

DIE VERSICHERUNGS RUNDSCHAU

Zeitschrift der Österreichischen Gesellschaft für Versicherungsfachwissen

48. JAHRGANG

APRIL 1993

NR. 4

Szenarien der gesetzlichen Krankenversicherung im EG-Binnenmarkt*

MAG. NORBERT VANAS**

Die Zielsetzung des EWR-Vertrages unterscheidet sich deutlich von den Gemeinschaftsverträgen. Der EWR-Vertrag steht auf einer völkerrechtlichen Grundlage und sieht keine Übertragung von Souveränitätsrechten auf gemeinschaftliche Organe vor. Demgegenüber regeln die Gemeinschaftsverträge nicht nur Rechte und Pflichten zwischen den Vertragsparteien, sondern entfalten auch unmittelbare Wirkung.

Während es Ziel der Gemeinschaftsverträge ist, zu konkreten Fortschritten auf dem Weg zur europäischen Integration beizutragen, geht es beim EWR darum, zwischen den sieben EFTA-Staaten und den zwölf EG-Staaten binnenmarktähnliche Bedingungen zu schaffen.

I. Einführung — Die Europäische Integration

Schon der Gründungsvertrag der EWG aus dem Jahre 1957 hat sich die Errichtung eines Gemeinsamen Marktes zum Ziel gesetzt.

Im Juni 1985 hat die EG-Kommission in Form eines „Weißbuches“ einen Siebenjahresplan zur Vollendung des Binnenmarktes bis Ende 1992 vorgelegt; es wurde vom Europäischen Rat im Juli 1986 angenommen. Zum „Gemeinsamen Markt“ kam so die Konzeption des Binnenmarktes hinzu, mit dem Ziel, die Wettbewerbsfähigkeit Europas zu stärken. Das Weißbuch enthält jene Vorschläge, die der Verwirklichung des Binnenmarktes dienen sollen. Es enthält eine Fülle zu setzender Rechtsakte. Dazu gehört die erste größere Änderung des EWG-Vertrages durch die einheitliche Europäische Akte, die Mitte 1987 in Kraft getreten ist. Sie hat unter anderem durch die verstärkte Zulassung von Mehrheitsentscheidungen (allerdings nicht in dem uns hier interessierenden Sozial- und Gesundheitsbereich — ich komme darauf später noch zurück) und eben die Vorgabe des Termines für die Realisierung des Binnenmarktes dem europäischen Integrationsprozeß neue Impulse gegeben.

Im Mittelpunkt des Binnenmarktkonzeptes steht die Verwirklichung der vier Freiheiten, nämlich für Personen, Waren, Dienstleistungen und Kapital.

Dazu bedarf es

- der Beseitigung aller Hemmnisse beim Waren- und Personenverkehr und beim öffentlichen Auftragswesen,

* Vortrag vor der Österreichischen Gesellschaft für Versicherungsfachwissen vom 29. Oktober 1992.

** Mag. Norbert Vanas ist Generaldirektor-Stv. im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.

- der Schaffung der Freizügigkeit für Arbeitnehmer und Selbständige,
- der Liberalisierung des Kapitalverkehrs und
- der Beseitigung der Steuerschranken durch Harmonisierung der Mehrwert- und Verbrauchssteuern.

Für unsere Betrachtung von Interesse sind beim Warenverkehr die medizinischen Investitions-, Gebrauchs- und Verbrauchsgüter. Was den Personenverkehr anlangt, geht es nicht nur um beruflich bedingte Aktivitäten, wie im Falle von entsendeten Arbeitnehmern, sondern auch um private, wie im Fall der Urlauberbetreuung. Bei den Dienstleistungen geht es schließlich um ärztliche und pflegerische Leistungen sowie um Krankenhausleistungen.

Die Freizügigkeit der Arbeitnehmer bedeutet, daß ihnen in allen Mitgliedstaaten der EG ungeachtet ihrer jeweiligen Staatsangehörigkeit der freie Zugang zur Beschäftigung eröffnet ist. Artikel 48 Abs 2 EWGV ordnet zur Realisierung der Freizügigkeit die Abschaffung aller auf der Staatsangehörigkeit beruhenden unterschiedlichen Behandlungen der Arbeitnehmer in bezug auf die Beschäftigung, die Entlohnung und sonstige Arbeitsbedingungen an. Damit wird das allgemeine Diskriminierungsverbot von In- und Ausländern, wie es in Art 7 EWGV ausgesprochen ist, konkretisiert. Zusätzlich schafft Art 51 EWGV die Rechtsgrundlage für die Gemeinschaft, zur Koordinierung der verschiedenen Rechtssysteme der Mitgliedstaaten entsprechende Verordnungen für die Wanderarbeitnehmer zu schaffen. Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, daß die Freizügigkeit behindert würde, wenn ein Arbeitnehmer durch den Wechsel von einem Staat in den anderen Nachteile in der sozialen Sicherung hinnehmen müßte, etwa dadurch, daß er bereits erworbene Rechte verliert oder die notwendigen Anwartschaften nicht erfüllt.

Die Bestrebungen zur Gesamteuropäischen Integration beschränken sich aber nicht auf die EG allein, vielmehr hat man sich auch eine Vertiefung der Beziehungen von EG- und EFTA-Ländern zum Ziel gesetzt¹. Anfang 1989 hatte Jacques Delors vor dem Europäischen Parlament die Idee des Europäischen Wirtschaftsraumes — des EWR — mit den EFTA-Staaten vorgestellt. Der anschließend begonnene Oslo-Brüssel-Prozeß oder „Delors-Prozeß“ soll die Schaffung eines Europäischen Wirtschaftsraumes zum Ziel haben. Es ist geplant, bis Ende 1992 in den 12 EG- und den 7 EFTA-Staaten einen freien Waren-, Dienstleistungs-, Kapital- und Personenverkehr auf Grundlage des EG-Rechtes einzurichten.

Aus österreichischer Sicht stellt sich die Situation wie folgt dar:

Die eigentlichen Verhandlungen über die Aufnahme Österreichs in die EG werden erst nach Verwirklichung des Binnenmarktes im Jahr 1993 beginnen, der frühestmögliche Beitrittszeitpunkt ist somit das Jahr 1995. Die Teilnahme am EWR kann die Mitgliedschaft zur EG nicht ersetzen. Da aber mit Abschluß des EWR-Vertrages viele EG-Richtlinien schon vor dem allfälligen EG-Beitritt Österreichs Geltung erlangen müssen, käme es damit zu einer weitgehenden Vorwegnahme des von Österreich angestrebten Beitritts zur EG.

II. Die Entscheidungsstrukturen innerhalb der EG

Alle wesentlichen Rechtsakte der EG werden vom Ministerrat, auch kurz „Rat“ genannt, beschlossen. Er besteht aus Vertretern der Regierungen der einzelnen Mitgliedstaaten; er wird in der Regel auf Vorschlag der Kommission tätig.

¹ H. Steindl: EG, EWR und GATS; Österreichische Apotheker-Zeitung, 44. Jg, Folge 37, 15. September 1990.

Die Kommission ist ein aus 17 Mitgliedern bestehendes Kollegialorgan. Sie hat Initiativ-, Kontroll- und Exekutivaufgaben. Aufgrund ihres Initiativmonopols, das heißt sie plant und arbeitet Vorschläge für Rechtsakte des Rates aus, kommt ihr wesentliche Bedeutung für die Entscheidungen innerhalb der EG zu. Die Amtszeit der Kommissare beträgt 4 Jahre, an der Spitze der Kommission steht der Präsident. Auf dem Gebiet der Kontrolle hat sie das Recht, einen Mitgliedstaat vor dem Europäischen Gerichtshof zu verklagen.

Seit Inkrafttreten der Einheitlichen Europäischen Akte ist das Europäische Parlament zwar stärker in den Entscheidungsprozeß eingeschaltet, ohne aber unmittelbare gesetzgebende Rechte zu haben. Im Rechtsetzungsverfahren hat es ein Anhörungsrecht, weiters gewisse Kontrollrechte gegenüber der Kommission.

Eine bedeutungsvolle Instanz ist schließlich der Europäische Gerichtshof. Er hat über Anwendung und Auslegung der europäischen Verträge zu entscheiden. Gerade dort, wo es noch kein Gemeinschaftsrecht gibt, bilden die Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofes oft die Grundlage für Maßnahmen der Kommission.

III. Die Rechtsquellen der EG

Das primäre Gemeinschaftsrecht besteht vor allem aus den Gründungsverträgen der Europäischen Gemeinschaften und den von ihnen abgeschlossenen völkerrechtlichen Verträgen mit Drittstaaten. Die Gemeinschaftsverträge übertragen an die Gemeinschaftsorgane bestimmte Aufgaben; nur in diesem Rahmen können Rechtsakte gesetzt werden. Man spricht vom Prinzip der begrenzten Ermächtigung.

Artikel 189 EWG-Vertrag zählt die zum sekundären Gemeinschaftsrecht zählenden Rechtsakte auf: Es handelt sich um Verordnungen, Richtlinien, Entscheidungen, Empfehlungen und Stellungnahmen. Die beiden letzten sind zwar rechtlich nicht verbindlich, haben aber aufgrund der Autorität der EG-Organen trotzdem eine wichtige Funktion. Entscheidungen schließlich sind für die darin bezeichneten Adressaten verbindlich, seien es Mitgliedstaaten, Einzel- oder juristische Personen.

Als EG-Rechtsquellen von praktischer Bedeutung stehen die Verordnungen und Richtlinien im Vordergrund:

1. Verordnungen sind supranationale Rechtsvorschriften, die unmittelbar in allen Mitgliedstaaten wirksam sind; sie koordinieren unterschiedliche Rechtslagen der Mitgliedstaaten. Es handelt sich somit um Europäische Gesetze im materiellen Sinn.

2. Richtlinien sind Bestimmungen, die eine Angleichung der einzelstaatlichen Rechtsvorschriften zum Ziel haben (dies gilt im übrigen auch für Empfehlungen).

Die Regelungen der einschlägigen Verordnungen stehen später im Mittelpunkt der Erörterung.

IV. Die Organisationsformen der Gesundheitsversorgungssysteme in den einzelnen EG-Ländern

In sämtlichen EG-Staaten gibt es soziale Sicherungssysteme, die das Risiko der Krankheit abdecken, indem den kranken Bürgern unabhängig von ihrer sozialen Lage ärztliche Behandlung in und außerhalb von Krankenanstalten zur Verfügung gestellt wird. Unselbständig Erwerbstätige haben darüber hinaus einen Anspruch auf Lohnfortzahlung im Krankheitsfall.

Diese Sicherungssysteme sind in bezug auf die Organisation, auf die Leistungserbringung sowie auf die Finanzierung einschließlich der Frage der Kostenbeteiligung sehr unterschiedlich.

