklärt werden, §§ 27 ff. der Konkursordnung). Sie fließen zurück an die (Konkurs-)Masse und dienen der Finanzierung des Insolvenzverfahrens bzw. der Befriedigung der anderen Gläubiger des insolventen Unternehmens.

Fußnoten von voriger Seite

sprünglich echte Daten nachträglich verfälscht. Zu einer Änderung des gedanklichen Inhalts der gespeicherten inhaber- und ausstellerbezogenen Daten kommt es dadurch ebenfalls nicht.

⁵ Bereits OGH 22. 11. 1977, 13 Os 153/7: Ausweise nach § 231 StGB sind nach der Judikatur (SSt 48/89 = EvBl 1978/109 S. 305) öffentliche Urkunden, die, von einer Behörde ausgestellt, zum Nachweis der Identität oder der persönlichen Verhältnisse (Daten) bestimmt sind. Dazu OGH 23. 4. 2007, 15 Os 6/07g: Der e-card kommt angesichts ihrer Ausstellung im Rahmen der den Sozialversicherungsträgern zukommenden Verwaltungsaufgaben und der aus ihr ersichtlichen Daten wie Name, Versicherungsnummer und Sozialversicherungsträger - ungeachtet des Fehlens eines Lichtbildes Ausweisfunktion iSd § 231 StGB zu.

Damit werden Verfahrenskosten bzw. die Wirtschaftspartner eines insolventen Unternehmens aus Sozialversicherungsbeiträgen subventioniert. Die Sozialversicherung muss in solchen Fällen Versicherungsschutz kostenlos weiter aufrecht erhalten, sie ist nach den Sozialversicherungsgesetzen dazu verpflichtet (eine Pflichtversicherung kann nicht gekündigt werden).

Es kann nicht Aufgabe des Hauptverbandes sein zu beurteilen, ob es sich dabei um eine zweckmäßige Art von „Insolvenzförderung“ handelt, wohl aber scheint es grundsätzlich hinterfragenswert, dass solche Zahlungen aus Mitteln der öffentlichen Sozialversicherung zu leisten sind. Aus der Sicht des Hauptverbandes ist dies zu bestreiten.

Sozialversicherungsbeiträge sollen nicht für die Förderung von Insolvenzverfahren bzw. deren Beteiligten zweckentfremdet werden können.

Es wird daher vorgeschlagen, § 65 Abs. 1 ASVG, welcher das Verhältnis von Sozialversicherungs-Beitragszahlungen zum Insolvenzverfahren regelt, um folgenden Satz zu ergänzen:

„Rechtshandlungen, die die gesetzmäßige Zahlung von Beiträgen zur Pflichtversicherung nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz bewirken, sowie die tatsächliche Entrichtung solcher Beiträge können unabhängig von Rechtsgrundlage oder Form der Entrichtung (Barzahlung, Aufrechnung, Forderungsabtretung etc.) nicht nach den Bestimmungen des 1. Teils, 2. Abschnitt der Konkursordnung (§§ 27 ff. KO) angefochten werden.“

Es ist allgemein anerkannt, dass Lohnzahlungen nicht per Anfechtung zurückgefordert werden können, weil es sich um sogenannte „Zug um Zug“-Zahlungen handelt, die de facto im Austausch gegen die Arbeitsleistung zu leisten sind und für die damit (dem insolventen Unternehmen) eine Gegenleistung erbracht wird. Dass SV-Beiträge ebenfalls als Gegenleistung zur Arbeitsleistung und damit als Teil des mit dem Bruttolohn finanzierten Arbeitsentgeltes/Lebensunterhaltes (= Herstellung von Versicherungsschutz) anzusehen sind, wird von der Rechtsprechung ignoriert, weil die Gesetze das zulassen und den betriebswirtschaftlichen Interessen von Insolvenzgläubigern im Einzelfall der Vorrang eingeräumt wird. Volkswirtschaftlich betrachtet gefährdet diese Sichtweise jedoch das soziale Schutzsystem als Ganzes. Sozialversicherungsbeiträge wären als unanfechtbare Zahlungen zu gestalten (siehe dazu den

Fußnoten von voriger Seite

⁶ http://www.parlament.gv.at/pls/portal/docs/page/PG/DE/XXII/ME/ME_00078_05/fname_000000.pdf

Beitrag von *Beatrix Bartos* in: Zeitschrift für Insolvenzrecht und Kreditschutz – ZIK 1998, Seiten 79 - 82).

Verluste aus der Umsatzsteuerumstellung

Die umsatzsteuerlichen Bestimmungen im Gesundheits- und Sozialbereichsbeihilfengesetz GSBG wären ebenfalls anzupassen:

Mit dem GSBG sollte eine Regelung geschaffen werden, die die finanziellen Ausfälle der Sozialversicherung durch die Umsatzsteuerumstellung in den 1990-er Jahren (auf eine unechte Steuerbefreiung) auf einer konkret sozialrechtlich definierten Basis abgelten sollte (Krankenversicherungsaufwendungen, entsprechend den amtlichen Erfolgsrechnungen der Versicherungsträger). Das wird in den letzten Jahren von Finanzbehörden nicht mehr anerkannt, weil die Krankenversicherungsaufwendungen nach offener Meinung der Finanzverwaltung, finanzrechtlich, nicht eindeutig definiert sind.

Die Vorgangsweise der Finanzverwaltung führt dazu, dass die Beihilfe im Wege von Betriebsprüfungen ständig geschmälert wird, weil bei diesen Prüfungen die Berechnungsgrundlagen angezweifelt werden. Der VwGH hat die finanzrechtliche Begründung dieser Vorgangsweise anerkannt, die Rechtslage lässt das zu. Nicht beachtet wird dabei, dass – auf Grundlage der Judikatur des VwGH – **durch die Vorgehensweise der Finanzbehörden der Sinn des Gesetzes nicht erreicht** wird. Die Finanzbehörden reduzieren nämlich im Zuge von Prüfungen (durch den Abzug zahlreicher Positionen von im GSBG maßgeblichen Krankenversicherungsaufwendungen) die Berechnungsbasis der GSBG-Pauschale immer mehr.

Das ist aber nicht Ziel des Gesetzgebers gewesen:

Es ist daher notwendig, die Definition der GSBG-Zahlungen (§ 1 Abs. 1 GSBG) um folgenden zweiten Satz zu ergänzen und die Durchführungsverordnung zum GSBG entsprechend anzupassen: *„Krankenversicherungsaufwendungen sind jene Beträge, die in den Erfolgsrechnungen der Krankenversicherungsträger jeweils als solche ausgewiesen sind, mit den für das Jahr 1995 vorgenommenen Abzügen.“*

Die Auswirkungen der Betriebsprüfungspraktiken sind positiv für den Bund aber durch die Reduzierung der Beihilfe kontraproduktiv für die Sanierung der Krankenkassen.

Der Hauptverband regt daher an, die Beihilfenregelung mittelfristig – wie bei den Krankenanstalten, bei denen dies seit Jahren offenbar anstandslos möglich ist - auf eine klare 1 : 1 Erstattungslösung umzustellen.

Gebührensituation

Es ist bekannt, dass in den nächsten Monaten Schritte zur Sanierung der finanziellen Situation der sozialen Krankenversicherung zu setzen sind: Rechtsakte, die Zwecken des Sozialversicherungsrechts dienen, sind nach den §§ 109 und 110 ASVG und den entsprechenden Bestimmungen der anderen Sozialversicherungsgesetze von den bundesgesetzlichen Abgaben weitgehend, aber nur in sehr kasuistisch geregelter Form befreit.

Es wäre nicht sinnvoll, wenn es von Zufälligkeiten abhinge, ob ein Rechtsakt, der der Sanierung der Krankenkassen dient, gebührenbefreit wäre oder nicht.

Es wird daher bereits an dieser Stelle vorgeschlagen, für Rechtshandlungen, die der Sicherstellung der finanziellen Leistungsfähigkeit der Krankenversicherungsträger dienen, eine klar formulierte Gebührenfreiheit vorzusehen.

Zahlungen, die diesem Zweck dienen sollen, sollte nicht wieder in Teilen zugunsten des Bundes als Gebühren eingezogen werden.

Als Übergangsbestimmung zu § 110 wäre folgender Abs. 5 zu ergänzen:

„(5) Alle Verträge, sonstigen Schriften, Erklärungen und Rechtsakte, die bei Kundmachung dieses Gesetzes zur finanziellen Unterstützung der Krankenversicherung bestehen oder danach errichtet oder vorgenommen werden, sind hinsichtlich ihrer Errichtung und Durchführung von den bundesgesetzlich vorgesehenen Gebühren und sonstigen Abgaben befreit.“

Amtshilfebeziehungen

Angesichts der finanziellen Situation sollte versucht werden, Verwaltungsabläufe möglichst effizient zu gestalten und unnötige Hindernisse zu beseitigen. Das würde auch zur Kostenentlastung beitragen.

Die Sozialversicherung unterliegt – aus guten Gründen – nicht den Regeln der allgemeinen Amtshilfe zwischen Behörden, wie sie in Art. 22 B-VG grundgelegt ist. Das ist darauf zurückzuführen, dass die Datenbestände der Sozialversicherung sensible Gesundheitsdaten und andere langfristig relevante Angaben über Menschen enthalten (Versicherungszeiten, Arbeitgeber etc.). Für die Sozialversicherung gelten

mit § 321 ASVG (sozialversicherungsintern) und § 360 ASVG (im Verhältnis zu Behörden) jedoch ähnliche, einschränkendere Regeln.

Diese (im Grundsatz sinnvolle) Rechtslage hat allerdings dazu geführt, dass die Sozialversicherungsträger selbst dann, wenn sie hoheitliche Aufgaben wahrnehmen, nicht wie eine Behörde auf die – oft kostenfreie – Amtshilfe und andere Beistandsregeln zurückgreifen können, sondern sich Hindernissen wie Gebührenforderungen gegenübersehen, die für Behörden nicht in dieser Form gelten (deutlich geworden im Signaturrecht, mittlerweile geändert, aber auch anderen Bereichen).

Das führt dazu, dass es „billiger“ ist, von Unternehmen oder Versicherten (auf deren Kosten) Bestätigungen zu verlangen, als die entsprechende Information direkt im Verfahren des jeweiligen Versicherungsträgers direkt anzufordern.

Diese Situation ist nicht nur eine Belastung für die Betroffenen, sie widerspricht auch den Zielen der Regierungserklärung, die z. B. im Gesetz über das Unternehmensportal deutlich geworden sind. Das ist nicht sinnvoll.

Sozialversicherungsträger sollten daher dann, wenn sie hoheitlich tätig sind, ebenso behandelt werden wie andere Behörden (und auch das zukünftige Unternehmensportal nutzen können, was von uns bereits im Begutachtungsverfahren zum Unternehmensserviceportalgesetz vorgeschlagen wurde): Es wird daher angeregt, die Amtshilferegeln in § 360 ASVG um folgenden hervorgehobenen Halbsatz zu ergänzen:

*„(1) Die Verwaltungsbehörden und die Gerichte sind verpflichtet, den im Vollzug dieses Bundesgesetzes an sie ergehenden Ersuchen der Versicherungsträger und des Hauptverbandes **nach denselben Bedingungen, wie sie für Behörden gelten**, im Rahmen ihrer sachlichen und örtlichen Zuständigkeit zu entsprechen. In gleicher Weise haben die Versicherungsträger (der Hauptverband) den Verwaltungsbehörden und den Gerichten Verwaltungshilfe zu leisten. ...“*

*(3) Die Sozialversicherungsträger und der Hauptverband sind berechtigt, **nach denselben Bedingungen, wie sie für Behörden gelten**, auf automationsunterstütztem Weg Einsicht in das automationsunterstützt geführte Grundbuch, in das zentrale Gewerbeverzeichnis und in das automationsunterstützt geführte Firmenbuch zu nehmen, soweit dies zur Erfüllung der ihnen übertragenen Aufgaben, insbesondere zur Erbringung von Leistungen und zur Durchführung des Versicherungs-, Melde- und Beitragswesens, notwendig ist. ...“*

Organisationsthemen

Durch Organisationsveränderungen könnten ebenfalls Kostenvorteile erzielt werden:

Zuständigkeitsänderung bei der medizinischen Rehabilitation

Diese Änderung für Alterspensionisten, die wir bereits mehrfach angeregt haben, sollte verwirklicht werden, zumal damit die Krankenversicherungsträger jährlich deutlich entlastet würden: Rehabilitationsfragen könnten bei der Pensionsversicherungsanstalt kostengünstig gesammelt werden.

