

# Bericht

## des Gesundheitsausschusses

**über den Antrag 1215/A der Abgeordneten Gabriela Schwarz, Ralph Schallmeiner, Kolleginnen und Kollegen betreffend ein Bundesgesetz, mit dem das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz geändert wird**

Die Abgeordneten Gabriela Schwarz, Ralph Schallmeiner, Kolleginnen und Kollegen haben den gegenständlichen Initiativantrag am 14. Jänner 2021 im Nationalrat eingebracht und wie folgt begründet:

„Im § 75a ASVG, der den Aufwandsatz des Bundes für die in die Krankenversicherung einbezogenen Bezieher/innen von Leistungen der Bedarfsorientierten Mindestsicherung beinhaltet, soll die sprachliche Ergänzung auf ‚Leistungen der Sozialhilfe oder der Bedarfsorientierten Mindestsicherung‘ in Anpassung an das Sozialhilfe-Grundsatzgesetz, BGBl. I Nr. 41/2019, erfolgen.

An der inhaltlichen Ausgestaltung des Aufwandsatzes ergibt sich dadurch keine Änderung.“

Der Gesundheitsausschuss hat den gegenständlichen Initiativantrag in seiner Sitzung am 22. Februar 2021 in Verhandlung genommen. An der Debatte beteiligten sich außer der Berichterstatterin Abgeordneten Ing. Mag. (FH) Alexandra Tanda die Abgeordneten Dr. Werner Saxinger, MSc, Mag. Gerald Locker, Ralph Schallmeiner und Philip Kucher sowie der Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz Rudolf Anschober und der Ausschussobmann Abgeordneter Mag. Gerhard Kaniak.

Im Zuge der Debatte haben die Abgeordneten Gabriela Schwarz und Ralph Schallmeiner einen Abänderungsantrag eingebracht, der wie folgt begründet war:

**„Zu den Z 2 bis 7 und 10 (§§ 733 und 746 Abs. 4 ASVG):**

Auf Grund der Fortdauer der Pandemie wird der zeitliche Geltungsbereich der Zahlungserleichterungen um drei Monate verlängert. Die befristete Verzugszinsenreduktion wird an den neuen Zeitraum angepasst.

**Zu den Z 8 und 9 (§§ 742, 742a und 742b ASVG):**

Eine umfassende Teststrategie stellt bei der Bekämpfung der COVID-19-Pandemie in Österreich bis zur Umsetzung der flächendeckenden Durchimpfung der Bevölkerung eine wichtige Maßnahme dar, um durch die Erfassung infizierter Personen eine rasche Unterbrechung von Infektionsketten zu gewährleisten und in weiterer Folge das Gesundheitssystem vor Überlastung zu schützen.

Essentieller Bestandteil ist dabei das breite Angebot von - kostenlosen - Testmöglichkeiten für die unterschiedlichen Zielgruppen, weshalb die Testkapazitäten laufend weiter ausgebaut werden.

Neben den bewährten Teststraßen und der Möglichkeit der Testung durch niedergelassene Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sollen durch die gegenständliche Novelle nun zwei weitere Angebote geschaffen werden:

Zum einen sind die öffentlichen Apotheken ab dem 8. Februar 2021 berechtigt, COVID-19-Tests an den nach den jeweiligen Bundesgesetzen krankenversicherten Personen und ihren anspruchsberechtigten Angehörigen durchzuführen. Zielgruppe sind jene Personen, die keine Symptome einer Infektion mit SARS-CoV-2 aufweisen, und ein negatives Testergebnis beispielsweise für die Inanspruchnahme einer körpernahen Dienstleistung oder einen Besuch in einem Alten- oder Pflegeheim benötigen. Die öffentlichen Apotheken erhalten pro durchgeführtem Test ein pauschales Honorar in Höhe von 25 Euro,

welches sich aus zehn Euro für das Test-Kit und die Abstrichnahme sowie 15 Euro für Dokumentation sowie Information und Aufklärung der Kundinnen und Kunden inklusive Ausstellung eines Ergebnisnachweises zusammensetzt.

Zum anderen können ab dem auf den Tag der Kundmachung folgenden Tag durch die öffentlichen Apotheken SARS-CoV-2-Antigentests zur Eigenanwendung an die bezugsberechtigten Personen (dies sind die nach den Bundesgesetzen krankenversicherten Personen und ihre anspruchsberechtigten Angehörigen, sofern diese vor dem 1. Jänner 2006 geboren wurden) abgegeben werden, wobei pro Monat jeweils eine Packung zu fünf Stück auf Rechnung des Krankenversicherungsträgers abgegeben werden darf. Für die Abwicklung erhalten die öffentlichen Apotheken ein pauschales Honorar in Höhe von zehn Euro pro abgegebener Packung (= fünf Stück). Damit sind Kosten für die Distribution durch den Großhandel, der gesamte logistische Aufwand, die Konfektionierung, die Beratung und die Bereitstellung einer schriftlichen Kundeninformation abgegolten.