Hinsichtlich der Organisation gibt es staatliche Gesundheitsdienste oder auf Basis der Selbstverwaltung beruhende Krankenversicherungssysteme. Die Charakteristika der in Großbritannien, Irland, Dänemark und Italien bestehenden nationalen Gesundheitsdienste sind folgende:

- Die medizinischen Leistungen sind unentgeltlich,
- sie werden im wesentlichen aus Steuern und nur zu einem geringen Teil aus Beiträgen finanziert und
- von Ärzten erbracht, die Staatsangestellte sind (direkt oder indirekt).

Portugal, Spanien und Griechenland haben Mischsysteme mit Tendenz zu nationalen Gesundheitsdiensten.

In den übrigen 5 EG-Staaten, nämlich Deutschland, Frankreich und den Benelux-Ländern, gibt es hingegen Krankenversicherungssysteme. Sie sind dadurch gekennzeichnet, daß

- die Leistungen überwiegend oder ganz über Beiträge finanziert werden,
- die Beitragseinziehung und die Ärztehonorierung über Krankenkassen erfolgt und
- die Ärzte freiberuflich tätig sind, soweit sie sich niedergelassen haben und nicht mehr in einem Spital beschäftigt sind.

Mit Ausnahme von Frankreich, Belgien und Luxemburg herrscht das Sachleistungsprinzip; in den drei genannten Ländern wird hingegen grundsätzlich das Prinzip der Kostenerstattung angewendet.

Die Kostenbeteiligung der Patienten wird mit unterschiedlicher Intensität gehandhabt. Nur vier Länder kennen keine Selbstbeteiligung bei den Arztkosten. Es sind dies neben Deutschland noch Großbritannien, Spanien und Griechenland. Die drei letztgenannten heben auch für die Spitalsbehandlung keine Kostenbeteiligung von den Patienten ein. Bei den Arzneimitteln haben die meisten EG-Länder eine unterschiedlich hohe Kostenbeteiligung, nur in den Niederlanden sind die Medikamente für die Versicherten frei. Der Zahnersatz ist hingegen in allen EG-Ländern mit einer Kostenbeteiligung belegt. Heilbehelfe und Hilfsmittel müssen in Dänemark, Deutschland, Griechenland, Frankreich, Irland, den Niederlanden, Portugal und Großbritannien zum Teil von den Patienten mitfinanziert werden.

In allen EG-Staaten wird den Arbeitnehmern im Krankheitsfall der Lohn fortgezahlt. In Deutschland, Belgien, Italien (für die Angestellten), Luxemburg und Dänemark sind die Arbeitgeber arbeitsrechtlich zur Lohnfortzahlung verpflichtet. Wenn aber eine bestimmte Dauer überschritten wird, übernehmen die Krankenkassen oder der nationale Gesundheitsdienst diese Zahlungen. In Portugal, Spanien und für die Arbeiter in Italien fällt die Lohnfortzahlung in den Aufgabenbereich der Sozialversicherung. Vom Ergebnis her ist es auch in Großbritannien und Irland so, wo die Arbeitgeber zwar das Krankengeld auszahlen, diese Beträge aber auf ihre Beiträge zur Nationalversicherung anrechnen können.

In den übrigen Ländern bestehen Mischsysteme, in denen Arbeitgeber und Sozialversicherung gemeinsam für das Krankengeld aufkommen.

Mit Ausnahme von Deutschland wird in allen EG-Staaten das Krankengeld erst ein bis drei Tage nach der Krankmeldung bezahlt.

Die Unterschiede der Gesundheitsversorgungssysteme verlieren angesichts struktureller Änderungen an Bedeutung. So tragen die deutlichen Dezentralisierungstendenzen in Län-

dern mit nationalen Gesundheitsdiensten (zB im Vereinigten Königreich, in Italien, in Spanien) zum Abbau dieser Systemunterschiede bei.

Die Höhe der Gesundheitsausgaben pro Kopf korreliert weit weniger mit dem jeweiligen Systemtyp als vielmehr mit dem Bruttosozialprodukt pro Kopf.

Derzeit differieren die Gesundheitsausgaben pro Kopf in den einzelnen EG-Staaten um ein Vielfaches. Wenn der gemeinsame Markt zu einer Angleichung der wirtschaftlichen Leistungskraft führt, werden sich auch die Abstände bei den Gesundheitsausgaben verringern. Damit verbunden ist aber nicht automatisch eine Angleichung in den Strukturen der Leistungserbringung, der relativen Bedeutung der Ausgabensektoren oder der Staatsquote an den Ausgaben.

V. Die europäische Integration im Gesundheits- und Krankenversicherungswesen

A. Die Ebene des Europarates

Die Europäische Sozialcharta 1961 verpflichtet die Mitgliedsländer in ihrem Artikel 12 grundsätzlich zum Abschluß geeigneter zwei- oder mehrseitiger Abkommen mit dem Ziel, eine prinzipielle Gleichbehandlung der Angehörigen aller Vertragsstaaten zu erreichen.

Die Europäische Ordnung der sozialen Sicherheit aus dem Jahre 1964 hat als bloßes Standardsicherungsinstrument keine unmittelbaren Auswirkungen.

Zum Europäischen Abkommen über Soziale Sicherheit aus dem Jahre 1972 ist folgendes zu bemerken:

1. Es tritt an die Stelle bestehender bilateraler oder multilateraler Verträge über soziale Sicherheit, außer diese werden von einzelnen Staaten ausdrücklich aufrechterhalten.
2. Die Anwendung krankensicherungsbezogener Bestimmungen hängt gemäß Artikel 26 vom gesonderten Abschluß bi- oder multilateraler Vereinbarungen ab.
3. Staaten, die nicht Mitglieder des Europarates sind, können zum Beitritt des Europäischen Abkommens eingeladen werden. Aufgrund dieser Besonderheit, daß nämlich die Geltung nicht auf Mitgliedsländer beschränkt ist, wird die Einbindung der Staaten des ehemaligen Ostblocks auch ohne deren Mitgliedschaft im Europarat möglich.

B. Die Ebene der EG

Die EG hat keine Rechtsetzungsbefugnis hinsichtlich der Gesundheitsleistungen, der Erbringer dieser Leistungen und des Systems der Sozialen Sicherheit. Der Gründungsvertrag vom 25. März 1957 enthält in Artikel 117 lediglich die Absichtserklärung, die unterschiedlichen Sozialordnungen aufeinander abzustimmen, und zwar auf dem Weg des Fortschrittes. Gemäß Artikel 118 soll die EG-Kommission eine enge Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten in sozialen Fragen fördern. Artikel 121 EWG-Vertrag ermächtigt den Rat, der Kommission Aufgaben auf dem Gebiet der sozialen Sicherheit der aus- und einwandernden Arbeitskräfte zu übertragen. Man sieht daraus, daß den Gemeinschaftsorganen nur sehr punktuelle und insgesamt geringe Befugnisse eingeräumt werden. Daran hat auch die Einheitliche Europäische Akte aus dem Jahr 1987 kaum etwas geändert, weil die zentralen Bereiche der Sozialpolitik vom Anwendungsbereich des Mehrheitsprinzips ausgenommen wurden. Alle Schritte in Richtung einer Vereinheitlichung der sozialen Sicherungssysteme unterliegen weiterhin dem Einstimmigkeitsprinzip. Nach wie vor fallen die wichtigsten sozialen Angelegenheiten und die Gesundheitspolitik in die Kompetenz der einzelstaatlichen Gesetzgebung.

Die wichtigsten Zuständigkeiten der Gemeinschaft, die im Rahmen unseres Themas von Interesse sind, betreffen die Sicherung der Freizügigkeit der Arbeitnehmer und die Niederlassungsfreiheit.

Die derzeitige Ausgangslage ist die, daß mit einer EG-weiten Harmonisierung von Sozialvorschriften in absehbarer Zeit nicht gerechnet werden kann. Nicht nur die Weigerung Großbritanniens, weitergehende sozialpolitische Integrationsschritte mitzugehen, steht dem entgegen, sondern auch die Unterschiedlichkeit der bestehenden Systeme und Rechtsvorschriften.

Trotz allem aber gibt es Ansätze für eine europäische Sozialpolitik: Die Verabschiedung der Gemeinschaftscharta der sozialen Grundrechte im Jahre 1989 hat zwar nur den Charakter einer Absichtserklärung ohne zwingende rechtliche Wirkung, kann aber als beachtlicher gemeinschaftsrechtlicher Ansatz angesehen werden. In der Charta wird hinsichtlich der sozialen Sicherheit die schon im Gründungsvertrag niedergelegte Empfehlung wiederholt, die Annäherung der Systeme der sozialen Sicherheit anzustreben.

VI. Die Koordinierungsregeln der EG im Bereich der sozialen Sicherheit

Wie bereits erwähnt, bestehen in den EG-Staaten nach wie vor eigenständige Sozialleistungssysteme. Der EWG-Vertrag hat sich nämlich darauf beschränkt, die aus vielen Gründen unterschiedlichen Systeme der sozialen Sicherheit im Interesse der Freizügigkeit der Arbeitnehmer als eine der vier Grundfreiheiten des gemeinsamen Marktes zu koordinieren.

Wenn infolge der Vollendung des Binnenmarktes mehr Menschen jenseits der nationalen Grenzen erwerbstätig werden, stellt sich die Frage: Welcher Staat gewährleistet die Absicherung des einzelnen bei Krankheit und wie wird diese Sicherung garantiert, wenn die Erkrankung außerhalb des Landes erfolgt, dessen Schutzsystem der Betroffene angehört?

Dem Wanderungsbedürfnis wurde insoweit Rechnung getragen, daß Koordinierungsregelungen in Form von Verordnungen geschaffen worden sind. Sie entsprechen in ihrer Systematik den bestehenden zwischenstaatlichen Abkommen. Die Unterschiede zeigen sich vor allem darin, daß weitergehende Ansprüche geschaffen werden. Vorrangiges Ziel dieser Verordnungen ist es, Hindernisse aus dem Weg zu räumen, die dem Grundrecht der Freizügigkeit entgegenstehen.

Für den EWR ist die Übernahme dieses Koordinierungssystems vereinbart.

A. Die Verordnung 1408/71 und die Konsequenzen für Österreich^{2, 3, 4}

Im Mittelpunkt der Koordinierungsregeln stehen die EWG-Verordnung Nr 1408/71 des Rats vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern, und die Verordnung Nr 574/72 vom 21. März 1972 über die Durchführung der Verordnung Nr 1408.

² Bericht der Untergruppe 13 „Soziale Sicherheit“, Interministerielle Arbeitsgruppe für Europäische Integration eingesetzt vom Bundesministerium für auswärtige Angelegenheiten, Wien 1988.

³ H. Ivansits: Die Auswirkungen der EG-Verordnungen über Soziale Sicherheit auf das österreichische Sozialversicherungsrecht; Das Recht der Arbeit, 39. Jg, Nr 1, Februar 1989.