Abschaffung unnötiger Statistiken

Zu einer effizienten Verwaltungsorganisation gehört es unseres Erachtens auch, die vorhandenen Arbeiten regelmäßig auf ihre Sinnhaftigkeit zu überdenken.

In diesem Sinn sei darauf aufmerksam gemacht, dass die Sozialversicherungsträger immer noch Unterlagen für die „Zentralstatistik elektrischer Unfälle“ zu melden haben, wobei diese Darstellung (pro Unfall) auf mehreren Seiten eine komplette Schilderung des Unfallherganges und der entsprechenden Beschädigungen umfassen sollte.

Die Krankenkassen sollen dazu „*die Unterstützung des örtlich zuständigen Elektrizitätsversorgungsunternehmens, der Arbeitsinspektorate, der Unfallverhütungsdienste oder örtlich nahe gelegene Elektrotechniker*“ erbitten. Es ist nicht nachvollziehbar, warum diese Stellen nicht direkt verpflichtet sind, diese Unterlagen vorzulegen und der Umweg über die Krankenkassen eingeschlagen wird, welche mit diesem Thema ansonsten kaum etwas zu tun (vgl. die Leistungspflicht der Unfallversicherung) und kostenlose Dienstleistungen für einen Aufgabenbereich zu erbringen haben, der ihre Kernaufgaben nicht unterstützt.

Die Rechtslage bewirkt auch, dass es zu Doppel- und Mehrfachmeldungen kommt, wobei insgesamt aus unserer Sicht zu hinterfragen wäre, ob die Statistik in der vorliegenden Form überhaupt notwendig ist bzw. welche Konsequenzen aus den einlangenden Meldungen gezogen werden.

Auf entsprechende Änderungsvorschläge und Rückfragen des Hauptverbandes, die bereits vor Jahren durchgeführt wurden, langten außer Hinweisen auf die gesetzliche Grundlage keine weitere Reaktionen ein.

Ergänzungsvorschläge gegen Schwarzarbeit, Sozialbetrug und Beitragsvermeidung

Des Weiteren wird auf jene Reihe von Ergänzungsvorschlägen hingewiesen,

die den Bundesministerien bereits mehrfach vorgelegt wurden und deren Umsetzung die Vollziehung der Bestimmungen über die Beitragseinhebung wesentlich erleichtern und effizienter gestalten würde. Die gilt insbesondere für die aus praktischen Erfahrungen kommenden Vorschläge der Wiener Gebietskrankenkasse betreffend die Bekämpfung von Schwarzarbeit, Sozialbetrug und Beitragsvermeidung, die mit der Generalunternehmerhaftung bisher nur teilweise verwirklicht wurden und die insgesamt hiemit wiederum vorgelegt werden:



I:\01 R 2009 ext\
Stellungnahmen\Vorsr

Rückforderungsrecht – Leistungsmissbrauch besser ahndbar machen

Wenn ein Krankenversicherungsträger heute zu Unrecht Leistungen erbringen muss (z. B. teure Medikamente im ASVG-Bereich), dann kann er den Aufwand dafür nicht einmal immer vom Betroffenen zurückfordern, weil § 107 Abs. 1 ASVG dafür zu einschränkend formuliert ist. Dies sollte geändert werden, auf die Ausführungen zu § 107 ASVG sei bereits an dieser Stelle ausdrücklich aufmerksam gemacht.

* * *

Abschließend wird festgehalten, dass die Umsetzung des gegenständlichen Entwurfes wiederum zu einem finanziellen Mehraufwand der KV-Träger führen wird (Organspende, Erweiterung des Kreises der mitversicherten Angehörigen), für den der Gesetzgeber keine zusätzlichen finanziellen Mittel bereitstellt.

Diese Vorgangsweise steht im Widerspruch zum geltenden Regierungsprogramm bzw. zum Ministerratsvortrag Nr. 632, mit dessen Beschluss sich die Regierung zu wirksamen Lösungen als oberstes Ziel für die Sicherstellung der langfristigen, ausgeglichenen Gebarung sowie zum schrittweisen Abbau des negativen Reinvermögens (Entschuldung) der Krankenversicherungsträger bekannt hat.

Mit freundlichen Grüßen
Für den Hauptverband:

Beilagen

Stellungnahme des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger

zu Artikel 1

70. Novelle zum ASVG

Zu Art. 1 Z 7, 8 und 13 bis 17 - §§ 51d und 123 Abs. 7a und 7b, 124 ASVG – Angehörigeneigenschaft des pflegenden Angehörigen

Auch wenn aus der Textierung des § 123 Abs. 7a ASVG implizit hervorgeht, dass der haushaltsführende Angehörige dazu auch körperlich und geistig in der Lage sein muss, halten wir es aus Praxisgründen für sinnvoll, eine diesbezügliche Klarstellung aufzunehmen; in Betracht käme hier etwa die Anführung einer bestimmten Pflegestufe.

In § 51d Abs. 3 Z 3 ASVG wird hinsichtlich der Befreiung vom Zusatzbeitrag für Angehörige weiterhin auf die Pflegestufe 4 abgestellt; der neue § 123 Abs. 7b ASVG setzt für die Angehörigeneigenschaft des pflegenden Angehörigen die Pflegestufe 3 des Pflégelings voraus. Eine Gleichstellung (Abstellen in beiden Fällen auf Pflegestufe 3) ist wünschenswert.

In § 123 Abs. 7b ASVG wird die „*erhebliche Beanspruchung der Arbeitskraft*“ als eine Voraussetzung für die beitragsfreie Mitversicherung des pflegenden Angehörigen genannt. Abgesehen davon, dass die Erläuterungen die Begriffe vermischen („*erhebliche Belastung*“, „*überwiegenden Beanspruchung der Arbeitskraft*“), ist diese Formulierung auch zu unbestimmt (was ist „*erheblich*“?) und führt zu Auslegungsproblemen. Es ist ausreichend auf die Pflegestufe und die Tatsache der häuslichen Umgebung abzustellen. Aus der Pflegestufe ergibt sich ohnehin der Bedarf an aufzuwendender Arbeitskraft.

Nachdem es sich bei einem beträchtlicher Anteil der selbstversicherten Personen um Sozialhilfeempfänger (sehr oft mit erheblicher Beeinträchtigung, daher möglicherweise Pflegegeldbezug) handelt, deren Selbstversicherung aus öffentlichen Mitteln finanziert wird, könnte durch die beabsichtigte Änderung des § 124 ASVG der Fall eintreten, dass im Wege der Pflege Personen, für die bisher ebenfalls eine Selbstversicherung abgeschlossen wurden, beitragsfrei abgesichert werden.

Der sozialen Krankenversicherung entgingen dadurch Beiträge für die Selbstversicherung im höchstmöglichen Ausmaß.

Auch mag eine Verbesserung der Situation pflegender Angehöriger sozialpolitisch wünschenswert oder sogar notwendig sein, nur **sollte** sie nicht ausschließlich zu Lasten der Beitragszahler gehen, sondern **vom Bund abgegolten werden**.

Zudem geben wir noch Folgendes zu bedenken:

Durch den Entfall der Formulierung „*nicht erwerbsmäßig*“ besteht die Gefahr, dass alle Pflegekräfte plötzlich zu haushaltsführenden Personen werden und somit die Schwarzarbeit im Bereich der Pflege forciert werden würde.

Es erscheint uns daher sinnvoll, die Formulierung „*nicht erwerbsmäßig*“ in den Gesetzestext des Abs. 7b mit aufzunehmen.

Für die Pensionsversicherung wird im Rahmen der Bestimmungen des § 18b, § 77 Abs. 6 und 7 ASVG für pflegende Angehörige der Begriff „nahe Angehörige“ nicht näher präzisiert. Es wäre wünschenswert, wenn auch im Bereich der Pensionsversicherung eine Legaldefinition Eingang finden würde.

Weiters wird in diesem Zusammenhang angeregt, für Personen, die sowohl einen Anspruch auf beitragsfreie Mitversicherung in der Krankenversicherung als auch auf die Kostenübernahme für freiwillige Beiträge in der Pensionsversicherung haben (derzeit muss für die KV und PV eine Antragstellung erfolgen), eine Antragsgleichstellung ex lege festzulegen.

Zu Art. 1 Z 10 - § 120 Abs. 1 Z 3 iVm § 162 Abs. 1 ASVG – Versicherungsfalles der Mutterschaft auf Grund der Bestimmungen des Tabakgesetzes

Eine legistische Klarstellung zum Beginn des Versicherungsfalles der Mutterschaft auf Grund der Bestimmungen des Tabakgesetzes wäre wünschenswert.

Vorgeschlagen wird daher, in § 120 Abs. 1 Z 3 ASVG den letzten Satz wie folgt zu ergänzen:

„...und beginnt mit dem Tag, an dem die Versicherte ihren Dienstgeber, bei dem die Bestimmungen des § 13a Tabakgesetzes bereits in Kraft getreten sind, nachweislich (fachärztliche Bestätigung) in Kenntnis setzt, dass sie schwanger ist und vom Dienstgeber plausibel bestätigt wird, dass sie nicht im Nichtraucherbereich des Betriebes beschäftigt werden kann.“

Analog dazu ist auch § 162 Abs. 1 ASVG zu ergänzen.

Zu Art. 1 Z 11 - § 120a ASVG – Organspenden

Wenn ein(e) in Österreich Krankenversicherte(r) im Ausland ein Organ spendet, ermöglicht Abs. 2 für sich allein keine Leistung der österreichischen Krankenversicherung an den Spender/die Spenderin.

Sollte bei Organspenden im Inland jedenfalls eine Anspruchsberechtigung des Spenders/der Spenderin gewünscht sein, wäre eine Klarstellung im Abs. 1 dieser wünschenswert.

Sollten mit „grenzüberschreitenden Fällen“ in Wirklichkeit nur Organspenden, die in Österreich Krankenversicherten zugute kommen, gemeint sein, sollte dies im Gesetzestext zum Ausdruck kommen.

Unklar ist, in welcher Höhe Kosten zu übernehmen sind:

Im vorgeschlagenen Gesetzestext bestimmt sich die Höhe danach, wie sie für einen eigenen Versicherten zu übernehmen sind.

Im Regelfall erfolgt die Organentnahme in einer inländischen, landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalt, sodass dem KV-Träger hieraus keine über die Pauschalfinanzierung hinausgehenden Kosten entstehen.

Unklar ist jedoch, ob für Entnahmen im Ausland § 150 Abs. 2 letzter Satz ASVG maßgebend ist.

Eine diesbezügliche Klarstellung wäre wünschenswert.

Unklar ist auch die Verrechnung:

In den Erläuterungen wird darauf hingewiesen, dass die Kostenverrechnung zwischen den involvierten Trägern abzuwickeln ist.

Für den Fall, dass die Leistung einer Organspende im betreffenden Staat gerade nicht Bestandteil der dortigen gesetzlichen Krankenversicherung bzw. des dortigen Systems der sozialen Sicherheit ist, wird daher eine Verrechnung zwischen der erbringenden ausländischen Einrichtung und dem zuständigen ausländischen SV-träger nicht stattfinden.

Für eine Direktabrechnung mit der erbringenden Einrichtung fehlen entsprechende Rechtsgrundlagen. Ist daher Kostenerstattung nach Maßgabe der Satzung der vom Gesetzgeber gewünschte Weg?