Die Verrechnung der Honorare beider Maßnahmen erfolgt seitens der öffentlichen Apotheken im Wege der Pharmazeutischen Gehaltskasse an die gesetzlichen Krankenversicherungsträger. Den Krankenversicherungsträgern sind die tatsächlichen Kosten für die Honorare sowie die damit verbundenen Verwaltungsaufwendungen durch den Bund aus dem COVID-19-Krisenbewältigungsfonds zu ersetzen.

**Zu Z 11 (§ 748 Abs. 1 ASVG):**

Durch die vorgeschlagene Änderung soll der in § 748 ASVG vorgesehene Kostenersatz des Bundes für die Implementierung der für den Elektronischen Impfpass notwendigen Software auch auf Vertragsambulatorien sowie auf jene Wahlärztinnen und Wahlärzte bzw. Wahl-Gruppenpraxen, die am 31. Dezember 2020 an das e-card-System angeschlossen waren, ausgedehnt werden.

Darüber hinaus wird klargestellt, dass der Kostenersatz in Höhe von maximal 1300 Euro auch die Kosten für die Anschaffung eines Scanners (in Höhe von 50 Euro) umfasst.

**Zu Z 12 (§ 750 ASVG):**

Der Dachverband der Sozialversicherungsträger hat die nach den Bundesgesetzen krankenversicherten Personen und deren anspruchsberechtigte Angehörige, welche am 1. März 2021 der COVID-19-Risikogruppe (entsprechend der Verordnung BGBl. II Nr. 203/2020) zugeordnet waren, und bis 1. April 2021 noch keine Impfung gegen SARS-CoV-2 erhalten haben über ihr erhöhtes Risiko, schwer an COVID-19 zu erkranken, und die Möglichkeiten zur Inanspruchnahme der kostenlosen Impfung gegen SARS-CoV-2 einmalig zu informieren. Für die Information ist nicht Voraussetzung, dass ein Risikoattest nach § 735 Abs. 2 ASVG bzw. § 258 Abs. 2 B-KUVG ausgestellt wurde.

Diese Maßnahme ist Teil der COVID-19-Impfstrategie, welche das Ziel verfolgt, eine möglichst hohe Durchimpfungsrate zu erreichen und dadurch schwere Krankheitsverläufe und Tod durch COVID-19 zu vermeiden. Die genannten Personengruppen haben ein erhöhtes Risiko, schwer an COVID-19 zu erkranken, sodass ihre Impfung daher von Priorität ist.

Festzuhalten ist, dass dem Dachverband die für die Identifikation der Personen, die der COVID-19-Risikogruppe angehören, erforderlichen Daten (insbesondere Daten über verordnete Arzneimittel) weitgehend vorliegen. Aufgrund der nach § 2 Abs. 2 der COVID-19-Risikogruppe-Verordnung bestehenden Möglichkeit, die Zugehörigkeit zur Risikogruppe auch bei anderen als den in § 2 Abs. 1 dieser Verordnung aufgezählten medizinischen Indikationen zu attestieren, kann es allerdings auch Fälle geben, in denen Personen zwar der Risikogruppe angehören, dies aus den dem Dachverband vorliegenden Daten jedoch nicht ersichtlich ist. Die Informationspflicht des Dachverbandes kann sich daher nur auf jene Personen erstrecken, deren Zugehörigkeit zur Risikogruppe aus den vorhandenen Daten ableitbar ist. Ergänzend zu den unselbständig beschäftigten Personen, die nach § 735 Abs. 1 ASVG bzw. § 258 Abs. 1 B-KUVG über ihre Zuordnung zur COVID-19-Risikogruppe informiert wurden, sind von der gegenständlichen Regelung nunmehr auch selbständig Erwerbstätige, Arbeitslose und anspruchsberechtigte Angehörige umfasst.

Um die in Betracht kommenden Personen ermitteln zu können, ist ein Abgleich mit dem zentralen Impfregeister erforderlich. Der Dachverband wird daher berechtigt, diese Daten einmalig mit eigenen Daten abzugleichen. Die Verwendung der Daten für sonstige Zwecke ist unzulässig und die Daten sind nach der Verarbeitung unverzüglich zu löschen. Nach § 24f Abs. 5 GTeIG 2012 erfolgt eine Protokollierung der Datenverarbeitung, es wird jedoch gesetzlich vorgesehen, dass die Protokollierung eine Anmerkung hinsichtlich des verfolgten Zweckes erhält.

Die aus dieser Maßnahme resultierenden Aufwendungen (Sach- und Personalkosten) sind dem Dachverband durch den Bund aus dem COVID-19-Krisenbewältigungsfonds zu ersetzen.“

Bei der Abstimmung wurde der Gesetzentwurf unter Berücksichtigung des oben erwähnten Abänderungsantrages der Abgeordneten Gabriela **Schwarz** und Ralph **Schallmeiner** mit Stimmenmehrheit (**dafür:** V, S, G, **dagegen:** F, N) beschlossen.

Als Ergebnis seiner Beratungen stellt der Gesundheitsausschuss somit den **Antrag**, der Nationalrat wolle dem **angeschlossenen Gesetzentwurf** die verfassungsmäßige Zustimmung erteilen.

Wien, 2021 02 22

**Ing. Mag. (FH) Alexandra Tanda**

Berichterstatterin

**Mag. Gerhard Kaniak**

Obmann