⁴ G. Ziniel: Sozialrecht: Österreich/EG, Soziale Sicherheit, Wien Nr 7/8 1990.

Durch Verordnung 1390/81 vom 12. Mai 1981 bzw 3795/81 vom 8. Dezember 1981 wurden diese Verordnungen auf die Selbständigen und ihre Familienangehörigen ausgedehnt.

Die Verordnungen über die soziale Sicherheit der Wanderarbeitnehmer beziehen sich nur auf die Systeme der sozialen Sicherheit, nicht aber zB auf die Sozialhilfe. Insoweit greift ergänzend die Verordnung (EWG) Nr 1612/68 ein, die, gestützt auf Art 49 EWGV, zur Freizügigkeit der Arbeitnehmer in der Gemeinschaft erlassen worden ist. Gemäß Art 7 dieser Verordnung darf ein Arbeitnehmer, der Staatsangehöriger eines Mitgliedstaats der EG ist, aufgrund seiner Staatsangehörigkeit im Herkunftsgebiet der anderen Mitgliedstaaten hinsichtlich der Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen, insbesondere im Hinblick auf Entlohnung, Kündigung und, falls er arbeitslos geworden ist, im Hinblick auf die berufliche Wiedereingliederung oder Wiedereinstellung, nicht anders behandelt werden als die inländischen Arbeitnehmer. Art 7 Abs 2 dieser Verordnung dehnt dieses Diskriminierungsverbot auf die „sozialen und steuerlichen Vergünstigungen“ aus. Nach der Rechtsprechung des EuGH gilt dies nicht nur für die Arbeitnehmer selbst, sondern auch für die Familienangehörigen.

1. Persönlicher Geltungsbereich (Artikel 2 der VO)

Die Verordnung gilt für die Staatsangehörigen der Mitgliedstaaten, Staatenlose und Flüchtlinge, die im Gebiet eines Mitgliedstaates wohnen, und für deren Familienangehörige und Hinterbliebene. Es muß sich dabei um Arbeitnehmer oder Selbständige handeln, die den Rechtsvorschriften eines oder mehrerer Mitgliedstaaten unterliegen, das heißt in einem Sozialversicherungssystem pflicht- oder freiwillig versichert sind oder von einem nationalen Gesundheitsdienst erfaßt werden.

Eine Geltung dieser Rechtslage für Österreich hätte im Unterschied zur Rechtslage aufgrund der von Österreich geschlossenen Sozialversicherungsabkommen folgende Auswirkungen:

Im Verhältnis zu den Mitgliedstaaten, mit denen Österreich im persönlichen Geltungsbereich beschränkte Abkommen geschlossen hat, würden neben den österreichischen Staatsbürgern und den Staatsangehörigen des jeweiligen anderen Staates auch die Staatsangehörigen der übrigen EG-Mitgliedstaaten in den Genuß der Rechtslage aufgrund der EG-Verordnungen (zB „Urlauberbetreuung“) gelangen. Für Österreich käme es zu einer Steigerung bei den zwischenstaatlichen Fällen. So kämen unter anderem in Belgien versicherte französische Staatsbürger in den Genuß einer aushilfsweisen Sachleistungsgewährung in Österreich. Aber auch für österreichische Staatsbürger ergeben sich Vorteile. Diese würden nämlich als bisher ausgeschlossene „Drittstaater“ auch im Verhältnis zwischen EG-Mitgliedstaaten, die neben den Verordnungen durch keine im persönlichen Geltungsbereich unbeschränkte Abkommen verbunden sind, aus der Rechtslage aufgrund der Verordnungen einen Nutzen ziehen.

Noch nicht vollzogen, aber in Diskussion ist die Ausweitung des persönlichen Anwendungsbereiches der Verordnungen auf Beschäftigte im öffentlichen Dienst, Studenten, Nichterwerbstätige und alle sonstigen in EG-Staaten versicherten Personen.

2. Gleichbehandlung (Artikel 3 der VO)

Die vom persönlichen Geltungsbereich erfaßten Personen, die in einem Mitgliedstaat wohnen, haben die gleichen Rechte und Pflichten wie die Staatsangehörigen dieses Mitgliedstaates. Die Gleichbehandlung umfaßt auch das aktive Wahlrecht bei der Wahl der Mitglieder von Organen sozialer Selbstverwaltungseinrichtungen.

Die von der Gleichbehandlung bestehende Ausnahme bezüglich des passiven Wahlrechts in Organe der Selbstverwaltung wird auch bei Geltung des EG-Rechtes weiterbestehen.

3. Sachlicher Geltungsbereich (Artikel 4 der VO)

Die Verordnung begründet keinen Anspruch auf alle Leistungen, die aufgrund eines nationalen Sozialsicherungssystems gewährt werden, sondern beschränkt die Anwendung auf die ausdrücklich aufgezählten Systemleistungen. Für die Krankenversicherung ergibt sich eine Änderung im Hinblick auf Irland, weil mit diesem Land kein die Krankenversicherung umfassendes Abkommen besteht. Durch die Verordnung würden auch zu diesem Staat diesbezügliche Beziehungen wirksam. Im EWR gilt dies auch für Island. Für in Österreich versicherte Drittstaatsangehörige bleiben die derzeitigen Abkommen in Geltung.

4. Zulassung zur freiwilligen Versicherung (Artikel 9 der VO)

Die Verordnung enthält eine Gleichstellung der Wohnsitze mit der Maßgabe, daß die betreffende Person nach den Rechtsvorschriften des ersten Mitgliedstaates als unselbständig oder selbständig Erwerbstätiger versichert war. Demzufolge könnten Personen mit Wohnsitz im EG-Ausland eine Selbstversicherung in der Krankenversicherung nach § 16 ASVG begründen, sofern Anknüpfungspunkte zur österreichischen Sozialversicherung vorliegen.

5. Anzuwendende Rechtsvorschriften

Für wandernde Arbeitnehmer sollen grundsätzlich nur die Sozialversicherungsvorschriften jenes Mitgliedstaates zur Anwendung kommen, in welchem die Beschäftigung ausgeübt wird. Es herrscht das Territorialitätsprinzip.

Bei Entsendung gelten für 12 Monate die Rechtsvorschriften jenes Mitgliedstaates, in dem der Arbeitnehmer vom entsendenden Unternehmen gewöhnlich beschäftigt wird (Einstrahlungsprinzip).

Grundsätzlich besteht somit nur in einem Mitgliedstaat eine Versicherungspflicht, selbst bei Erwerbstätigkeit in mehreren Mitgliedstaaten. Wenn eine Person gleichzeitig in einem Mitgliedstaat unselbständig und in einem anderen selbständig erwerbstätig ist, besteht die Möglichkeit einer Doppelversicherung.

Gleichwertige freiwillige Versicherungen in mehreren Mitgliedstaaten sind ebenso ausgeschlossen wie eine freiwillige Versicherung neben einer Pflichtversicherung, es sei denn, die innerstaatlichen Vorschriften lassen dies zu.

Im Unterschied dazu sehen die von Österreich geschlossenen Abkommen lediglich Kollisionsregelungen hinsichtlich ein und derselben Erwerbstätigkeit vor.

6. Besondere Bestimmungen im Bereich der Krankenversicherung (Artikel 18 bis 36 der VO)

Die speziellen Regelungen im Bereich der Krankenversicherung können folgendermaßen zusammengefaßt werden:

- Zusammenrechnung von Versicherungszeiten zur Erfüllung der jeweils national vorgesehenen Wartezeiten.
- Die in der Verordnung genannten Personen, die nicht im leistungszuständigen Mitgliedstaat wohnen, erhalten Sachleistungen nach den Vorschriften des Wohnstaates in folgenden Fällen:

1. Bei vorübergehendem Aufenthalt im Gebiet eines Mitgliedstaates sind Sachleistungen nur in medizinisch dringenden Fällen zu gewähren.
2. Unter den gleichen Bedingungen sind dem Leistungsberechtigten Sachleistungen bei Wohnsitzverlegung nach vorheriger Zustimmung des zuständigen Trägers zu gewähren.
3. Schließlich gilt dies für Patienten, die vom zuständigen Träger die Bewilligung erhalten haben, sich zwecks Vornahme einer angemessenen Behandlung in einen anderen Mitgliedstaat zu begeben.

Die Genehmigung darf vom zuständigen Träger dann nicht verweigert werden, wenn die betreffende Behandlung auch zum Leistungsprogramm des zuständigen Trägers gehört und diese Leistung im Wohnsitzstaat nicht rechtzeitig erbracht werden kann.

Eine Aufenthaltsnahme im Ausland mit dem Ziel, eine bessere medizinische Behandlung zu erreichen, ist daher nur dann möglich, wenn die entsprechende Leistung des zuständigen Trägers nicht rechtzeitig erbracht werden kann. Inhaltliche Verbesserungen des Leistungsanspruches gegenüber dem zuständigen Träger durch koordinierte Sachleistungshilfe ist daher nicht mehr möglich. Ursprünglich durfte die Genehmigung zur Ausreise wegen einer Behandlung nur dann verweigert werden, wenn eine angemessene Behandlung im Wohnsitzland möglich war.

Damit öffnete der EuGH den Zugang zum höchsten medizinischen Standard unter den Mitgliedsländern.

Die Neuregelung drängt hingegen den Anspruch auf international optimale Krankenbehandlung wieder zurück. Damit ist noch nichts darüber ausgesagt, wie einzelne Staaten tatsächlich vorgehen. Selbstverständlich kann der Anspruch auf bessere Krankenbehandlung eingeräumt werden.

Geldleistungen werden grundsätzlich vom zuständigen Träger nach dessen Vorschriften gewährt, wobei die Auszahlung durch den aushelfenden Träger vereinbart werden kann.

- Die Aufwendungen für Sachleistungen sind dem aushelfenden Träger entweder gegen Nachweis der tatsächlichen Kosten oder gegen Pauschalbeträge seitens des zuständigen Trägers in voller Höhe zu erstatten.

Für Österreich wäre die aushilfsweise Sachleistungsgewährung an Personen, die sich zwecks medizinischer Behandlung in ein anderes EG-Land begeben — außer im Verhältnis zu Deutschland und zu Belgien, wo dies die Abkommen vorsehen —, eine Neuerung. Mit der Möglichkeit einer Behandlung durch die jeweiligen Spezialisten im gesamten EG-Raum, die zur Betreuung der im jeweiligen Mitgliedstaat Versicherten vorhanden sind, käme es zu einer Besserstellung der krankenversicherten Österreicher. Dem stünde auf der anderen Seite unter Umständen eine weitere finanzielle Belastung der österreichischen Spitalerhalter gegenüber. Auf diese Problematik soll später noch eingegangen werden.