Die Regelung ist administrativ aufwendig, da bei jedem Fall zu prüfen wäre, ob das ausländische nationale Recht (in allen in Frage kommenden Staaten) die Kostentragung für Spender vorsieht.

In vielen Fällen wird es überdies nahezu unmöglich sein, feststellen zu können, ob eine Kostenerstattung nicht vorgesehen ist oder der ausländische Träger nicht zahlen will. **In der Praxis wird es darauf hinauslaufen, dass der österreichische Krankenversicherungsträger die Kosten tragen wird.**

In Zusammenhang mit der Thematik der Organtransplantationen möchten wir auch auf die Problematik der Kostentragung für die Aufbewahrung von Stammzellen (Nabelschnurblut) hinweisen. Hier sollte klargestellt werden, dass die Aufbewahrung nicht zu den Leistungen der Krankenversicherung zählt.

Weiters sollten einheitliche, internationale Regelungen angestrebt (z. B. EG-Richtlinie, weitere internationale Abkommen) und eine entsprechende finanzielle Abgeltung des Mehraufwandes vorgesehen werden.

Zu Art. 1 Z 12 - § 122 Abs. 3a ASVG – Versicherungsschutz / Zahnbehandlung

Der in § 122 Abs. 3a ASVG vorgesehene vorübergehende Versicherungsschutz für Fälle nach Ende der Versicherung sollte im Bereich der Zahnbehandlung auf chirurgisch-konservierende Zahnbehandlung eingeschränkt werden.

Die derzeitige Formulierung „Zahnbehandlung“ umfasst auch die kieferorthopädische Behandlung. Diese sollte aufgrund der Dauer der Behandlung nicht umfasst sein, da sich diese über Jahre ziehen kann.

Weiters wird vorgeschlagen, die in § 122 Abs. 4 ASVG getroffene Regelung, dass Leistungen an ehemalige anspruchsberechtigte Personen nicht gewährt werden, sobald sich die betreffende Person ins Ausland begibt, auch auf Abs. 3a zu erstrecken (ein Aufenthalt in EU/EWR-Staaten, der Schweiz und in bilateralen Vertragsstaaten wäre von einer derartigen Regelung ohnehin nicht betroffen, für das übrige Ausland erschiene uns ein derartiger Ausschluss aber sehr wichtig).

Zu Art. 1 Z 16 - § 123 Abs. 10 ASVG – beitragsfreie Mitversicherung

Grundsätzlich erscheint die vorgeschlagene Regelung materiell sachgerecht.

Im Detail muss allerdings zum Einen bedacht werden, dass die in Aussicht genommene Formulierung den Ausschluss aus der beitragsfreien Mitversicherung **unabhängig von der Höhe der Pension** zur Folge hätte und somit auch der Bezug von ausländischen Kleinstpensionen zur Versagung der beitragsfreien Mitversicherung führen würde.

Dies ist insofern nicht sachgerecht, als demgegenüber die Ausübung einer ausländischen Erwerbstätigkeit nur dann die beitragsfreie Mitversicherung ausschließt, wenn aus ihr ein über der Geringfügigkeitsgrenze liegendes Entgelt bezogen wird.

Zum Anderen müsste auch bei den Pensionen unterschieden werden, ob sie in Österreich eine Pflichtversicherung auslösten oder nicht. Bei Dienstgeberpensionen (betrieblichen Altersvorsorgen) ist dies im ASVG nicht der Fall.

Schließlich würden aufgrund des Fehlens einer Übergangsbestimmung mit Inkrafttreten der Regelung sämtliche aktuell zu Recht beitragsfrei anspruchsberechtigten Personen mit ausländischem Pensionsbezug aus der beitragsfreien Mitversicherung ausgeschlossen werden.

Im Sinne des Vertrauensschutzes der betroffenen Personen sollte daher jedenfalls eine entsprechende **Übergangsbestimmung** aufgenommen werden.

Zu Art. 1 Z 20 und 21 - § 153 Abs. 3 ASVG – Zahnambulatorien

Die vorgesehene Neuformulierung des ersten Teilsatzes des dritten Satzes kann dahin gedeutet werden, dass bei Nichtvorliegen einer gesamtvertraglichen Vereinbarung keine Behandlungsleistungen durch Zahnambulatorien erbracht werden dürfen. Das darf keinesfalls Ergebnis der Gesetzesänderung werden. Die ärztliche Landesvertretung hätte es dann in der Hand, durch einfache Vertragskündigung den Betrieb der Zahnambulatorien generell zu behindern.

§ 153 Abs. 3 letzter Satz ASVG sollte daher **entfallen, aber nicht geändert** werden.

Wenn aber diese Bestimmung schon geändert werden soll, wird folgende Formulierung vorgeschlagen:

„Mit Ausnahme von Maßnahmen zur Vorbeugung von Erkrankungen der Zähne, des Mundes und der Kiefer einschließlich der dazugehörigen Gewebe, dürfen in den Zahnambulatorien in einem geltenden oder anwendbar gewesenen Gesamtvertrag (§§ 341, 343c Abs. 1 Z 1) nicht vorgesehene Leistungen nicht erbracht werden;“

Die Orientierung der festzusetzenden Kostenbeiträge am Maß der „*marktüblichen Höhe*“ (Art. 1 Z 21) ist falsch, da der Gesundheitsmarkt anbieterorientiert ist und es in Wahrheit kein Kräftespiel von Angebot und Nachfrage gibt (verängstigte Patienten mit Zahnschmerzen stehen bestinformierten und am eigenen Einkommen interessierten Anbietern gegenüber!). Im Übrigen wäre unklar, welcher Markt (gerade bei Zahnbehandlungen) gemeint ist: der österreichische, ungarische, europäische, auf welchem Leistungsniveau usw.?

Zudem wird damit zum Ausdruck gebracht, dass Zahnambulatorien derartige vorbeugende Maßnahmen als „Privatleistung“ erbringen und deshalb Kostenbeiträge von den Patienten verlangen können.

Andererseits bewirkt diese Bestimmung für die Krankenversicherungsträger möglicherweise auch unabsehbare leistungsrechtliche Konsequenzen, da die Kostenbeitragsregelung Begehrlichkeiten für Ersätze bei außerhalb von Zahnambulatorien privat in Anspruch genommenen Vorsorgemaßnahmen wecken könnte.

Das wäre das Gegenteil der geplanten Krankenkassensanierung.

Zu Art. 1 Z 23 - § 162 Abs. 5 Z 3 ASVG – Wochengeld

Der vorliegende Vorschlag zur Novellierung des § 162 Abs. 5 Z 3 ASVG betreffend den teilweisen Ausschluss der Kinderbetreuungsgeldbezieherinnen vom Anspruch auf Wochengeld ist nach unserer Ansicht nicht geeignet, um das angestrebte Regierungsziel zu erreichen.

Dies liegt daran, dass der Wortlaut nicht eindeutig ist.

§ 162 Abs. 5 ASVG legt fest, welche Personengruppen vom Anspruch auf Wochengeld ausgeschlossen sind. Die vorgeschlagene Aufnahme von Kinderbetreuungsgeldbezieherinnen, die nur aufgrund einer den Kinderbetreuungsgeldbezug begründenden Inpflegenahme oder Adoption eines Kindes vom Anspruch auf Wochengeld ausgenommen waren, in eine neue lit. b des § 162 Abs. 5 Z 3 ASVG könnte so verstanden werden, dass diese Personengruppe keinen Anspruch auf Wochengeld hat.

Das Regelungsziel besteht jedoch darin, dieser Personengruppe einen Anspruch auf Wochengeld einzuräumen. Zur Absicherung dieser Absicht schlagen folgende klarere Textierung des § 162 Abs. 5 Z 3 vor:

„b) nur auf Grund einer den Kinderbetreuungsgeld-Bezug begründenden Inpflegenahme oder Adoption eines Kindes mangels der Voraussetzung der Entbindung vom Anspruch auf Wochengeld ausgeschlossen waren“.

Zu Art. 1 Z 25 - § 338 Abs. 1 ASVG – Verlautbarungen

Die Bestimmung erscheint grundsätzlich sinnvoll. Sie könnte auch über das seit Jahren bestehende Kundmachungssystem im Internet www.avsv.at kostengünstig, rasch und technisch sicher umgesetzt werden (Verwendung der ohnedies vorhandenen Amtssignaturen nach dem E-Government-Gesetz).

Allerdings ist die Regelung im Gesetzesentwurf überschießend, weil sie aufgrund ihrer Stellung in § 338 ASVG alle Verträge unabhängig von ihrer Rechtswirkung umfassen würde. § 338 Abs. 1 letzter Satz idF Entwurfes enthält diesbezüglich keine Einschränkung.

Gemeint sein dürfte aber, dass Verträge *mit Normwirkung* (siehe die normativen Teile der Gesamtverträge) verlaubar werden sollen. Nur dies ist auch Thema des Erkenntnisses des Verfassungsgerichtshofes VfSlg. 17.582 vom 16. Juni 2005, B 1219/04.

Nach den Erläuterungen sollen von der Verlautbarungspflicht ebenfalls nur Gesamtverträge sowie deren Änderungen und Zusatzvereinbarungen erfasst sein (nicht aber beispielsweise Einzelverträge mit Ärzten oder Verträge mit einzelnen Gewerbetreibenden über die Erbringung bzw. Abrechnung bestimmter Leistungen).

Da wir die Verlautbarung der Gesamtverträge grundsätzlich für begrüßenswert halten, regen wir Folgendes an:

Zunächst erscheint eine Klarstellung wünschenswert, ob diese Publikationspflicht den in manchen Gesamtverträgen vorgesehenen Bestimmungen über die Verlautbarung dieser Verträge in der Ärztezeitung bzw. der „Sozialen Sicherheit“ derogiert oder ob diese Bestimmungen zusätzlich (!) zur Publikationspflicht des § 338 Abs. 1 ASVG bestehen bleiben sollen, was nach unserer Ansicht aber wenig Sinn hätte. Sinnvoll wäre, § 342 Abs. 1 Z 8 ASVG, wo bisher die Verlautbarung von Gesamtverträgen als Inhalt der vertraglichen Einigung vorgesehen war, ersatzlos zu streichen.

Eine vollständige Verlautbarung aller seit 1956 abgeschlossenen Verträge würde weiters hohen Verwaltungsaufwand verlangen und wäre nicht zielführend, da ein Großteil der über Jahrzehnte vereinbarten Honorarregelungen ja zwischenzeitig durch spätere Vereinbarungen ersetzt worden ist. Es sollten nach einer Übergangsbestimmung nur die geltenden Gesamtverträge zu verlaubaren sein (allenfalls mit den

seit vielleicht ab 2006 abgeschlossenen Veränderungen, um möglichen Leistungsfeststellungsverfahren eine Grundlage zu geben).

Regelungsort sollte § 341 Abs. 1 ASVG sein, weil für Gesamtverträge anderer Berufsgruppen darauf verwiesen wird. Im zweiten Satz wäre zu ergänzen: „...*Hauptverband ... abzuschließen und im Internet zu veröffentlichen.*“

In § 341 ASVG könnte noch ein Auftrag an die Gesamtvertragsparteien normiert werden, binnen realistischer Frist (zumindest 18 Monate nach Inkrafttreten der Bestimmung) einen akkordierten Vertragsinhalt vorzulegen (vgl. die ähnliche Bestimmung über die Wiederverlautbarung von Richtlinien, Satzungen, Krankenordnungen usw. in § 593 Abs. 3 ASVG).

Zu Art. 1 Z 26 - § 343 Abs. 4 ASVG – Kündigungsmöglichkeit

Eine Flexibilisierung der Kündigungsmöglichkeit (Entfall der sogenannten Härtefall-Klausel) wird begrüßt.