Die österreichischen Krankenanstalten hätten bei Geltung der EG-Verordnungen über die bestehenden Abkommen hinaus auch allfällige dänische, irische und isländische Betreuungsfälle zu übernehmen.

Eine weitere Änderung ergibt sich insoweit, als die Vertragsärzte der Gebietskrankenkassen zur Behandlung aller von der EG-Verordnung 1408/71 erfaßten EG-Bürger zu den geltenden Kassentarifen verpflichtet wären. Derzeit gilt dies nur im Verhältnis zu Grenzgängern und entsendeten Arbeitnehmern; für die quantitativ im Vordergrund stehende Urlaubsbetreuung bedarf es hingegen des Abschlusses von Sondervereinbarungen. Der Grund dieser Änderung liegt darin, daß entgegen der österreichischen Praxis (die Gesamtverträge mit den Ärzten fallen in den Abkommen nicht unter den Begriff „Rechtsvorschriften“) inner-

halb der EG auch die Vereinbarungen der Krankenversicherungsträger mit den Interessenvertretungen der Ärzte unter den Begriff „Rechtsvorschriften“ subsumiert werden.

Abschließend halten wir fest: Die Geltung des EG-Rechts hätte im Bereich der Krankenversicherung für Österreich eine einheitliche Rechtslage im Verhältnis zu allen EG- und EFTA-Staaten (im EWR) zur Folge. Im Hinblick auf die weitgehende materielle rechtliche Identität der EG-Verordnungen mit den von Österreich abgeschlossenen Sozialversicherungsabkommen hielten sich, wie vorhin dargestellt, die Änderungen zur derzeitigen Rechtslage hinsichtlich der finanziellen Auswirkungen in Grenzen.

VII. Mögliche Auswirkungen des EG-Binnenmarktes im Bereich der Leistungserzeuger und Leistungserbringer

1. Arzneimittel⁵

Im Bereich des Arzneimittelwesens gibt es über ein Dutzend Richtlinien. Im Vordergrund steht dabei die Arzneimittelsicherheit mit Regelungen über die Prüfung, Zulassung und Kontrolle von Arzneimitteln.

Arzneimittel dürfen entsprechend den EG-Vorschriften nur in Verkehr gebracht werden, wenn sie von der Behörde eines Mitgliedstaates zugelassen wurden. Die dafür geltenden Zulassungsbestimmungen sind EG-rechtlich festgelegt (durch eine eigene Prüfrichtlinie).

Neben der nationalen Zulassung wurde ein „Mehr-Staaten-Verfahren“ entwickelt, das sogenannte *kommunitäre Anerkennungsverfahren*. Ist in einem Mitgliedsland eine Zulassung erfolgt, werden noch 2 Mitgliedstaaten in das Verfahren einbezogen; nach der Beurteilung durch ein EG-Gremium erfolgt eine Empfehlung für den gesamten EG-Bereich.

Für biotechnologisch gewonnene Arzneimittel ist ein EG-einheitliches High-Tech-Verfahren vorgeschrieben, bei anderen technologisch hochwertigen Arzneimitteln kann es Anwendung finden. Im Hintergrund steht dabei, diesen Arzneimitteln den aufgrund der kostspieligen Forschung dann erforderlichen großen einheitlichen Markt zu sichern (Konzertierungsverfahren). (Abbildung 1)

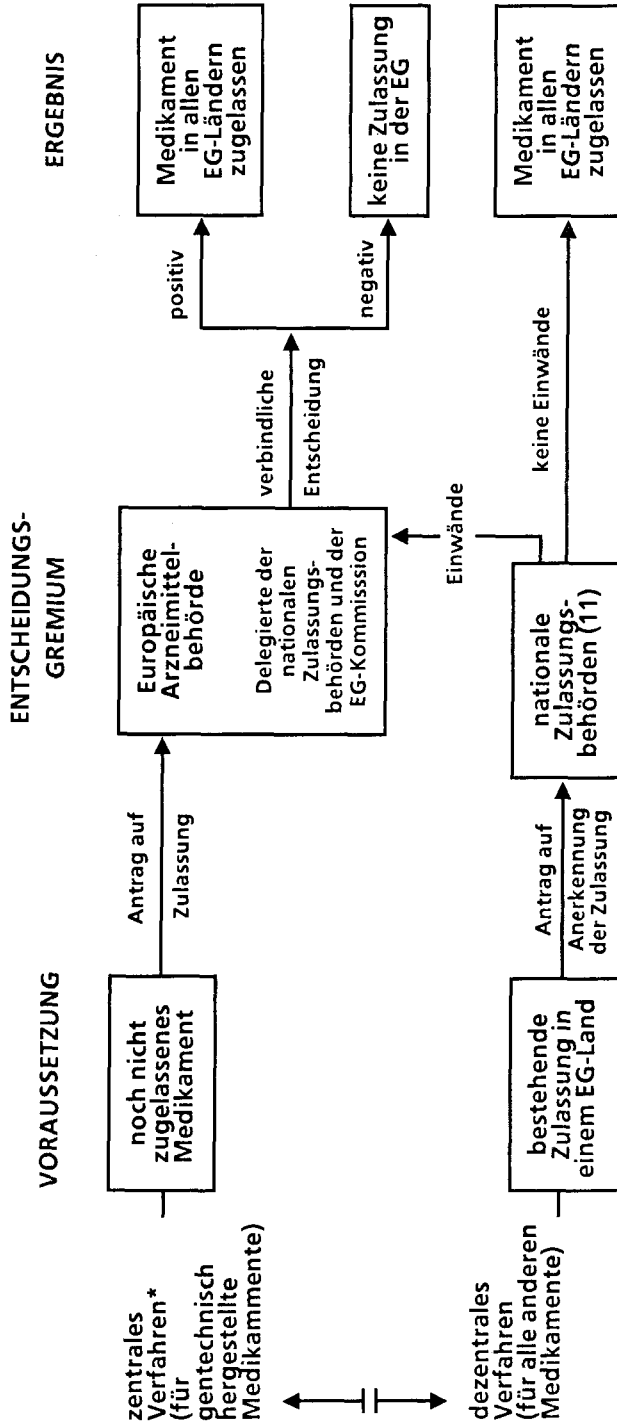
a. Geplante Arzneimittelzulassung in der EG ab 1993

Die Abbildung 1 zeigt den mit der geplanten Neuordnung der Arzneimittelzulassung 1993 deutlich verringerten Einfluß nationaler Zulassungsbehörden:

- Jede nationale Zulassung führt — falls vom Produzenten so beantragt — im Regelfall auch zur Zulassung in allen anderen Mitgliedsländern.
- Jeder nationale Einspruch gegen eine solche Zulassung führt zu einem Schiedsverfahren bei einer zentralen europäischen Zulassungsbehörde.
- Die europäischen Schiedsentscheidungen sind verbindlich (zB auch für das Land, das ursprünglich zuließ oder nicht zulassen wollte).
- Für gentechnisch hergestellte Medikamente muß und für Medikamente mit neuen Wirkstoffen kann der zentrale Zulassungsweg direkt gewählt werden.

⁵ H. Steindl: Arzneimittelrecht in der EG; Österreichische Apotheker-Zeitung, 43. Jg, Folge 44, 4. November 1989.

Geplante Arzneimittelzulassung in der EG ab 1993



* wahlweise für Medikament mit neuen Wirkstoffen

Basierend auf der Richtlinie 65/65/EWG sind Zulassungen hinkünftig nur 5 Jahre gültig. Bei Dokumentation des Vorliegens der Zulassungsvoraussetzungen ist eine Verlängerung um jeweils 5 Jahre möglich. Diese Revision der Zulassung erhöht zukünftig die Arzneimittelsicherheit.

Eine weitere Neuregelung betrifft die Generika. Ein neuer Zulassungsmodus in Form einer bezugnehmenden Antragstellung gewährt den Herstellern von Nachahmerprodukten Erleichterungen hinsichtlich der dem Zulassungsantrag beizufügenden Dokumentation. Grundlage dafür bildet ebenfalls eine EG-Richtlinie. Sie zielt ua darauf ab, Versuchspersonen und -tiere keinen unnötigen Belastungen auszusetzen.

Im März dieses Jahres hat der Rat der EG je eine Richtlinie betreffend die Information über Arzneimittel (92/27/EWG) und die Werbung (92/28/EWG) verabschiedet. Die entsprechende Umsetzung ist in der zur Begutachtung versandten AMG-Novelle vorgesehen.

Mit selbem Datum wurde die Richtlinie 92/26/EWG zur Einstufung bei der Abgabe von Arzneimitteln, die der Verschreibungspflicht unterliegen oder nicht der Verschreibungspflicht unterliegen, erlassen. Davon unberührt bleiben die Bestimmungen der einzelstaatlichen Systeme der sozialen Sicherheit über die Erstattung bzw Bezahlung verschreibungspflichtiger Arzneimittel.

Für die Zulassung homöopathischer Arzneispezialitäten ist eine EG-Richtlinie in Ausarbeitung. Ihr zu erwartender Inhalt wurde ebenfalls in die AMG-Novelle eingearbeitet.

Der Umstand, daß durch den Zeitraum zwischen der Einreichung einer Patentanmeldung für ein neues Arzneimittel und der Zulassung der tatsächliche Patentschutz verkürzt wird und damit die Amortisierung von Forschungsarbeiten nicht mehr gewährleistet ist, hat die EG-Verantwortlichen auf den Plan gerufen. Mit Verordnung vom 18. Juni 1992 (1768/92 EWG) hat der Rat die Schaffung eines ergänzenden Schutzzertifikates für Arzneimittel beschlossen. Die Dauer beträgt 5 Jahre, wobei die maximale effektive Schutzdauer von Patent plus Zertifikat 15 Jahre, gerechnet von der Zulassung, nicht überschreiten darf. Aufgrund einer Übergangsregelung können solche Schutzzertifikate für alle ab 1985 zugelassenen Arzneimittel ausgestellt werden, ein abweichender Zeitpunkt kann vereinbart werden.

Die Schaffung einer Europäischen Agentur für die Beurteilung von Medikamenten ist im Gespräch.

Hingegen soll in absehbarer Zeit weder eine Vereinheitlichung der Preisbildung bei Arzneimitteln erfolgen noch sollen die von den einzelnen Krankenversicherungssystemen oder Gesundheitsversorgungssystemen vorgegebenen Marktbeschränkungen geregelt werden.

Zu diesem Themenkomplex besteht eine Richtlinie, die sogenannte Transparenzrichtlinie. Sie verpflichtet die einzelnen Mitgliedstaaten, die Bedingungen der Preisbildung und des Zuganges zum Markt bei den Arzneimitteln offenzulegen.

Die Transparenzrichtlinie bedeutet nicht generell Preisgleichheit. Längerfristig wird auf diesem Weg aber ein Prozeß zur Preisangleichung der Arzneimittel in der EG eingeleitet.

Eine geplante europäische Arzneimitteldatenbank mit Informationen über Produkte, Preise und Tagesbehandlungskosten wird jedenfalls zu mehr Transparenz und damit zu Angleichungen führen.

In allen EG-Staaten gibt es in irgendeiner Form eine Rezeptpflicht. Der Anteil der rezeptpflichtigen Arzneimittel ist ebenso wie deren Umsatz unterschiedlich hoch, auch die Handhabung der Rezeptpflicht differiert. Trotz Rezeptpflicht sind da und dort Arzneimittel auch ohne Rezept erhältlich. Schließlich ist die Verordnung von Arzneimitteln nicht überall unbe-

dingt an Ärzte gebunden. Zu verweisen ist hier auf die in Deutschland, Dänemark, Großbritannien und Irland zugelassenen Heilpraktiker oder auch die Direktabgabe durch Apotheker.

Aufgrund der vorerwähnten Richtlinie ist in Österreich mit einer Lockerung der derzeit sehr rigoros gehandhabten Rezeptpflicht zu rechnen.

Mit der Zulassung durch die Gesundheitsbehörde ist noch nichts darüber ausgesagt, ob sich ein Arzneimittel auf dem Markt behaupten kann. In allen EG-Staaten wird der Absatz von Arzneimitteln entscheidend vom jeweiligen Versorgungssystem gesteuert. Dies kann durch Negativlisten (zB in Deutschland) oder Positivlisten (zB Frankreich, Italien) erfolgen. Bei ersteren wird festgelegt, welche Heilmittel nicht auf Kosten der Sozialversicherung bezogen werden können, im zweiten Fall wird festgelegt, für welche Heilmittel die Kosten übernommen werden.

Kostenbeteiligungen sind unterschiedlich geregelt, unter anderem differenziert nach Schwere der Erkrankung, nach dem therapeutischen Nutzen, nach dem Preis.

Allgemein wird nicht mit der Vereinheitlichung der Arzneimittelmärkte in der EG gerechnet. Die vollständige gegenseitige Anerkennung von Arzneimittelzulassungen ist nicht zu erwarten. Die verschiedenen medizinischen Traditionen führen zu unterschiedlichen Bewertungen in der Arzneimitteltherapie. Daraus resultiert wiederum eine unterschiedliche Zulassungspraxis der Gesundheitsbehörden der einzelnen Länder.

Während große Hersteller sich schon jetzt am gesamten EG-Markt orientieren, stehen für kleine Hersteller landesspezifische Produkte im Vordergrund.

Was die Preissituation anlangt, werden die Preise in den Hochpreisländern nicht nennenswert sinken, hingegen könnten in den Niedrigpreisländern auf Sicht die Preisregulierungsmaßnahmen an Wirksamkeit verlieren.

Aus österreichischer Sicht ist anzumerken, daß für die Genehmigung von Preisen und Preiserhöhungen Fristen und im Fall der Ablehnung ein Rechtsmittel vorzusehen sind. Letzteres gilt auch für die Ablehnung der Aufnahme eines Arzneimittels in das Heilmittelverzeichnis, die österreichische Version der Positivliste.

b. Medizinprodukte

Dazu gehören neben medizinischen Geräten Hilfsmittel und medizinische Gebrauchs- und Verbrauchsartikel. Die europäische Integration erfordert auch in diesem Bereich die Schaffung neuer einheitlicher Regelungen. Insgesamt 3 Richtlinien sollen diesen Bereich abdecken: Eine ist seit 1990 in Kraft (regelt Implantate), zwei weitere werden folgen.

In Österreich soll aus diesem Grund ein eigenes Medizinproduktegesetz geschaffen werden. In ihm wird die „Eurozulassung“ verankert werden, die einen hohen Sicherheitsstandard gewährleisten soll.

2. Apotheker⁶

Der europäische Arzneimittelverkehr ist durch ein weitgehendes Abgabemonopol für Arzneimittel in Apotheken und die gesetzliche Regelung der Apothekenniederlassung charakterisiert. Nicht weniger als 8 der 12 EG-Staaten haben das Abgabemonopol der Apo-

⁶ H. Steindl: EG und Apothekenkonzession?; Österreichische Apotheker-Zeitung, 42. Jg, Folge 22, 28. Mai 1988.

theken für Arzneimittel festgeschrieben, die Niederlassung ist in allen EG-Ländern gesetzlich festgelegt. Regelung der Niederlassung bedeutet nicht gleichzeitig deren Beschränkung. Neben Deutschland haben die Niederlande, Großbritannien und Irland weder das Abgabemonopol der Apotheker für Arzneimittel noch Beschränkungen der Niederlassungsfreiheit.

Gemäß der Richtlinie des Rates vom 16. September 1985, 85/432/EWG, bleiben die geographische Verteilung der Apotheken und das Abgabemonopol für Arzneimittel in der Zuständigkeit der einzelnen Mitgliedstaaten.

So hat Frankreich vor geraumer Zeit die Einwohnerzahlen pro Apotheke hinaufgesetzt. Die Spannweite reicht von 16.000 Einwohnern pro Apotheke in Dänemark bis zu 1.300 in Griechenland.

Die Richtlinie 85/433/EWG hat die gegenseitige Anerkennung der Diplome, Zeugnisse und sonstigen Befähigungsnachweise des Apothekers sowie Maßnahmen zur Erleichterung der Ausübung des Niederlassungsrechtes zum Inhalt.

Mit Beschluß des Rates 85/434 EWG wurden quantitative und qualitative Mindestanforderungen für das pharmazeutische Studium festgelegt.

Erfüllt ein Diplom eines EG-Landes diese Mindestanforderungen, so ist es in allen Mitgliedstaaten anzuerkennen. Unklar ist die Bestimmung hinsichtlich der Sprachkenntnisse. Zwar ist den Mitgliedstaaten auferlegt dafür Sorge zu tragen, daß die Begünstigten in ihrem eigenen und im Interesse der Klienten die nötigen Sprachkenntnisse erwerben, doch lehnt die Kommission eine Sprachprüfung ab. Darin sieht sie die Gefahr einer neuen Zulassungsbeschränkung. Was bleibt, sind Probleme der Aufsicht im Fall von Fehlleistungen.

Gemäß Art II Abs 2 der Richtlinie 85/433/EWG sind die Mitgliedstaaten nicht verpflichtet, der Approbation als Apotheker aus dem EWR-Ausland für die Gründung neuer, der Öffentlichkeit zugänglicher Apotheken Wirkung zu verleihen. Im Sinne dieser Richtlinie gelten als solche auch Apotheken, die vor weniger als 3 Jahren eröffnet wurden.

Auf das Erfordernis der österreichischen Staatsbürgerschaft als Voraussetzung der Konzessionserteilung muß verzichtet werden. Da sich aber die Verpflichtung zur gegenseitigen Anerkennung der Diplome nicht auf die Gründung neuer öffentlicher Apotheken bezieht, muß den Angehörigen anderer EG-Staaten kein Zugang zu neu zu errichtenden öffentlichen Apotheken gewährt werden.

3. Ärzte⁷

Mit Ausnahme von Belgien und Italien (hier steht die Einführung eines numerus clausus in Diskussion) beschränken alle EG-Staaten den Zugang zum Medizinstudium (Luxemburg hat keine medizinische Fakultät).

Bereits 1975 hat der Rat der EG Richtlinien für die gegenseitige Anerkennung der Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstigen Befähigungsnachweise des Arztes erlassen — 75/362 EWG. Die einzelnen EG-Staaten haben daher die Diplome der anderen Mitgliedstaaten anzuerkennen und ihnen die gleiche Wirkung zu verleihen wie den inländischen Zeugnissen.

Des weiteren bestehen „Richtlinien zur Koordinierung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften für die ärztliche Tätigkeit“.

⁷ J. Dock: Arztrecht und Annäherung Österreichs an die Europäische Gemeinschaft (EG); Österreichische Krankenhaus-Zeitung 32 (1991).

Mit einer 1986 verabschiedeten Richtlinie über die spezifische Ausbildung in der Allgemeinmedizin hat jeder Mitgliedstaat eine Ausbildung zum praktischen Arzt einzuführen, die qualitativen wie quantitativen Mindestanforderungen entspricht: Ab 1. Jänner 1990 gilt für Allgemeinmediziner

- Abschluß eines mindestens 6jährigen Studiums und
- mindestens 2jährige praktische Ausbildung danach.

Ab 1995 soll in allen EG-Staaten die Tätigkeit als praktischer Arzt im Rahmen des Sozialversicherungssystems vom Nachweis einer solchen Ausbildung abhängig sein. In den EG-Ländern, in denen der Studienabschluß Medizin die sofortige Berufsberechtigung vorsieht, bleibt die freie Niederlassung gleich im Anschluß ans Studium möglich, die Zulassung zum Kassenarzt hingegen bedarf dann der in der Richtlinie geforderten Ausbildung.

Ärzte aus Ländern mit sofort an das Studium anschließender Berufsberechtigung können sich auch in Ländern niederlassen, in denen die Berufsberechtigung noch an ein Praktikum gebunden ist.

Die Dauer der Facharztausbildung beträgt im EG-Bereich 3 bis 5 Jahre. Es gibt 2 Gruppen, nämlich Facharztbezeichnungen, die in allen EG-Ländern anerkannt werden, und solche, die es nur in einzelnen Ländern gibt. Dies bedeutet, daß grundsätzlich die nationale Regelung entscheidend ist. Wenn es in einem Mitgliedstaat eine Facharztbezeichnung gibt, ist die gleiche Facharztbezeichnung eines anderen EG-Staates anzuerkennen, soweit die festgelegte Mindestausbildungszeit erfüllt ist. Die Überprüfung, ob das Anforderungsprofil der Facharztausbildung in den betroffenen EG-Staaten gleich ist, ist nicht relevant.

Gleichzeitig bleibt es den Mitgliedstaaten unbenommen, von den eigenen Staatsangehörigen längere Ausbildungszeiten zu verlangen.

Was schließlich die Ausübung der ärztlichen Tätigkeit im Rahmen des jeweiligen Systems der sozialen Sicherung betrifft, kann jeder Mitgliedstaat die Bedingungen dafür selbst bestimmen. Gegen das Diskriminierungsverbot von Ausländern darf nicht verstoßen werden.

Die österreichische Ärzteausbildung entspricht den EG-Richtlinien schon jetzt. Es besteht keine Notwendigkeit, den Absolventen des Medizinstudiums die unmittelbare Berechtigung zur Berufsausübung zu verleihen. Auch das deutsche Recht sieht dies nicht vor, der Arzt im Praktikum läßt sich durchaus mit unserem Turnusarzt vergleichen. Die Turnusausbildung kann jedenfalls beibehalten werden. Um aber österreichischen Ärzten den Zugang zur Aus- und Fortbildung sowie zur Berufsausübung innerhalb des EWR zu erleichtern, ist ein Vorziehen von Teilen der praktischen Ausbildung in das Medizinstudium zu überlegen.