Nach dem Entwurf soll die Landesschiedskommission weiterhin die Möglichkeit haben, über einen Einspruch gegen die Kündigung zu entscheiden und damit die Berechtigung einer Kündigung (bei aufschiebender Wirkung!) zu prüfen. Durch diese Anfechtungsmöglichkeit wären Vertragspartner immer noch wesentlich besser geschützt als andere Teilnehmer am Wirtschaftsleben.

Allerdings ist zu berücksichtigen, dass es sich bei den zuständigen Behörden um Verwaltungsbehörden handelt, für welche die Vorgaben des VfGH zum Legalitätsprinzip und damit zum Handlungsspielraum für Entscheidungen anders zu berücksichtigen sind als das bei (Schieds-)Gerichten der Fall ist (siehe VfSlg. 7785, G 38/75 vom 23. März 1976, zu § 339 ASVG und der Bundesschiedskommission).

Wir halten es daher für ratsam, Rahmenbedingungen für das Handeln der Schiedskommissionen bei der Anfechtung einer Kündigung vorzusehen.

Angesichts der Tatsache, dass nahezu alle Vertragspartner gleichzeitig Verträge zu mehreren Sozialversicherungsträgern haben, ist es sinnvoll, den zweiten Satz in § 343 Abs. 4 ASVG in der vorgeschlagenen Fassung um nachstehenden Halbsatz zu ergänzen: *„; gegebenenfalls genügt der Verweis auf die Kündigungsbegründung eines anderen Sozialversicherungsträgers.“*

Die geplante Gesetzesänderung darf nicht bewirken, dass ein Vertragspartner, der gegenüber einem (von mehreren) Sozialversicherungsträgern Vertragsverstöße begangen hätte, von den anderen Sozialversicherungsträgern (trotz massivem Vertrauensverlust!) nicht ebenfalls gekündigt werden dürfte.

Zur aufschiebenden Wirkung des Einspruches regen wir an, dass die Landesschiedskommission die Möglichkeit haben soll, diese auf Antrag des Krankenversicherungsträgers in gravierenden Fällen (z. B. sexueller Missbrauch im Zusammenhang mit der ärztlichen Tätigkeit) abzuerkennen.

Zu Art. 1 Z 27 - §§ 343 Abs. 5 bzw. 350 Abs. 3 ASVG – Kündigungsmöglichkeit

Gemäß den erläuternden Bemerkungen erscheint der ersatzlose Entfall des § 343 Abs. 5 ASVG die logische Folge des hinkünftigen Entfalls der Härteklausele gemäß § 343 Abs. 4 ASVG.

Diese zwingende Logik eines solchen Schlusses wird vom Hauptverband nicht geteilt.

§ 350 Abs. 3 ASVG sieht bei nachhaltiger Verletzung der Dokumentationspflicht vor, dass dem Arzt für einen bestimmten Zeitraum eine Bewilligungspflicht auferlegt werden kann, allerdings zeigt § 350 Abs. 3 ASVG nicht auf, wie weiter vorzugehen ist, wenn ein Arzt gegen die ihm auferlegte Bewilligungspflicht verstößt.

Durch die spezielle Regelung des § 343 Abs. 5 ASVG wurde die in § 350 Abs. 3 ASVG nicht angeführte Sanktion gegen den Verstoß aber eindeutig klargestellt: Bei Verstößen gegen eine auferlegte Bewilligungspflicht konnte letztlich eine Kündigung des Einzelvertrages ausgesprochen werden und dies sogar mit der Erleichterung des erwähnten § 343 Abs. 5 ASVG wegen offenkundig qualifizierter Rechtswidrigkeit.

Nach unserer Auffassung würde sich bei einem ersatzlosen Entfall des § 343 Abs. 5 ASVG abermals die Diskussion eröffnen, welche Sanktionen gegen eine Missachtung der auferlegten Bewilligungspflicht in Frage kommen. Dies müsste zumindest durch die oben zu § 343 Abs. 4 erwähnte Formulierung aufgefangen werden.

Darüber hinaus bedarf jedenfalls der letzte Satz in § 5 Abs. 5 der Heilmittelbewilligungs- und Kontrollverordnung (BGBl. II Nr. 473/2004) der entsprechenden Korrektur.

Zu Art. 1 Z 36 und 37 - §§ 453 Abs. 3 und 456 Abs. 3 ASVG – rückwirkenden Änderung der Satzung bzw. der Krankenordnung

Unseres Erachtens wäre im Gesetzestext der beabsichtigte Zweck, nämlich die Möglichkeit der rückwirkenden Änderung der Satzung bzw. der Krankenordnung aufgrund der entsprechenden Änderung verbindlicher Bestimmungen der jeweiligen Musternorm ausdrücklich zu normieren.

Aus der vorgesehenen Ersetzung des Ausdruckes „*Gesetzeslage*“ durch den Begriff „*Rechtslage*“ geht diese Absicht unseres Erachtens nicht eindeutig hervor.

§ 453 Abs. 3 ASVG sollte daher lauten:

„(3) ... die durch eine Änderung der Gesetzeslage (*hinsichtlich der Satzungen der Versicherungsträger auch durch eine Änderung verbindlicher Bestimmungen der Mustersatzung*) oder der Vertragslage (§ 338 Abs. 1)...“

§ 456 Abs. 3 ASVG sollte daher lauten:

„(3) ... die durch eine Änderung der Gesetzeslage (*hinsichtlich der Krankenordnungen der Versicherungsträger auch durch eine Änderung verbindlicher Bestimmungen der Musterkrankenordnung*) oder der Vertragslage (§ 338 Abs. 1)...“

Ergänzungsvorschlag zu § 41 Abs. 1 ASVG – ordnungsgemäße Meldungen

§ 15a zweiter Satz B-KUVG sieht nunmehr vor, dass Meldungen dann als ordnungsgemäß erstattet gelten, wenn sie alle wesentlichen Angaben enthalten, die für die Durchführung der Versicherung notwendig sind. Solch eine Regelung ist im ASVG nicht vorgesehen, aber sachlich notwendig.

An § 41 Abs. 1 ASVG sollte daher – analog zur beabsichtigten Bestimmung im B-KUVG – nachstehender Satz angefügt werden:

„Sie gelten dann als ordnungsgemäß erstattet, wenn sie alle wesentlichen Angaben enthalten, die für die Durchführung der Versicherung notwendig sind.“

Ergänzungsvorschlag zu § 67 Abs. 10 ASVG – Haftung für Beitragsschulden

Mit dem Erkenntnis VwSlg 15528 A vom 12. Dezember 2000 hat der Verwaltungsgerichtshof die Zulässigkeit der Geltendmachung der Haftungsbestimmung des § 67 Abs. 10 ASVG auf Dienstnehmerbeitragsanteile und auf Rückstände, die auf Meldeverstöße zurückzuführen sind, eingeschränkt.

Die Entscheidung wird im Wesentlichen damit begründet, dass *„weder § 67 Abs. 10 ASVG noch eine andere Bestimmung dieses Gesetzes spezifische sozialversicherungsrechtliche, gegenüber der GKK bestehende Verpflichtungen des Vertreters einer juristischen Person, wie dies etwa in § 80 Abs.1 BAO für das Abgaberecht angeordnet ist, normiert.“*

Eine entsprechende gesetzliche Klarstellung im ASVG ist bis jetzt nicht erfolgt, obwohl es die Absicht des Gesetzgebers war, die Haftungsbestimmungen im ASVG an jene der BAO anzugleichen.

Aus den Erläuterungen zur Regierungsvorlage zur Änderung des § 67 Abs. 10 ASVG in der heutigen Fassung ist die Absicht des Gesetzgebers erkennbar, diese Haftungsbestimmung an jene der BAO (§§ 9 Abs. 1 iVm 80 Abs. 1) anzugleichen. Eine notwendige sachliche Differenzierung der Haftungsbestimmungen in der BAO und im ASVG ist nicht erkennbar und auch nicht gerechtfertigt.

Wir regen daher folgende Neufassung des § 67 Abs. 10 ASVG an:

*„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, haften im Rahmen ihrer Vertretungsmacht neben den durch sie vertretenen Beitragsschuldnern für die von diesen zu entrichteten Beiträge insoweit, als die Beiträge infolge schuldhafter Verletzung der den Vertretern auferlegten Pflichten nicht eingebracht werden können. Vermögensverwalter haften, soweit ihre Verwaltung reicht, entsprechend.“*

Eine gesetzliche Angleichung hätte den Vorteil, dass auch die Dienstgeberanteile kostengünstig mittels Bescheid geltend gemacht und aufwändige, mit hohem Kostenrisiko behaftete Schadenersatzprozesse vermieden werden könnten.

Außerdem wäre es zweckmäßig, die Sozialversicherungsträger auch bezüglich der Haftung des unbeschränkt haftenden Gesellschafters einer Personenhandels-gesellschaft für rückständige Beiträge den Finanzbehörden gleichzustellen. Mangels einer analogen Regelung zu § 12 BAO müssen die Gebietskrankenkassen derzeit kostspielige Zivilklagen nach § 128 UGB einbringen, anstatt, wie bei den Finanzbe-hörden vorgesehen, bescheidmäßig die Haftung aussprechen zu können.

Es wäre weiters wünschenswert, auch die Haftung des faktischen Geschäfts-führers vorzusehen. Dies entspricht dem Grundsatz, dass der wahre wirtschaftliche Gehalt und nicht die äußere Erscheinungsform eines Sachverhaltes maßgebend sein soll (§§ 539a, 67 Abs. 8 ASVG).

Wir regen daher an, dass im ASVG analoge Bestimmungen zu § 12 BAO und § 80 Abs. 1 BAO wie folgt geschaffen werden.

Im § 35 ASVG sollten folgende Abs. 3a und 3b eingefügt werden:

„(3a) Die Gesellschafter von als solche beitragspflichtigen und nach bürgerli-chem Recht voll oder teilweise rechtsfähigen Personenvereinigungen ohne eigene Rechtspersönlichkeit haften persönlich für die Abgabenschulden der Personenvereini-gung. Der Umfang ihrer Haftung richtet sich nach den Vorschriften des bürgerlichen Rechts.“

„(3b) 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.“

Abschließend ist darauf hinzuweisen, dass die WGKK bereits im Jahr 2001 ei-ne Angleichung der Haftungsbestimmungen im ASVG an jene der BAO angeregt hat, die bis jetzt jedoch noch nicht erfolgt ist.

Im gegebenen Zusammenhang wird daher erneut auf den dringenden Ände-rungsbedarf im ASVG hingewiesen um die Schlechterstellung der Sozialversiche-rungsträger gegenüber den Finanzbehörden zu beseitigen.

Ergänzungsvorschlag zu § 81 ASVG – steuerliche Auswirkungen

Die Sozialversicherung arbeitet derzeit daran, ihre Rechenzentren neu zu organisieren.

In diesem Zusammenhang hat sich gezeigt, dass eine Zusammenführung von Aufgaben bei GmbH-Töchtern, wie im vorliegenden Zusammenhang der IT-SV GmbH der Sozialversicherung, negative steuerliche Auswirkungen, insbesondere im Umsatzsteuerrecht, hat. Dadurch kann der wirtschaftliche Erfolg solcher Maßnahmen beeinträchtigt oder zumindest in Frage gestellt werden.

Der Hauptverband ersucht daher Vorsorge dafür zu treffen, dass solche Auswirkungen vermieden werden. In diesem Zusammenhang wird insbesondere vorgeschlagen, in § 81 ASVG einen neuen Absatz 2b mit folgendem Wortlaut einzufügen:

*„Im Fall einer Übertragung von Aufgaben an eine Einrichtung im Sinne des § 81 Abs. 2 gilt diese Einrichtung im Umfang dieser übertragenen Aufgaben als Versicherungsträger im Sinne der §§ 109 und 110 ASVG **sowie im Sinne von § 6 Abs. 1 Z 7 UStG.**“*

Ergänzungsvorschlag zu § 107 Abs. 1 ASVG – Leistungsmissbrauch

Leistungsmissbrauch ist ein Thema, das in letzter Zeit zunehmend an Bedeutung gewinnt und dem auch die Medien verstärkt Aufmerksamkeit widmen. Aus unserer Sicht ist es geboten

- gezielt gegen Leistungsmissbrauch vorzugehen,
- Präventionsmaßnahmen zur Verhinderung künftigen Missbrauchs zu setzen,
- durch Rückforderung der zu Unrecht gewährten Leistung den Schaden zu minimieren.

Die Möglichkeiten einer Rückforderung sind durch die Bestimmung des § 107 Abs. 1 ASVG allerdings erheblich eingeschränkt. So können unter den in der Bestimmung dargelegten Voraussetzungen von Versicherten zwar Geldleistungen sowie Aufwendungen für Heilbehelfe und Anstaltspflege und anstelle von Sachleistungen erbrachte Kostenersätze bzw. bare Leistungen rückgefordert werden, die Aufwendungen für sonstige Sachleistungen, vor allem Heilmittel und ärztliche Hilfe, sind der Rückforderbarkeit derzeit entzogen.

Es kommt aber immer wieder vor, dass z. B. bei Heilmitteln Leistungsmissbrauch aufgedeckt wird; insbesondere verschaffen sich manche Personen über den Bezug und (teilweisen) Weiterverkauf von suchtmittelhaltigen Medikamenten eine „Einnahmequelle“, die von der sozialen Krankenversicherung finanziert wird. Diesbezügliche Geständnisse gegenüber Polizei und Gerichten sind bekannt.

Nach den Gesetzesmaterialien zur 32. Novelle zum ASVG wollte man sich seinerzeit bei der Ausdehnung des Rückforderungsrechts auf Sachleistungen auf die leicht erfassbaren Leistungen wie Heilbehelfe und Anstaltspflege beschränken. Diese Beschränkung ist aus heutiger Sicht nicht mehr haltbar, zumal vergleichbare Bestimmungen der Sondergesetze die Rückforderung des Aufwands für zu Unrecht erbrachte Sachleistungen (ohne Einschränkung auf Heilbehelfe und Anstaltspflege) vorsehen (vergleiche § 76 Abs. 1 GSVG, § 49 Abs. 1 B-KUVG).

Es wird daher angeregt, § 107 Abs. 1 ASVG dahingehend zu ändern, dass (auch) der Aufwand für zu Unrecht erbrachte Sachleistungen rückgefordert werden kann.

Ergänzungsvorschlag zu § 122 Abs. 4 ASVG – Auslandsaufenthalt

Gemäß § 122 Abs. 4 dritter Satz ASVG werden Leistungen nach Abs. 2 Z 2 sowie nach Abs. 3 nicht gewährt, wenn sich die betreffende Person ins Ausland begibt.

Da in dieser Regelung nicht auf § 122 Abs. 3a ASVG verwiesen wird, wären Leistungen nach dieser Bestimmung auch bei Auslandsaufenthalt zu erbringen.

Dieses Ergebnis scheint insoweit nicht mit den Intentionen des Gesetzgebers im Einklang zu stehen, als sonst der Passus über den Leistungsausschluss weitgehend obsolet wäre, weil Leistungen im Fall des Auslandsaufenthalts nach § 122 Abs. 3a ASVG in Anspruch genommen werden könnten.

In § 122 Abs. 4 dritter Satz soll daher ein Verweis auf § 122 Abs. 3a ASVG aufgenommen werden.

Ergänzungsvorschlag zu § 151 Abs. 6 ASVG – medizinische Hauskrankenpflege

Gemäß § 151 Abs. 6 ASVG wird medizinische Hauskrankenpflege nicht gewährt, wenn der Anspruchsberechtigte in einer der in § 144 Abs. 4 ASVG bezeichneten Einrichtungen untergebracht ist.

Diese Bestimmung legt fest, dass als Anstaltspflege nicht die Unterbringung in einem Heim für Genesende, die ärztlicher Behandlung und besonderer Pflege bedürfen, in einer Pflegeanstalt für chronisch Kranke oder in einer Sonderkrankenanstalt, die vorwiegend der Rehabilitation von Versicherten dient, gilt.

Da in einigen konkreten Fällen die Frage nach der Leistungspflicht für medizinische Hauskrankenpflege in stationären Einrichtungen aufgeworfen wurde, hat der Hauptverband bereits mit Schreiben vom 25. Februar 2008, Zl. 32-MVB-54.133/08 Rj, an das Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend eine gesetzliche Klärstellung dahingehend angeregt, dass Maßnahmen der medizinischen Hauskrankenpflege in stationären Einrichtungen nicht in die Leistungspflicht der Krankenversicherung fallen.

Die Gründe dafür wurden im zitierten Schreiben ausführlich dargelegt:



I:\01 R 2009 ext\
Stellungnahmen\25.2

Ergänzungsvorschlag zu § 338 Abs. 2a ASVG – Großgeräteplan

Auch an dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass die geltende Rechtslage die Planung im Gesundheitswesen erschweren könnte:

Nach § 338 Abs. 2a ASVG ist der Großgeräteplan (teilweise, erst) nach Abstimmung mit der Interessenvertretung der Betreiber dieser Geräte festzulegen. Diese Bindungen sollten aufgelöst werden.

Sie scheinen im Übrigen auch europarechtswidrig zu sein: Der EuGH hat im Urteil C-439/99 vom 15. Jänner 2002 ausdrücklich festgehalten (Rz 39, siehe <http://curia.europa.eu/jurisp/cgi-bin/gettext.pl?lang=de&num=79979884C19990439&doc=T&ouvert=T&seance=ARRET>):

„... Hinsichtlich der Vorschriften, die ... davon abhängig machen, dass Einrichtungen, denen bereits in dem betreffenden Gebiet tätige Wirtschaftsteilnehmer angehören oder die diese vertreten, bei der Anerkennung und Zulassung ... mitwirken, ist darauf hinzuweisen, dass das ...eine Beschränkung des freien Dienstleistungsverkehrs oder der freien Niederlassung bedeutet ...“

Ergänzungsvorschlag zu § 357 ASVG – Verwaltungsverfahren

Mit der Novelle BGBl. I Nr. 5/2008 wurde § 18 AVG geändert, was die angeführten Anpassungen bzw. Klarstellungen erforderlich macht.

In § 357 Abs. 1 ASVG wäre der Verweis „...§ 18 Abs. 1, 2 und 4...“ auf „...**§ 18**...“ zu ändern.

Die Einschränkung auf die Absätze 1, 2 und 4 hätte zu entfallen.

Hinsichtlich des Verweises in Abs. 2 auf § 18 Abs. 4 AVG sollte eine Klarstellung getroffen werden, welche Anforderungen an die mittels elektronischer Datenverarbeitungsanlagen hergestellten Ausfertigungen nunmehr gestellt werden.

Ergänzungsvorschlag zu § 447a Abs. 6 sowie § 447f Abs. 11 ASVG – Ausgleichsfonds

Die WGKK hat bereits in der Vergangenheit darauf hingewiesen, dass die Belastung aus der gesetzlichen Verpflichtung zum Betrieb einer allgemeinen Krankenanstalt als Sachleistung im Rahmen der von den Trägern der Sozialversicherung zu leistenden Beiträge für die Krankenanstaltenfinanzierung berücksichtigt werden sollte.

Wir übermitteln daher nachstehend einen entsprechenden Vorschlag zur Neutextierung des § 447f Abs. 11 ASVG⁷:

„(11) Die Mittel für die Überweisungen des Ausgleichsfonds nach Abs. 3 Z 2 werden aufgebracht

- 1. durch den Zusatzbeitrag in der Krankenversicherung (§ 51b dieses Bundesgesetzes, § 27a GSVG, § 24a BSVG, § 20a B-KUVG);*
- 2. soweit die Zusatzbeiträge nach Z 1 nicht ausreichen, durch Überweisungen der Krankenversicherungsträger (§ 31 Abs. 1) nach folgendem Schlüssel*

<i>Wiener Gebietskrankenkasse</i>	<i>15,38667 %</i>
<i>Niederösterreichische Gebietskrankenkasse</i>	<i>11,90524 %</i>
<i>Burgenländische Gebietskrankenkasse</i>	<i>1,31269 %</i>
<i>Oberösterreichische Gebietskrankenkasse</i>	<i>14,71594 %</i>
<i>Steiermärkische Gebietskrankenkasse</i>	<i>8,62316 %</i>
<i>Kärntner Gebietskrankenkasse</i>	<i>3,81605 %</i>
<i>Salzburger Gebietskrankenkasse</i>	<i>5,32784 %</i>
<i>Tiroler Gebietskrankenkasse</i>	<i>5,57241 %</i>
<i>Vorarlberger Gebietskrankenkasse</i>	<i>3,62670 %</i>
<i>Betriebskrankenkasse Austria Tabak</i>	<i>0,08224 %</i>
<i>Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe</i>	<i>0,35463 %</i>
<i>Betriebskrankenkasse Mondi</i>	<i>0,06930 %</i>
<i>Betriebskrankenkasse voestalpine Bahnsysteme</i>	<i>0,23221 %</i>
<i>Betriebskrankenkasse Zeltweg</i>	<i>0,09672 %</i>
<i>Betriebskrankenkasse Kapfenberg</i>	<i>0,18693 %</i>
<i>Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau</i>	<i>3,18607 %</i>
<i>Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (als Träger der Krankenversicherung)</i>	<i>13,35729 %</i>

⁷ Bei der Schlüsselfestsetzung wurde der ungedeckte Betriebsabgang, der der Wiener Gebietskrankenkasse durch den Betrieb einer Krankenanstalt entsteht, berücksichtigt.

<i>Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (als Träger der Krankenversicherung)</i>	9,13792 %
<i>Sozialversicherungsanstalt der Bauern (als Träger der Krankenversicherung)</i>	3,00999 %

Dieser Schlüssel ist jährlich, erstmals für das Geschäftsjahr 2010, unter Berücksichtigung der Entwicklung der Beitragseinnahmen der einzelnen Krankenversicherungsträger von diesem Geschäftsjahr zum Geschäftsjahr 2007, in weiterer Folge vom laufenden Geschäftsjahr zum vorangegangenen Geschäftsjahr vom Hauptverband neu festzusetzen. Hierbei sind als Beitragseinnahmen die Beiträge für pflichtversicherte Erwerbstätige, für freiwillig Versicherte und für Arbeitslose heranzuziehen. Die Zusatzbeiträge nach Z 1 sind außer Betracht zu lassen. Abs. 10 letzter Satz ist anzuwenden.“

Bei einer entsprechenden Änderung des § 447f Abs. 11 ASVG hätte mit deren Wirksamwerden in § 447a Abs. 6 ASVG die Z 3 zu entfallen.

Da die Neufestsetzung des Schlüssels in § 447f Abs. 11 erstmals für das Geschäftsjahr 2010 anzuwenden ist, wird ergänzend die nachstehende Übergangsbestimmung vorgeschlagen:

„Für die Geschäftsjahre 2008 und 2009 ist § 447f Abs. 11 in der Fassung BGBl I Nr. 101/2007 anzuwenden.“

Redaktionsversehen zu § 447f Abs. 9 ASVG

§ 447f Abs. 9 letzter Satz lautet: „...*und mit dem Rechnungsabschluss dem Bundesministerium für Gesundheit und Frauen vorzulegen.*“.

Aufgrund der neuen Bezeichnungen der Ministerien wäre eine Korrektur auf: „...*und mit dem Rechnungsabschluss dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen.*“ vorzunehmen.