Ärzte aus EG-Mitgliedstaaten könnten sich in Privatpraxen jederzeit niederlassen. Als Barrieren gegen die Niederlassung wirken nur die Unterschiede der Sprache, der Kultur und der Erziehung. Bei Vorliegen einer 2jährigen praktischen Ausbildung müßten sie entsprechend den EG-Richtlinien so wie Österreicher zur Kassenpraxis zugelassen werden. Grundsätzlich kann am gegenwärtigen System der Kassenzulassung in Österreich festgehalten werden.

Für die Berufsausübung kann das Erfordernis der österreichischen Staatsbürgerschaft nicht bestehen bleiben. Konsequenz darauf ist für die EG-Ärzte die Eintragung in die Ärztesliste und die Pflichtmitgliedschaft zur jeweiligen Ärztekammer. Für Österreich jedenfalls scheint auch im Falle eines EG-Beitritts die Zuwanderung von Ärzten keine große Bedeutung zu haben.

Genau genommen gibt es keinen Gleichstand der Rechtssituation einwandernder Ärzte in den EG-Staaten. Gibt es die freie Kassenzulassung, haben sie die vollen Rechte, ist die Kassenzulassung beschränkt, ist auch die Freizügigkeit beschränkt.

*Tiemann*⁸ sieht den Konkurrenzdruck für die Ärzte unter den Bedingungen des Binnenmarktes weiter zunehmen. Die steigende Zahl der Ärzte wird zu einer Verschlechterung ihrer wirtschaftlichen Lage führen. Außerdem werden nicht alle Ärzte eine ihrer Ausbildung adäquate Tätigkeit ausüben können. Die notwendigen Finanzmittel für hochwertige Praxisinvestitionen können unter diesen Umständen nicht mehr von allen Ärzten aufgebracht werden. Negative Auswirkungen auf die Qualität der Behandlung sind nicht auszuschließen.

Es erübrigt sich fast festzustellen, daß damit der finanzielle Druck auf die soziale Krankenversicherung stärker wird.

So gesehen können bestehende Schwierigkeiten der Gesundheitsversorgungssysteme durch EG-Entwicklungen verschärft werden.

Nun noch zu den Zahnärzten, bei ihnen ergibt sich eine besondere Problemlage, als im EG-Raum der Zahnarzt einen eigenen Berufsstand bildet.

Die Richtlinie 78/686 EWG regelt die gegenseitige Anerkennung der Studienabschlüsse. Die richtlinienkonforme Ausbildung umfaßt eine mindestens 5jährige theoretische und praktische Ausbildung. Es handelt sich um einen eigenen Studiengang, der zB in Deutschland mit dem Dr. med. dent. abgeschlossen wird. Eine 3jährige weitere Ausbildung zum Fachzahnarzt ist möglich.

Da Österreich bei einem EG-Beitritt den Dr. med. dent. anerkennen muß, erscheint die schwerwiegende Benachteiligung für Österreicher in Form der Aufrechterhaltung einer achtjährigen Zahnarzt Ausbildung nicht vertretbar. Es wird daher auch in Österreich ein eigenes Zahnarztstudium eingeführt werden. Österreich hat im EWR für die Änderung der Zahnarzt Ausbildung eine Übergangsfrist bis 1999 ausgehandelt. Im Gespräch ist ein 6jähriger Ausbildungsgang für die neuen Zahnärzte, wobei eine Verlängerung der Ausbildung des Dr. med. dent. auf ebenfalls 6 Jahre, die innerhalb der EG diskutiert wird, im selben Zeitraum möglich erscheint.

Was die Kammerzugehörigkeit angeht, ist die Abspaltung der Zahnbehandler in Form einer eigenen Zahnbehandlerkammer ebenso denkbar wie eine Vertretung dieser Gruppe weiterhin unter dem Dach der Ärztekammer.

Wie schon angekündigt, wird hier noch auf die Frage der Urlauberbetreuung durch österreichische Ärzte eingegangen. Wären Vertragsärzte zukünftig verpflichtet, allen Staatsangehörigen von EG-Staaten die Leistungen der Krankenversicherung zu gewähren, wenn deren Zustand während eines Aufenthaltes in Österreich dies erfordert, ist dies derzeit bei Urlaubern nur dann der Fall, wenn eine Sondervereinbarung über die Honorierung zwischen Ärztekammer und Kasse zustandekommt.

Auf diese Weise war es möglich, die Ärztedichte in Fremdenverkehrsregionen den Bedürfnissen der Urlauber anzupassen. Zusätzliche Kassenplanstellen konnten vorgesehen werden unter der Voraussetzung, daß diese Ärzte die Rentabilität ihrer Praxen durch die Betreuung der ausländischen Urlauber sicherstellen können. Wenn dies zukünftig nicht mehr möglich ist, wird die Vergabe zusätzlicher Planstellen überdacht werden müssen.

4. Nichtärztliche Gesundheitsberufe

Für das Krankenpflegepersonal gibt es nach dem von der EG verfolgten Konzept der Anerkennung der Diplome eine Richtlinie des Rates (77/452/EWG), ebenso für die Hebammen

⁸ B. Tiemann: Die Vollendung des Binnenmarktes und ihre Konsequenzen für Ärzte und Zahnärzte; Informationsdienst Nr. 209 Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung eV Köln, Februar 1989.

men — Richtlinie 80/154/EWG. Die Diplombildung in der allgemeinen Krankenpflege entspricht dem in den EG-Richtlinien festgelegten Ausbildungsstandard; die dort nicht vorgesehenen Ausbildungsgänge für Kinderkranken- und Säuglingspflege sowie die psychiatrische Krankenpflege werden im jeweiligen Aufnahmestaat zu nostrifizieren sein.

Bei den Hebammen ist eine Verlängerung auf eine 3jährige Ausbildung notwendig; es wird aber aufbauend auf einem Krankenpflegediplom auch eine 18monatige Hebammenausbildung geben.

Hinsichtlich der medizinisch-technischen Dienste kam es bereits zu einer neuen gesetzlichen Regelung. Diese soll noch nicht bestehende EG-Richtlinien vorwegnehmen.

Für Psychologen und Psychotherapeuten gilt die allgemeine Richtlinie über die Anerkennung von Hochschuldiplomen. Für die Berufsausübung kann im Aufnahmestaat eine Eignungsprüfung oder ein Anpassungslehrgang vorgeschrieben werden.

Vor allem in den hochentwickelten europäischen Ländern herrscht großer Mangel an Pflegepersonal. Dies gilt auch für Österreich. An sich wäre hier eine erhöhte Mobilität der Arbeitskräfte wünschenswert. In den Aufnahmeländern soll daher ein Einführungslehrgang in puncto Sprachkenntnisse und eine Anleitung für den Erwerb von Kenntnissen und Fertigkeiten, die eine neue ausländische Pflegekraft nicht besitzt, angeboten werden.

Die traditionellen Wanderungsströme werden durch die Rechtssituation nur unwesentlich beeinflusst. Vielmehr sind die Antriebsgründe für eine Wanderung in der Wirtschafts- und Arbeitsmarktlage zu suchen.

5. Krankenanstalten⁹

Die angestrebte Freizügigkeit innerhalb des Binnenmarktes kann dazu führen, daß sich zukünftig eine zunehmende Zahl von Personen zur Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen in einen anderen EG-Mitgliedstaat begibt. Dabei stoßen wir auf zwei zentrale Fragestellungen, nämlich jene der Bedarfsplanung und jene der Finanzierung. Bereitet die Lösung dieser Probleme schon auf nationaler Ebene arge Schwierigkeiten, so kommt es jedenfalls durch einen im Steigen begriffenen Gesundheitstourismus zu einer zusätzlichen Verschärfung der Situation.

Wenn auch ausländische Krankenhausbetreiber schon jetzt über Gründung einer Kapitalgesellschaft die Möglichkeit haben, eine Krankenanstalt in Österreich zu errichten, so kann diese Tendenz nach dem Beitritt Österreichs zur EG noch viel stärker werden. Damit ist die Frage der Bedarfsprüfung, die im Errichtungsbewilligungsverfahren nach dem österreichischen Krankenanstaltenrecht eine wesentliche Rolle spielt, angesprochen. Es wäre denkbar, daß sie vom Europäischen Gerichtshof als Verstoß gegen die Erwerbsausübungsfreiheit bzw die Dienstleistungsfreiheit betrachtet wird.

Es sollte daher auf EG-Ebene ausdrücklich festgelegt werden, daß die Bedarfsplanung von Krankenanstalten in die Regelungskompetenz der einzelnen Mitgliedstaaten fällt. Krankenhausträger aus anderen Mitgliedstaaten der EG sollten, soweit sie in Österreich tätig werden wollen, die Bedingungen der stationären Versorgung im Planungsbereich des angestrebten Standortes erfüllen.

War das Augenmerk bisher stärker auf Privatspitäler gerichtet, stehen, wenn wir uns der Finanzierungsproblematik zuwenden, die öffentlichen Krankenanstalten im Vordergrund.

⁹ S. Tiemann: Mögliche Auswirkungen des offenen EG-Binnenmarktes auf die Nachfrage nach Leistungen deutscher Krankenhäuser; Das Krankenhaus Mai 1991.

Dabei ist nach der österreichischen Gesetzesterminologie mit dem Begriff „öffentlich“ nichts über die Rechtsträgerschaft ausgesagt — eine öffentliche Krankenanstalt kann ohne weiteres von einem Privaten betrieben werden —, vielmehr geht es darum, daß keine Gewinnerzielungsabsicht vorliegt.

Da bisher noch keine Maßnahmen zur Vereinheitlichung der Vergütung von Krankenhausleistungen gesetzt wurden, kann der vorhin erwähnte Gesundheitstourismus unerwünschte Folgen nach sich ziehen. In Ländern mit einem dualen Spitalsfinanzierungssystem käme es nämlich dazu, daß die Steuerzahler die grenzüberschreitende Inanspruchnahme der Krankenhausbehandlung anderer EG-Bürger finanzieren.

Betrachten wir nun die Situation in Deutschland und in Österreich:

Hinsichtlich der Bettenzahl pro Einwohner liegen beide Länder im Vergleich zu den übrigen EG-Staaten ziemlich an der Spitze. Hinsichtlich der Kosten je Pfl egetag liegen alle E G-Länder (ausgenommen Spanien, Portugal und Griechenland) beträchtlich über den deutschen und österreichischen Durchschnittssätzen. Während in Deutschland ein staatlich finanzierter Anteil von 7—8% dazukommt, ist für Österreich zu berücksichtigen, daß die amtliche Pflegegebühr nur zur Hälfte als Pflegegebührenersatz von der sozialen Krankenversicherung abgedeckt wird. Zur 50%igen Steuerfinanzierung kommt noch hinzu, daß schon in die Berechnung der amtlichen Pflegegebühren keine Abschreibungen eingehen.