Ergänzungsvorschlag zu § 625 Abs. 12 Z 4 und 5 ASVG – Verwaltungsaufwand

Zu § 625 Abs. 12 werden folgende Ergänzungen vorgeschlagen:

Im § 625 Abs. 12 wird der Punkt am Ende der Z 3 durch einen Strichpunkt ersetzt; folgende Z 4 und 5 werden eingefügt:

- „4. der Aufwand für Bedienstete,
- a) denen die Sachverhaltsfeststellung in Melde-, Versicherungs- und Beitragsangelegenheiten sowie in Leistungssachen auch durch Erhebungen an Ort und Stelle, z. B. in Betrieben der DienstgeberInnen, übertragen ist;
 - b) denen die Überprüfung der Einhaltung der Melde- und Beitragspflicht nach § 42 Abs. 1 eigenverantwortlich obliegt;
 - c) die nach § 41a in Verbindung mit § 86 Abs. 1 EStG 1988 mit der Sozialversicherungs-, Lohn- und Kommunalsteuerprüfung betraut sind;
 - d) denen die Durchführung des Krankenbesuchsdienstes obliegt;**
 - e) denen die Durchführung von Agenden der Vertragspartnerkontrolle obliegt.**
- 5. für längstens acht Jahre ab der Beschlussfassung über die Einführung als Standardprodukt oder ab einem in diesem Beschluss genannten allenfalls früheren Zeitpunkt bzw. Umfang der Aufwand für die Einführung einer einheitlichen prozessoptimierten und trägerübergreifenden EDV-Anwendung zur Abwicklung des Kerngeschäftes der Pensionsversicherungsträger.“**

Hiezu werden folgende Erläuterungen vorgeschlagen:

„Zu Art. 1 Z XX (§ 625 Abs. 12 Z 4 ASVG):

Nicht zuletzt der Einsatz von ErheberInnen und GPLA-PrüferInnen ermöglicht den Trägern der Krankenversicherung, ausstehende Beiträge einzuheben. Demzufolge wäre eine verstärkte Überprüfung wünschenswert, zumal eine Aufgabe der Krankenversicherungsträger die Sicherung der Anwartschaften bzw. Leistungen in der korrekten Höhe für die Versicherten ist. Da jedoch die Aufwendungen für ErheberInnen und GPLA-PrüferInnen zur Gänze den Verwaltungszielwert nach § 625 Abs. 9 ASVG belasten und lukrierte Einnahmen nicht gegengerechnet werden, müssen die Träger der Krankenversicherung von einer zusätzlichen Aufnahme von derartigen Bediensteten derzeit Abstand nehmen.

- Zu § 625 Abs. 12 Z 4 lit. a und b (ErheberInnen):

Nach § 42 Abs. 1 ASVG sind den Krankenversicherungsträgern zur Erfüllung ihrer Aufgaben Rechte, wie Auskunftsrechte gegenüber den Dienstgeber/inne/n und das Recht auf Gewährung der Einsichtnahme in alle Geschäftsbücher und Belege sowie sonstige Aufzeichnungen, die für das Versicherungsverhältnis von Bedeutung sind, eingeräumt. Damit wird den Krankenversicherungsträgern u. a. – im Gegensatz zu der sich auf vergangene Zeiträume beziehenden und lediglich stichprobenartig erfolgenden gemeinsamen Prüfung aller lohnabhängigen Abgaben (GPLA) nach § 41a ASVG – eine Überprüfung aber auch Beratung der DienstgeberInnen in Bezug auf alle für das aktuell bestehende Versicherungsverhältnis bedeutsamen Umstände ermöglicht. So können z. B. Beitragsgrundlagen nach dem im ASVG normierten Anspruchsprinzip in § 49 Abs. 1 ASVG und Beiträge nach Vollständigkeit und Richtigkeit entsprechend nah zum laufenden Versicherungsverhältnis, aber auch Grenzfälle der Pflichtversicherungstatbestände aktuell einer Prüfung unterzogen werden. Des Weiteren stellt diese Bestimmung ein wichtiges Mittel zur Bekämpfung der Schattenwirtschaft und der Schwarzarbeit dar, da sie z. B. eigene Aktionen, aber auch die Teilnahme an konzertierten Aktionen in Zusammenarbeit mit anderen Behörden (wie z. B. Bundespolizeidirektionen, KIAB oder Magistrate) ermöglicht.

Eine ausreichende gesetzliche Grundlage für den Aufbau (für den entsprechenden Ausbau bzw. für eine Stärkung) eines derartigen (bereits eingerichteten) Erhebungsdienstes bei den Krankenversiche-

Trägern ist in § 42 Abs. 1 ASVG vorhanden; die entsprechende Personaldisposition ist allerdings durch den „Verwaltungskostendeckel“ nach § 625 Abs. 8 bis 14 ASVG eingeschränkt. Eine Umschichtung von GPLA-Prüfer/innen in den Erhebungsdienst zu dessen Stärkung kommt nicht in Betracht, da dies die Zielsetzungen der gemeinsam mit der Finanzverwaltung durchgeführten GPLA schwächen würde. Den Krankenversicherungsträgern soll daher ermöglicht werden, durch zusätzliche Personalaufnahmen den Erhebungsdienst auszubauen.

Da die Kosten für die daraus entstehenden zusätzlichen administrativen Belastungen, wie Personal- und Sachkosten, einen zusätzlichen Verwaltungsaufwand für die Krankenversicherungsträger bewirken, sollen diese Aufwendungen von der „Verwaltungskostendeckelung“ ausgenommen werden. Damit kann eine entsprechende Stärkung des Erhebungsdienstes bei den Krankenversicherungsträgern erreicht werden.

Ausgehend von den in der Dienstordnung A für die Angestellten bei den Sozialversicherungsträgern Österreichs 2005 (DO. A) bestehenden Einreihungsbestimmungen (Einreihung in Gehaltsgruppe C III nach § 37c Abs. 3 Z 7a DO. A bzw. in Gehaltsgruppe D I nach § 37d Abs. 1 Z 12 DO. A) und der Annahme der Gehaltsstufe 8 ist pro ErheberIn jährlich mit Zusatzkosten in der Höhe von rund 60 000 € (Schemabezug plus Direktaufwand des Krankenversicherungsträgers als Dienstgeber für Abgaben, Aufwandsersatz für Dienstreisen und Sachaufwand) zu rechnen.

Bei den Gebietskrankenkassen sind rund 40 Personen im Erhebungsdienst eingesetzt (davon 20 bei der Wiener Gebietskrankenkasse).

Die Wiener Gebietskrankenkasse hat bis dato die größten Erfahrungen mit einem Erhebungsdienst. Auf Grund der Aktivitäten des Erhebungsdienstes der Wiener Gebietskrankenkasse wurden im Jahr 2006 durch 14 ErheberInnen Sozialversicherungsbeiträge und Umlagen in der Höhe von rund 8,4 Mio. € nachverrechnet. Es ist zu erwarten, dass so wie bei den GPLA-Prüfer/innen etwa zwei Drittel dieses Betrages als einbringlich zu werten sein werden.

Die Anzahl der zusätzlich benötigten Bediensteten im Erhebungsdienst wird sich etwa zur Hälfte auf beide Einreihungen aufteilen und richtet sich nach den Bedürfnissen der Krankenversicherungsträger.

- Zu § 625 Abs. 12 Z 4 lit. c (GPLA-PrüferInnen):

Unter Zugrundelegung der Zahlenbasis des Jahresberichtes 2008 zur gemeinsamen Prüfung aller lohnabhängigen Abgaben (GPLA) beträgt das Jahresergebnis der GPLA-PrüferInnen der Krankenversicherungsträger rund 48,15 Mio. € an Lohn- und Kommunalsteuer und rund 135,34 Mio. € an Sozialversicherungsbeiträgen und Umlagen. Dies ergibt für das Jahr 2008 ein durchschnittliches Jahresergebnis pro GPLA-PrüferIn von rund 201 000 € an Lohn- und Kommunalsteuer und rund 564 000 € an Sozialversicherungsbeiträgen und Umlagen. Die Erfahrungen zeigen, dass etwa zwei Drittel dieses Betrages als einbringlich zu werten sind. Darin zeigt sich auch, dass die Einstellung von zusätzlichen GPLA-Prüfer/innen bedeutende finanzielle Vorteile für die Sozialversicherung und die Finanzverwaltung bringt.

Die GPLA-PrüferInnen sind in der Dienstordnung A für die Angestellten bei den Sozialversicherungsträgern Österreichs 2005 (DO. A) in die Gehaltsgruppe E I nach § 37e Abs. 1 Z 14 eingereiht. Unter der Annahme eines Gehaltes der Bezugsstufe 10 ist daher von einem Jahresaufwand von rund 90 000 € pro GPLA-PrüferIn (Schemabezug, Direktaufwand des Krankenversicherungsträgers als Dienstgeber für Abgaben, Aufwandsersatz für Dienstreisen und Sachaufwand) auszugehen. Aus dem Vergleich der Personalkosten mit dem Gesamtergebnis für die Sozialversicherung, die Finanzverwaltung und die Kommunen ergibt sich ein enormer Mehrwert. Darüber hinaus hat die GPLA eine generalpräventive Wirkung auf DienstgeberInnen, die einschlägigen sozialversicherungs- und steuerrechtlichen Bestimmungen einzuhalten.

Aus diesem Grund und auf Anregung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger soll daher auch der Aufwand für Bedienstete der Krankenversicherungsträger, die nach § 41a ASVG in Verbindung mit § 86 Abs. 1 EStG 1988 mit der Sozialversicherungs-, Lohn- und Kommunalsteuerprüfung betraut sind (GPLA-PrüferInnen), von der „Verwaltungskostendeckelung“ ausgenommen werden.

- Finanzieller Aufwand:

Die Anzahl der zusätzlich erforderlichen ErheberInnen und GPLA-PrüferInnen wird von der Selbstverwaltung der jeweiligen Krankenversicherungsträger festzulegen sein. Im Ergebnis stellt sich der finanzielle Aufwand wie folgt dar:

für die ErheberInnen: 60 000 € mal z. B. 10 Bedienstete, das sind 600 000 €;

für die GPLA-PrüferInnen: 90 000 € mal z. B. 10 Bedienstete, das sind 900 000 €.

- Zu § 625 Abs. 12 Z 4 lit. d und e (Kontrolle der Leistungsausgaben):

Die Kontrolle der Leistungsausgaben ist weiter zu entwickeln und auszubauen. Dies gilt insbesondere für die größten Ausgabenbereiche sowie für jene Bereiche, in denen die Sozialversicherung im gesetzlichen Auftrag Interessen Dritter wahrzunehmen hat.

Stellungnahme des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger

zu Artikel 2

35. Novelle zum GSVG

Zu Art. 2 Z 13 - § 85 Abs. 3 Z 2 GSVG – Sach-/Geldleistungsberechtigung

Aus nunmehriger Sicht könnte die vorliegende Textierung den Schluss nahe legen, dass die Geldleistungsberechtigung (wenn, dann nur) für **alle** Weiterversicherten unabhängig von ihrer Beitragsgrundlage ermöglicht werden soll. In Betracht zu ziehen ist etwa folgende Textierung:

§ 85 GSVG:

„(3) Sachleistungen sind Leistungen, die vom Versicherungsträger durch einen Vertragspartner gegen direkte Verrechnung der vertragsmäßigen Kosten oder durch eine eigene Einrichtung erbracht werden. Der Versicherungsträger kann in seiner Satzung bestimmen, dass für Versicherte anstelle der Sachleistungen bare Leistungen gewährt werden, wenn

- 1. sie ausschließlich nach diesem Bundesgesetz in der Krankenversicherung pflichtversichert sind und ihre vorläufige Beitragsgrundlage (§ 25a) auf Grund von Einkünften gebildet wird, die den in der Satzung festzusetzenden Betrag erreichen oder übersteigen,*
- 2. sie in der Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz weiterversichert sind und Beiträge gemäß § 30 Abs. 1 dieses Bundesgesetzes entrichten oder*
- 3. ihre Pension nach diesem Bundesgesetz oder die Summe aus Pension und dem in Z 1 bezeichneten Betrag den in der Satzung festzusetzenden Betrag erreicht oder übersteigt.*

Die Höhe der baren Leistungen darf 80 vH der dem Versicherten tatsächlich erwachsenen Kosten nicht überschreiten. Durch die Feststellung der Beitragsgrundlage gemäß § 25 bleibt der Anspruch auf Sach- bzw. Geldleistungen unberührt.