Da die Einhebung eines Zuschlages für EG-Patienten im Hinblick auf das Gleichbehandlungsgebot aus rechtlichen Gründen nicht gangbar erscheint, gewinnt die Forderung nach Entwicklung von leistungsorientierten Vergütungssystemen für Krankenhausleistungen an Bedeutung.

Sollte in Österreich die leistungsbezogene Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) nicht realisiert werden, wurde bereits ein anderer Weg aufgezeigt, um dem hier geschilderten Dilemma entgegen zu können.¹⁰ Die Grundidee ist eine Spaltung der Pflegegebührenersätze abhängig vom jeweiligen Wohnort. Für in Österreich wohnende Versicherte bliebe beispielsweise der Pflegegebührenersatz im derzeitigen Ausmaß maßgebend, bei Wohnsitz außerhalb Österreichs müßte die amtliche Pflegegebühr bezahlt werden. Damit kämen nur EG-Bürger mit Wohnsitz in Österreich in den Genuß einer Betreuung zum begünstigten Pflegegebührenersatz, für alle anderen, wie eben auch die Gesundheitstouristen, würde die amtliche Pflegegebühr Anwendung finden. Dies gilt allerdings auch für eigene Versicherte mit Wohnsitz außerhalb Österreichs, was zahlenmäßig aber unbedeutend ist.

6. Private Krankenversicherung

Die private Krankenversicherung hat in den Niederlanden und in Deutschland nicht nur eine Ergänzungsfunktion zur gesetzlichen Krankenversicherung, sondern auch eine Substitutionfunktion. Für bestimmte Berufs- und Personengruppen kann eine private Krankenversicherung an die Stelle der gesetzlichen treten.

Sie wird innerhalb der EG in Zukunft an Bedeutung gewinnen. Dies auch deshalb, weil die Auswirkungen der Kostendämpfungsmaßnahmen im Bereich des Gesundheitswesens in vielen EG-Ländern zu einer verstärkten Nachfrage nach Leistungen der privaten Krankenversicherung geführt haben, wodurch die entstandenen Deckungslücken geschlossen werden sollen.

¹⁰ G. Linka, B. Spiegel: Welche Auswirkungen hätte das EG-Recht auf das österreichische System der Sozialen Sicherheit; Soziale Sicherheit, Wien Nr 2/1991.

VIII. Ausblick

1. Die Weiterentwicklung des EG-Sozialrechts

Die Freizügigkeit ist im geltenden EG-Recht auf selbständig und unselbständig Erwerbstätige und deren nächste Verwandte eingeschränkt. Derzeit ist es nicht in den Arbeitsprozeß eingegliederten Personen nur sehr eingeschränkt gestattet, sich in einem anderen Mitgliedstaat niederzulassen. Auf Dauer gesehen wird jedoch der Trend in Richtung uneingeschränkte Freizügigkeit gehen.

So wird eine Ausweitung des persönlichen Geltungsbereiches der Verordnung 1408/71 auf Beschäftigte im öffentlichen Dienst, Studenten und Nichterwerbstätige sowie auf die in einem Mitgliedstaat versicherten Angehörigen von Drittstaaten gefordert. Damit wären alle nach dem nationalen Recht der einzelnen EG-Staaten versicherten Personen erfaßt.

Der sich vorübergehend Aufhaltende erhält grundsätzlich nur jene Sachleistungen, die unverzüglich erforderlich sind. Im Falle einer dauernden Niederlassung in einem anderen Staat ist zur Erlangung voller Leistungsansprüche die vorherige Genehmigung des Versicherungsträgers des Heimatstaates erforderlich. Dasselbe gilt, wenn der fremde Staat zwecks Durchführung der Behandlung aufgesucht werden soll.

*Neumann-Duesberg*¹¹ wirft für die zukünftige Entwicklung der EG die Frage auf, ob diese Genehmigungskompetenzen aufrecht bleiben sollen.

Der Versicherte wird nämlich im Lichte der angestrebten Freizügigkeit kein Verständnis für solche Restriktionen aufbringen, zumal die Entscheidungspraxis der Staaten ziemlich unterschiedlich ist.

Eine Aufhebung der Voraussetzung der Genehmigung für die Behandlung von bestehenden Erkrankungen im Ausland hätte jedenfalls Auswirkungen auch auf innerstaatliche Regelungen. Wenn nämlich Leistungen außerhalb des eigenen Hoheitsgebietes ohne weiteres in Anspruch genommen werden können, werden innerstaatliche Beschränkungen auf ihre Sinnhaftigkeit mehr denn je zu überprüfen sein.

Allerdings ist für den Verzicht auf diese Genehmigungsmechanismen Einstimmigkeit unter den Mitgliedstaaten erforderlich. Es spricht nicht viel dafür, daß diese Einstimmigkeit zustandekommen wird. Derzeit herrscht bei einigen Ländern eine sehr restriktive Praxis bei der Anerkennung von aushilfsweise erbrachten Leistungen als „unverzüglich“, um hohe Erstattungskosten zu vermeiden.

Damit berühren wir ein weiteres Problem: Den finanziellen Ausgleich zwischen dem aus Helfenden und dem zur Zahlung verpflichteten Versicherungsträger. Wenn der Binnenmarkt dazu führt, daß die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen außerhalb des Heimatlandes steigt, muß der aushelfende Versicherungsträger vor ungerechtfertigten finanziellen Belastungen geschützt werden. Daher sind die bestehenden Verrechnungsmechanismen dahingehend zu verbessern, daß in Anspruch genommene Leistungen verursachungsgerecht in voller Höhe und möglichst rasch bezahlt werden. Noch immer dauert nämlich die Erstattung der verauslagten Kosten oft viele Monate bis über ein Jahr. Nachgedacht werden sollte auch über die Beseitigung dieser Zwischenfinanzierung zugunsten einer Direktabrechnung etwa in Teilbereichen.

Das heutige 2stufige System der Zugangsberechtigung zu einem Leistungserbringer in einem anderen EG-Mitgliedland, daß nämlich ein Legitimationspapier des zuständigen Ver-

¹¹ R. Neumann-Duesberg: Sozialrechtliche Aspekte des Europäischen Binnenmarktes — aus Sicht der Krankenversicherung; Die Betriebskrankenkasse 2/91.

sicherungsträgers zur Lösung eines „Krankenscheines“ des aushelfenden Trägers berechtigt, ist überholt und sollte vereinfacht werden. Die Einführung eines Europäischen Krankenscheines, noch besser einer Europäischen Krankenversicherungskarte ist längst im Gespräch. Wenn Ärzte oder Krankenhäuser sofort kontaktiert werden können, ohne daß vorher ein Betreuungsschein gegen einen „Krankenschein“ des aushelfenden Versicherungsträgers umgetauscht werden muß, effektiert das die Freizügigkeit ganz wesentlich. Im Vorfeld dazu ist aber eine Reihe von Fragen zu klären. Neben der Schaffung technischer Voraussetzungen bei den Leistungserbringern ist die Garantie, daß der zuständige Versicherungsträger die konsumierten Leistungen begleicht, von entscheidender Bedeutung. Zur Herstellung von Konsens unter den EG-Staaten ist etwa die Begrenzung auf eine bestimmte Geldsumme denkbar. Ein spezielles Problem dabei stellen die unterschiedlichen Selbstbeteiligungen dar. Hier bietet sich die Schaffung einer Clearingstelle als Lösungsmöglichkeit an. Schließlich muß bei einer solchen Lösung der Schutz der Versicherten vor Mißbrauch der Daten gewährleistet sein. Jedenfalls soll die Karte keine Gesundheitsdaten, sondern lediglich den Nachweis der Anspruchsberechtigung enthalten.

Eine Folge hat die Freizügigkeit jedenfalls: Der Verwaltungsaufwand wird aufgrund des steigenden Informations- und Beratungsbedürfnisses größer.

2. Die Rolle des Europäischen Gerichtshofes

Wie bereits aufgezeigt, liegt die Rechtssetzungskompetenz im Bereich der sozialen Sicherung nach wie vor auf der nationalen Ebene, die Gemeinschaftsorgane besitzen demnach nur sehr begrenzte Möglichkeiten. Einen Ansatzpunkt, von dem aus die EG in die nationale Gesundheitspolitik und in die Leistungssysteme der einzelnen Staaten eingreift, bildet immer wieder der Europäische Gerichtshof. Er interpretiert die Bestimmungen der Verordnung 1408/71 zumeist sehr extensiv und orientiert sich dabei an den im EWG-Vertrag festgelegten Grundfreiheiten, insbesondere am Freizügigkeitspostulat.

Ich verweise hier auf eine Entscheidung des Europäischen Gerichtshofes vom 23. April 1991. Darin hat er das Arbeitsvermittlungsmonopol der Deutschen Bundesanstalt für Arbeit in bezug auf Führungskräfte als Verstoß gegen die im EG-Vertrag normierte Dienstleistungsfreiheit qualifiziert. Auch wenn es sich dabei um ein anderes Gebiet handelt, wird daraus eines ersichtlich: Um die Auswirkungen eines EG-Beitrittes für Österreich beurteilen zu können, muß man sich neben den Rechtsvorschriften der Gemeinschaft verstärkt auch mit den Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofes auseinandersetzen.

*Marhold*² sieht im Lichte dieses Urteils mögliche Konsequenzen für die gesetzliche Krankenversicherung in Österreich:

„1. Nach dem vorliegenden Urteil sind auch die Sozialversicherungsträger Unternehmen im Sinne der gemeinschaftsrechtlichen Wettbewerbsregeln. Daß die gesetzliche Pflichtversicherung aller Erwerbstätigen ohne Rücksicht auf ihre Einkommenssituation den Wettbewerb zu Lasten privater ausländischer Versicherer mißbräuchlich verzerrt, würde ich annehmen. Eine echte Wahlmöglichkeit zwischen gesetzlicher und privater Versicherung oberhalb bestimmter Einkommensgrenzen wäre jedenfalls wettbewerbsneutraler.“

2. Als Nachfragemonopol nach Gesundheitsleistungen verstößt die beschränkte Zulassung von Ärzten zur Behandlung auf Krankenschein (Kassenarztsystem) meines Erachtens jedenfalls gegen die Erwerbsausübungsfreiheit ausländischer Ärzte und gegen die Dienstleistungsfreiheit.“

²F. *Marhold*: Das Monopol der Arbeitsämter ist rechtlich am Ende; Gewinn 7/8/91.

Ohne daß ich persönlich diese Meinung teile, sollte man sich auf alle Eventualitäten vorbereiten und notwendige Vorkehrungen rechtzeitig treffen, damit die Pflichtversicherung unabhängig von Einkommensgrenzen ebenso wie die Zulassung der Kassenärzte beibehalten werden kann.