Zu Art. 2 Z 15 - § 327 Abs. 3 GSVG – Selbstversicherung

Im Besonderen Teil der Erläuterung wird zu dieser Bestimmung folgendes ausgeführt:

„Mit Erkenntnis vom 2. April 2008, 2006/08/0165, hat der Verwaltungsgerichtshof festgehalten, dass eine Selbstversicherung in der Krankenversicherung nach § 16 ASVG, die von Gewerbetreibenden vor Einführung der gewerblichen Pflichtkrankenversicherung abgeschlossen wurde, nach dem Gesetzeswortlaut nicht als „Quasi-Pflichtversicherung“, sondern als freiwillige Versicherung anzusehen ist. Es sind daher bei Beendigung der Selbstversicherung nach § 16 ASVG auch beim gegenständlichen Personenkreis die Bestimmungen des § 16 Abs. 6 ASVG anzuwenden.

Für diese Personengruppe ist seit 1. Juli 1994 eine Option in die gesetzliche Krankenversicherung nach dem GSVG nicht mehr möglich, sodass lediglich die freiwillige Versicherung in der Krankenversicherung nach dem ASVG in Frage kommt.

Durch die gegenständliche Regelung soll sichergestellt werden, dass für diesen Personenkreis die Selbstversicherung in der Krankenversicherung nach § 16 ASVG entsprechend der bisher geübten Verwaltungspraxis als „Quasi-Pflichtversicherung“ zu behandeln ist, wonach keine Durchbrechung des Prinzips der Mehrfachversicherung bei mehrfacher sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung erfolgt, sowie weiters eine Schutzbestimmung für die Gewerbetreibenden im Falle eines Zahlungsverzuges gegeben ist; ein Austritt wird gleichsam ausgeschlossen.

Von den insgesamt etwa 5200 Personen umfassenden Gruppe, die als Aktive jemals von der Krankenversicherung nach dem GSVG wegen einer Selbstversicherung nach § 16 ASVG ausgenommen war bzw. noch immer ausgenommen ist, sind nur mehr etwa 470 Personen erwerbstätig.“

Bezug nehmend auf den Regelungsinhalt des § 327 Abs. 3 GSVG wird bemerkt, dass für die gegenständliche Personengruppe zukünftig die Möglichkeit der Beendigung der Selbstversicherung in der Krankenversicherung gemäß § 16 ASVG auf den Fall der Beendigung des Wohnsitzes im Inland (bzw. eines Staates, der in den örtlichen Geltungsbereich der VO (EWR) 1408/71 fällt) beschränkt wird. Fraglich ist in diesem Zusammenhang, ob dieser Beendigungstatbestand vom Gesetzgeber bewusst belassen wurde.

Des weiteren ist unklar, ob nach dieser Bestimmung die Selbstversicherung in der Krankenversicherung gemäß § 16 ASVG auch dann weiter bestehen soll, wenn die Beschäftigung, für welche die Selbstversicherung in der Krankenversicherung gemäß § 16 ASVG ursprünglich als Optionsmöglichkeit neben der Möglichkeit, sich dem Geltungsbereich des GSKVG oder GSVG zu unterwerfen, gewählt wurde, beendet wurde.

Für den Fall, dass die Beschäftigung beendet wurde, sollte aus unserer Sicht auch der Charakter der Pflichtversicherung („Quasi – Pflichtversicherung“) enden.

Ergänzungsvorschlag zu § 82 GSVG – Schutzfristen

Unseres Erachtens sollten in § 82 GSVG die Schutzfristen des Abs. 5 einerseits und des Abs. 6 andererseits harmonisiert werden. Während die schon länger im GSVG vorhandene Schutzfrist des § 82 Abs. 5 Ansprüche für längstens 13 Wochen ermöglicht, enthält die durch BGBl. I Nr. 101/2007 geschaffene Schutzfrist des § 82 Abs. 6 keinerlei zeitliche Begrenzung.

Da für diese unterschiedliche Anspruchsdauer keine sachliche Rechtfertigung ersichtlich ist, sollte entweder die Schutzfrist des § 82 Abs. 6 ebenso wie die des § 82 Abs. 5 Ansprüche für längstens 13 Wochen ermöglichen oder die 13-Wochen-Frist auch aus dem § 82 Abs. 5 GSVG entfernt werden.

§ 82 GSVG könnte lauten:

„(5) Für Pflichtversicherte (§§ 2 und 3 Abs. 1 und 2), für deren mitversicherte Familienangehörige (§ 10) und für Angehörige (§ 83) besteht über das Ende der Versicherung hinaus ein Anspruch auf Pflichtleistungen aus den Versicherungsfällen der Krankheit und der Mutterschaft und bei Bezug von Teilzeitbeihilfe bis zur vorgesehenen Höchstdauer, ~~längstens jedoch durch 13 Wochen~~, wenn der Versicherungsfall vor dem Ende der Versicherung eingetreten ist, sofern kein anderweitiger Anspruch auf Leistungen einer gesetzlichen Krankenversicherung bzw. Krankenfürsorgeeinrichtung eines öffentlich-rechtlichen Dienstgebers gegeben ist.

(6) Über die Bestimmungen des Abs. 5 hinaus sind weiters Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit zu gewähren, wenn Versicherungsschutz aufgrund einer Pflichtversicherung oder einer Anspruchsberechtigung als Angehörige/r bestanden hat, die Erkrankung innerhalb von sechs Wochen nach dem Ende der Anspruchsberechtigung eintritt und kein anderer Anspruch auf Leistungen einer gesetzlichen Krankenversicherung oder einer Krankenfürsorgeeinrichtung eines öffentlich-rechtlichen Dienstgebers gegeben ist.“

Andere Variante:

(5) unverändert

„(6) Über die Bestimmungen des Abs. 5 hinaus sind weiters Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit längstens durch 13 Wochen zu gewähren, wenn Versicherungsschutz aufgrund einer Pflichtversicherung oder einer Anspruchsberechtigung als Angehörige/r bestanden hat, die Erkrankung innerhalb von sechs Wochen nach dem Ende der Anspruchsberechtigung eintritt und kein anderer Anspruch auf Leistungen einer gesetzlichen Krankenversicherung oder einer Krankenfürsorgeeinrichtung eines öffentlich-rechtlichen Dienstgebers gegeben ist.“

Ergänzungsvorschlag zu § 85a Abs. 2 GSVG – Zusatzbeitrag

In § 85a Abs. 2 erster Satz entfällt die Wortfolge „*gegen Entrichtung eines Zusatzbeitrages*“.

§ 85a Abs. 2 zweiter Satz entfällt.

Begründung:

Auf Grund der bestehenden gesetzlichen Ermächtigung konnte auch das „Wegoptieren“ aus der Geldleistungsberechtigung durch die Satzung nur gegen die Entrichtung eines Zusatzbeitrages erfolgen.

Der solcherart festgesetzte, „symbolische“ Beitrag von 2,-- € für die Option der Geldleistungsberechtigten in die Sachleistungsberechtigung bei Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe soll nunmehr mangels praktischer Relevanz entfallen.

Ergänzungsvorschlag zu § 102a GSVG – Betriebshilfe (Wochengeld)

Erfahrungen der Praxis lassen eine weitere Novellierung des GSVG wünschenswert erscheinen:

„§ 102a. (1) Den Anspruchsberechtigten nach § 102 Abs. 5 gebührt für die Dauer der letzten acht Wochen vor der Entbindung, für den Entbindungstag selbst und für die ersten acht Wochen nach der Entbindung eine Betriebshilfe (Wochengeld) nach Maßgabe der Abs. 2 und 3; Müttern nach Frühgeburten, Mehrlingsgeburten und Kaiserschnittentbindungen gebührt diese Leistung nach der Entbindung durch zwölf Wochen. Die Achtwochenfrist vor der voraussichtlichen Entbindung ist auf Grund eines ärztlichen Zeugnisses zu berechnen. Erfolgt die Entbindung zu einem anderen als dem vom Arzt angenommenen Zeitpunkt, so verkürzt oder verlängert sich die Frist vor der Entbindung entsprechend. Die Frist nach der Entbindung verlängert sich jedoch in jedem Fall bis zu dem Zeitpunkt, in dem unter der Annahme der Geltung der Vorschriften des Mutterschutzrechtes ein Beschäftigungsverbot enden würde. Über die Frist von acht Wochen vor der Entbindung hinaus gebührt die Leistung der Betriebshilfe (Wochengeld), wenn bei Fortdauer der Tätigkeit Leben oder Gesundheit von Mutter und Kind gefährdet wäre und dies durch ein amtsärztliches Zeugnis nachgewiesen wird. Weiters gebührt Betriebshilfe (Wochengeld) für den Zeitraum eines Beschäftigungsverbotes für werdende Mütter nach § 13a Abs. 5 Tabakgesetz.

(2) Die Leistung der Betriebshilfe im Sinne des Abs. 1 kann nach Maßgabe der Verfügbarkeit entsprechend geschulter und für die Verrichtung der in Betracht kommenden gewerblichen Arbeiten geeigneter Personen erfolgen. Die Tätigkeit des Betriebshelfers ist auf die Verrichtung unaufschiebbarer Arbeitsleistungen im Betrieb beschränkt, die üblicherweise von der Wöchnerin außerhalb des Haushaltes erbracht wurden.

(3) Wird Betriebshilfe nicht im Wege der Beistellung einer Arbeitskraft durch den Versicherungsträger erbracht, so gebührt ein tägliches Wochengeld nach Maßgabe des Abs. 1.

(4) entfällt

(5) Das tägliche Wochengeld beträgt 25,57 € und ist in einem Betrag im Nachhinein auszuzahlen. An die Stelle dieses Betrages tritt ab 1. Jänner eines jeden Jahres der unter Bedachtnahme auf § 51 mit dem jeweiligen Anpassungsfaktor (§47) vervielfachte Betrag.

(6) Der Eintritt der Schwangerschaft ist dem Versicherungsträger spätestens am Beginn des dritten Monats vor der voraussichtlichen Entbindung unter Anschluss eines ärztlichen Zeugnisses über den Zeitpunkt der voraussichtlichen Entbindung zu melden.

(7) aufgehoben (BGBl I 2000/92, BGBl I 2001/33).

(8) Stirbt eine Wöchnerin bei der Entbindung oder während des Bestehens eines Anspruches auf Betriebshilfe oder Wochengeld, so ist die Leistung bis zum Ablauf

der Leistungsdauer nach Abs. 1 an denjenigen weiterzugewähren, der für den Unterhalt des Kindes sorgt.

Begründung:

Die Anspruchsberechtigung auf Leistungen der Betriebshilfe (des Wochengeldes) soll entsprechend den Bestimmungen der § 102 Abs. 5 GSVG und § 102a Abs. 1 GSVG allen weiblichen Personen zustehen, die aufgrund einer Erwerbstätigkeit nach diesem Bundesgesetz in der Krankenversicherung pflichtversichert sind.

In den Gesetzesmaterialien zu BGBl 1997/139 (zu Art. 11, Änderung des Betriebshilfegesetzes) wurde festgehalten, dass durch Übernahme des Wochengelds/der Betriebshilfe und der Teilzeitbeihilfe in den Leistungskatalog der Krankenversicherung nach dem GSVG und dem BSVG u. a. auch den Neuen Selbständigen (§ 2 Abs. 1 Z 4 GSVG idF des Entwurfes) die Inanspruchnahme der Betriebshilfeleistungen ermöglicht werden sollte.

Auf Grund der sehr unterschiedlichen Tätigkeiten der Neuen Selbständigen, die in zahlreichen Fällen auf persönliche, nicht vertretbare oder erlernbare Fähigkeiten abstellen (beispielsweise Schriftstellerin, Tänzerin), so dass eine vorübergehende Übernahme dieser Tätigkeiten durch eine Betriebshilfe aufgrund der stark personenbezogenen Elemente nicht möglich bzw. unter dem Aspekt des Wettbewerbs und der Sicherung eines erworbenen Kundenstocks auch nicht tunlich ist, erscheint die geltende Regelung nicht geeignet, die beabsichtigte Entlastung dieser Gruppe selbständig Erwerbstätiger auch tatsächlich zu erreichen.

Der örtliche Aspekt der Tätigkeit, der durch den wiederholten Bezug auf den Betrieb – und die Lage desselben – zum Ausdruck kommt (Abs. 4, der jene Tatbestände festlegt, unter denen die Voraussetzungen nach Abs. 3 nicht erfüllt sein müssen, stellt insbesondere darauf ab) spielt bei der großen Gruppe der Neuen Selbständigen, die eine Betriebsanlage im herkömmlichen Sinn gar nicht eingerichtet haben und größere Flexibilität bezüglich des Ortes der Berufsausübung aufweisen als Gewerbetreibende, eine untergeordnete Rolle.

Aufgrund des Überwiegens der persönlichen Komponente im Rahmen der betrieblichen Tätigkeit und mangels Vorliegens eines Ausnahmetatbestandes vom Abs. 3 würde somit einer große Gruppe schutzwürdiger Versicherter entgegen der Intention

des Gesetzgebers die Pflichtleistung der Betriebshilfe aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft gar nicht zugute kommen können.

Die sich daraus ergebende Konsequenz einer faktischen Ungleichbehandlung von selbständigen Müttern, die sich in ihrem Betrieb durch eine Betriebshilfe vertreten lassen können und anderen, insbesondere Neuen Selbständigen, ist im Hinblick auf die in den erwähnten Gesetzesmaterialien zum Ausdruck kommende Zielrichtung nicht länger zu rechtfertigen, weshalb in allen Fällen, in denen Betriebshilfe nicht im Wege der Beistellung einer Arbeitskraft durch den Versicherungsträger erbracht wird, ein tägliches Wochengeld gebühren soll.

Stellungnahme des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger

zu Artikel 3

35. Novelle zum BSVG

Zu Art. 3 Z 5 und 6 - §§ 76, 76a BSVG bzw. 120, 120a und 447f Abs. 7 Z 2 ASVG – Organspende

Die Neuregelung der Organspende wird ausdrücklich begrüßt.

Allerdings ergibt sich durch die Aufhebung des § 76 Abs. 2 BSVG im neu geschaffenen § 76 Abs. 1 BSVG eine notwendige Zitatskorrektur, da der § 76 BSVG in der vorgeschlagenen Fassung nunmehr keine Unterteilung in Absätze mehr aufweist.

Ebenso ist das Gesetzeszitat in § 447f Abs. 7 Z 2 ASVG zu berichtigen.

Zu Art. 3 Z 7 - §§ 77 Abs. 2, 84 Abs. 2 BSVG bzw. 122 Abs. 3a, 134 ASVG – Schutzfrist

Die Maßnahme bedarf nach Auffassung der SVB jedoch der Ergänzung in den §§ 84 Abs. 2 BSVG bzw. 134 ASVG, da nach den genannten Bestimmungen die Leistungen der Krankenbehandlung im konkreten Fall mit 26 Wochen befristet sind.

Es erscheint systematisch inkonsequent dies bei der Zahnbehandlung zu unterlassen, da gegebenenfalls wiederum eine Ungleichbehandlung die Folge wäre.

Ergänzungsvorschlag zu § 80 BSVG – Kostenbeteiligung

Im § 80 Abs. 3 BSVG lautet die lit. h:

„Bei Leistungen der Krankenbehandlung, der Zahnbehandlung mit Ausnahme von Kieferregulierungen sowie Krankentransporten für Angehörige gemäß § 78 Abs. 2 Z 2-6 und Abs. 4.“

Gemessen an vergleichbaren bundesgesetzlichen Regelungen weist das BSVG für Angehörige in direkter Linie in der Krankenversicherung die umfassendste Kostenbeteiligung auf.

Der Ministerialentwurf eines 2. SRÄG 2009 ist Ausdruck des politischen Willens, die individuelle Kostenbeteiligung der Versicherten im Krankheitsfall zu begrenzen (vgl. § 31 Abs. 2 Z 4 bzw. Abs. 5a ASVG idF des Entwurfes).

Da die Kostenbeteiligung für Angehörige vom Versicherten zu tragen ist, kommt die vorgeschlagene Maßnahme sowohl den Versicherten als auch ihren Angehörigen zugute.

Ergänzungsvorschlag zu § 87 BSVG – Kostenbeteiligung

§ 87 Abs. 2 BSVG lautet:

„Die Kosten der Heilbehelfe werden vom Versicherungsträger nur dann übernommen, wenn sie höher sind als 20% der Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG). 10 % der Kosten, gerundet auf Cent, mindestens jedoch 20 % der Höchstbeitragsgrundlage sind vom Versicherten zu tragen; § 80 ist anzuwenden.“

Im § 87 Abs. 2a BSVG entfällt der Ausdruck „(§ 80)“

Im § 87 Abs. 3 BSVG lautet der erste Halbsatz:

„Die Mindestkostenbeteiligung gemäß Abs. 2 gilt nicht für ständig benötigte Heilbehelfe, ...“

Im § 87 Abs. 4 BSVG entfällt im ersten Halbsatz der Ausdruck „(§ 80 Abs. 2)“ sowie in lit. a der Ausdruck „(Angehörigen)“

Im § 87 Abs. 8 BSVG lautet der letzte Satz:

„Die Mindestkostenbeteiligung gemäß Abs. 2 gilt in diesen Fällen nicht.“

Spätestens seit der Einführung einer Rezeptgebührenobergrenze gemäß § 31 Abs. 4 Z 16 ASVG idF des BGBl. I Nr. 101/2007 ist der politische Wille vorherrschend, die individuelle Kostenbeteiligung der Versicherten im Krankheitsfall zu begrenzen, auch der Ministerialentwurf eines 2. SRÄG 2009 setzt diesen Weg kontinuierlich fort (vgl. § 31 Abs. 2 Z 4 bzw. Abs. 5a ASVG idF des Entwurfes).

Dieser Leitlinie folgend dient der gegenständliche Novellierungsvorschlag der Rücknahme der individuellen Kostenbeteiligung beim Bezug eines Heilbehelfes nach dem BSVG von derzeit 20 % auf 10 % der anfallenden Kosten, ohne die in der Krankenversicherung nach allen Bundesgesetzen vorherrschende Systematik der grundsätzlichen Kostenbegrenzung nach unten in Frage zu stellen, sodass die angestrebte Entlastung der Versicherten vordringlich im höheren Preissegment zum Tragen kommt.

Zu den Bestimmungen im Einzelnen

Zu § 87 Abs. 2 BSVG

Nach derzeitiger Rechtslage ergibt sich der vom Versicherten zu tragende Kostenanteil in Höhe von 20 % der anfallenden Kosten durch den gesetzlichen Ver-

weis auf § 80 BSVG, welcher eine generelle Kostenbeteiligung des Versicherten in Höhe von 20 % der tatsächlich angefallenen Kosten vorsieht, soweit nichts anderes bestimmt ist.

Falls die so errechneten 20 % eine betraglich vorgegebene Mindesthöhe unterschreiten sollten, bestimmt § 87 Abs. 2 BSVG darüber hinaus, dass der vom Versicherten zu tragende Kostenanteil mindestens 20 % der Höchstbeitragsgrundlage gemäß § 108 Abs. 3 ASVG zu betragen hat (dies entspricht für das Jahr 2009 einem Betrag von € 26,80).

Durch die Normierung eines ausdrücklichen prozentuellen Ausmaßes des Kostenanteils in § 87 Abs. 2 BSVG wird einerseits die Nichtanwendung der Generalklausel sichergestellt, andererseits bleibt die Anwendung der sonstigen Regelungen des § 80 BSVG weiterhin gewährleistet.

Zu § 87 Abs. 2a, 3, 4 und 8 BSVG

Durch die ausdrückliche Normierung eines eigenständigen Kostenanteils im § 87 Abs. 2 BSVG ändert sich das rechtliche Gesamtgefüge, sodass generelle Verweise auf § 80 BSVG nicht mehr opportun erscheinen, da durch sie der fälschliche Eindruck einer 20%igen Kostenbeteiligung entstehen könnte.

Der Systematik nach allen anderen Bundesgesetzen folgend (vgl. insbesondere § 137 Abs. 3 ASVG) ist es aber ebenso erforderlich, die vormaligen Verweise auf Abs. 2 zu korrigieren, da anderenfalls überhaupt keine Kostenbeteiligung greifen würde, obwohl in diesen Fällen lediglich die Mindestkostenbeteiligung in Höhe von 20 % der Höchstbeitragsgrundlage sistiert werden soll.

Stellungnahme des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger

zu Artikel 4

35. Novelle zum B-KUVG

Zu Art. 4 Z 8 - § 56 Abs. 6 B-KUVG – Leistungsanspruch

Die einleitende Wiederholung des Leistungsanspruchs ist überflüssig, da dies schon in § 56 Abs. 1 B-KUVG festgeschrieben ist.

Für den Bereich des B-KUVG ist die Formulierung überdies systemwidrig, da hier dem Angehörigen selbst (und nicht dem Versicherten für den Angehörigen) der Leistungsanspruch zukommt. Sie sollte daher entfallen.

Systematisch sollte sich die geplante Bestimmung auf die Definition jener Personen beschränken, die zusätzlich – d. h. soweit nicht schon eine Mitversicherung aufgrund einer anderen Bestimmung besteht – als pflegende Angehörige beim pflegebedürftigen Versicherten mitversichert sind.

Die ausdrückliche Nennung des Ehegatten und des „Haushaltsführers“ erscheint daher entbehrlich.

Darüber hinaus sollte festgelegt werden, dass die Pflege nicht in Erwerbsabsicht erfolgen darf. Im Hinblick darauf wird folgende Formulierung vorgeschlagen:

„Als Angehörige gelten auch Personen, die mit dem Versicherten in gerader Linie oder bis zum vierten Grad der Seitenlinie verwandt oder verschwägert sind, ferner Wahl-, Stief- und Pflegekinder, sowie Wahl-, Stief- und Pflegeeltern, wenn sie den Versicherten mit Anspruch auf Pflegegeld zumindest in Höhe der Stufe 3 nach § 5 des Bundespflegegeldgesetzes oder nach den Bestimmungen der Landespflegegeldgesetze unter erheblicher Beanspruchung ihrer Arbeitskraft in häuslicher Umgebung ohne Erwerbsabsicht pflegen.“

Stellungnahme des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger

zu Artikel 5

Änderung des DAG

Zu Art. 5 Z 1 - § 3 DAG – Ausgleichsfonds / Überweisungen

Durch die vorgesehene Änderung fließen dem Ausgleichsfonds € 15.000,-- jährlich zu, da der KV-Anteil aus der Dienstgeberabgabe von (23,5 %) von den Betriebskrankenkassen nicht mehr an den Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkasse abgeliefert, sondern direkt einbehalten wird.

In diesem Zusammenhang regen wir an, dass der KV-Anteil der Dienstgeberabgabe überhaupt bei der einhebenden Gebietskrankenkasse verbleiben sollte.

Weiters scheint in dieser Bestimmung ein redaktionelles Versehen unterlaufen zu sein.

Bei der Änderung des § 3 DAG wird übersehen, dass mit der derzeitigen Formulierung der 2. Satz des § 3 leg. cit. entfielen („76,5% der Erträge aus der Dienstgeberabgabe dienen der Finanzierung der Pensionsversicherung und sind vom einhebenden Krankenversicherungsträger an die Pensionsversicherungsanstalt zu überweisen;...“) und dadurch das Schicksal der verbleibenden 76,5 % unklar wäre.

Aufgrund des nach den Erläuterungen angestrebten Regelungszwecks der Änderung kann es sich dabei aber nur um ein Redaktionsversehen handeln und wäre daher der Gesetzestext richtig zu stellen.