So sehr ich mir bewußt bin, daß bei der Beurteilung von Gerichtsentscheiden Zurückhaltung geboten ist, möchte ich im folgenden auf bedenkliche Entscheidungen des EuGH eingehen.

Da ist zunächst der Fall PALETTA: Hier wurde einer ärztlichen Krankenbescheinigung volle Beweiskraft mit der Verpflichtung zur Lohnfortzahlung beigemessen, obwohl vier bei ein und demselben Arbeitgeber in Deutschland beschäftigte Familienangehörige schon zum wiederholten Male während des Heimaturlaubes gemeinsam für viele Wochen erkrankten. Dem Arbeitgeber die alleinige Last, einen unwiderlegbaren Beweis für eine Unkorrektheit der Krankenbescheinigungen zu erbringen, auferlegen, kommt einer Aufforderung zum Mißbrauch der Lohnfortzahlung recht nahe.

In der causa RÖNFELDT hat der EuGH entschieden, daß Ansprüche, die auf bilateralen Abkommen beruhen, nicht durch das Gemeinschaftsrecht geschmälert werden dürfen. Damit hat sich der EuGH über Art 6 der EG-Verordnung 1408/71 hinweggesetzt. Nach dieser Vorschrift tritt nämlich das Gemeinschaftsrecht im Rahmen seines persönlichen und sachlichen Geltungsbereiches an die Stelle der bilateralen Abkommen. Dieses Urteil widerspricht nicht nur der Hierarchie der Normen, sondern bringt große administrative Probleme mit sich. Es würde nämlich eine doppelte Prüfung erfordern. Schließlich könnte die Konsequenz sein, daß alle bilateralen Abkommen aufgekündigt werden müssen.

Schließlich erwähne ich noch das Urteil im Fall BARBER. Die diesbezügliche EuGH-Entscheidung lautet, daß Renten, die aufgrund eines an die Stelle des gesetzlichen Systems getretenen betrieblichen Systems gezahlt werden, in den Anwendungsbereich des Art 119 EWG-Vertrag fallen, der gleiches Entgelt bei Männern und Frauen vorsieht. Mit dieser Entscheidung ignoriert der EuGH eine EWG-Richtlinie, die den Mitgliedstaaten ein System der betrieblichen Altersversorgung mit unterschiedlichen Altersgrenzen für Männer und Frauen gestattet. Ferner negiert der EuGH den Umstand, daß im gegenständlichen Fall die betriebliche Altersversorgung an die Stelle einer gesetzlichen getreten ist. Daß aber unterschiedliche Altersgrenzen für Männer und Frauen im gesetzlichen System erlaubt sind, ist klargestellt.

Obwohl der EuGH die Wanderarbeitnehmer-Verordnungen selbst als Koordinierungsinstrument einstuft, deren Zweck nicht die Harmonisierung der unterschiedlichen nationalen sozialen Sicherungssysteme ist, führen seine Urteile oft zu einem gegenteiligen Ergebnis. Wenn sich nämlich die Rechtsprechung an den günstigsten Regelungen der einzelnen Systeme orientiert, entsteht neben nationalem Recht und dem koordinierenden Gemeinschaftsrecht eine dritte Sozialversicherungsordnung. Dabei wird der Wille der Mitgliedstaaten, keine Harmonisierung der Sozialversicherungssysteme zu wollen, mißachtet.

3. Keine Harmonisierung der Sozialsysteme¹³

Weder jetzt noch in absehbarer Zeit wird es zu einer völligen Harmonisierung der nationalen Systeme der sozialen Sicherheit kommen. Die großen Strukturunterschiede der einzel-

¹³ Die GVG zur Entwicklung der Systeme der sozialen Sicherung im Europäischen Binnenmarkt; Informationsdienst Nr 217 Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung eV Köln, Mai 1990.

nen Systeme der gesundheitlichen Versorgung sind durch die historische Entwicklung, die gesellschaftspolitischen Zielsetzungen und last but not least die wirtschaftliche Lage bedingt. Eine Gleichschaltung würde entweder die ärmeren Staaten finanziell heillos überfordern oder aber zu einer Verschlechterung der Versorgung der Bürger in den Ländern führen, wo diese sehr weit ausgebaut ist. Es besteht darüber Konsens, daß es zu keiner Niveausenkung im Sinne eines oft zitierten Sozialdumpings kommen darf. Darüber hinaus gibt es Zweifel an der Sinnhaftigkeit einer totalen Vereinheitlichung. Geht man nämlich davon aus, daß in allen EG-Staaten die Gesundheitssysteme gleich wären, hieße dies keinesfalls, daß auch die wirtschaftlichen Belastungen durch die Sicherung bei Krankheit gleich wären. Da unterschiedliche Krankheitsbilder und -zustände, die Ärztedichte und die Zahl und Ausstattung der Krankenanstalten stärkeres Gewicht haben als der rechtliche Rahmen, können organisatorisch gleichgeschaltete Systeme trotzdem unterschiedliche wirtschaftliche Auswirkungen haben.

Die Herstellung der Wettbewerbsfähigkeit innerhalb der EG ist somit kein Argument für die rechtliche Harmonisierung der nationalen Systeme.

Ich stimme mit Prof. *Eichenhofer*¹⁴ aus Osnabrück überein, der in seinem Aufsatz „Soziale Sicherheit bei Krankheit in Europa“ zum Ergebnis kommt:

„Wenn aber Wettbewerbsgründe die organisatorische Vereinheitlichung der verschiedenen Formen sozialer Sicherung bei Krankheit innerhalb der EG nicht gebieten und im übrigen viele nationale Systeme sozialer Sicherheit bei Krankheit untereinander koordiniert sind, so hieße es einem abstrakten Verlangen nach Einheitlichkeit nachzugeben, forderte man die organisatorische Vereinheitlichung.

Europa verlangt nicht nach Uniformität; ganz im Gegenteil — Europa verlangt danach, daß wir mit der gewachsenen Vielfalt umgehen und leben lernen.“

Wenn aber Gemeinschaftsentscheidungen entgegen allen Sonntagsreden über das Subsidiaritätsprinzip von Zentralismus und ins Detail gehenden Perfektionismus geprägt sind, darf sich niemand über eine Ablehnung durch den Bürger wundern. Der dänische Volksentscheid hat der Europäischen Union nicht den Todesstoß versetzen können und wollen. Er war aber sowohl für die Kommission als auch den EuGH ein deutlicher Fingerzeig dafür, daß ein Weniger an Zentralismus durchaus ein Mehr an Integration bedeuten kann.

¹⁴ E. *Eichenhofer*: Soziale Sicherheit bei Krankheit in Europa; Zeitschrift für Sozialhilfe und Sozialgesetzbuch ZfSH/SGB Heft 12, Dezember 1989.

Zur Haftung der Gesamtvertragsparteien für nicht kostendeckende Kassenarzhonorare

VON O. UNIV.-PROF. DR. HEINZ KREJCI, WIEN

Seit einigen Jahren hat sich die Auseinandersetzung zwischen Krankenkassen und Kassenärzten über die Honorarfrage erheblich verschärft. Im Zuge der diesbezüglichen Diskussionen wurde auch die Frage aufgeworfen, ob und inwieweit die Gesamtvertragsparteien beim Aushandeln neuer Honorarsätze an Grenzen zwingenden Rechts stoßen. In dieser Frage herrschte insbesondere auf Seite der Gesamtvertragsparteien, also seitens des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger und Krankenkassen einerseits und seitens der Ärztekammern andererseits weitgehend die Vorstellung vor, daß diesbezüglich vor allem im Hinblick auf die individuelle Situation der einzelnen Kassenärzte Gestaltungsfreiheit herrsche. Sofern einzelne Kassenärzte durch neue Honorarordnungen nicht mehr kostendeckend arbeiten könnten, wäre dies, so wurde überwiegend gemeint, deren eigenes Problem, das zu lösen allein bei ihnen als freie Unternehmer läge. Wer sich der neuen Honorarsituation nicht anpassen könne, müsse eben die Konsequenzen ziehen und seinen Kassenvertrag lösen. Daß es auch Kassenärzte gibt, die existentiell auf die Teilnahme am sozialversicherungsrechtlichen Leistungssystem angewiesen sind, wofür der Gesetzgeber durch Gewährung eines entsprechenden Kündigungsschutzes durchaus Verständnis zeigt, wurde dabei nicht als störend empfunden.

Mehrere konkrete Anlaßfälle, in welchen Kassenärzte infolge nicht kostendeckender Honorare insolvent wurden oder zumindest erhebliche Defizite erwirtschafteten, führten zur Frage, ob den Kassenärzten in derartigen Fällen in der Tat nur die Alternative bleibt, das Leistungssystem zu verlassen, oder ob nicht doch ein wie immer zu begründender Anspruch auf zumindest kostendeckende Honorierung bestehe.¹

Vor ziemlich genau zwei Jahren wurde ich von der Österreichischen Gesellschaft für Versicherungsfachwissen eingeladen, zu diesem Thema zu referieren.² Zu jener Zeit gab es noch keine höchstrichterliche Rechtsprechung zu dieser Thematik.

Nunmehr hat der OGH in einer ersten Entscheidung³ zur einschlägigen Thematik Stellung genommen. Der anhängige Fall wurde dadurch noch nicht endgültig entschieden, vielmehr ist nunmehr erneut das Erstgericht aufgerufen, den für eine Entscheidung maßgeblichen Sachverhalt näher zu klären. Einige grundlegende Aussagen zur umstrittenen Rechtsfrage wurden aber getroffen. Sie zwingen die Gesamtvertragsparteien dazu, ihre bisherigen Vorstellungen über die Grenzen ihrer kollektiven Gestaltungsmacht zu überdenken. Denn der OGH bestätigt, daß die Gesamtvertragsparteien grundsätzlich für kostendeckende Honorarregelungen zu sorgen haben und daß sie im Verhältnis zu den Vertragsärzten an jenen Gestaltungsrahmen gebunden sind, der in Fällen der Leistungsbestimmung durch den Vertragspartner oder durch Dritte anerkannt ist. Die Honorarsätze sind demnach unter Beachtung von Treu und Glauben so zu gestalten, daß die Honorarhöhe jedenfalls kostendeckend ist.

¹ Mehrfach hatte ich Gelegenheit, mich zu diesen Fragen gutachtlich zu äußern.

² Krejci, Über unerlaubte Honorarordnungen für Kassenärzte, VR 1991, 145 ff = FS Schwarz (1991) 401 ff; derselbe, Zulässigkeitsfragen gesamtvertraglicher Honorarordnungen des österreichischen Kassenarztsystems, VSSR 1991, 87 ff. Vgl in der Folge Krejci, Kassenärzte: Honorarordnungen rechts- und sittenwidrig? (1992); derselbe, Teilnichtige Honorarordnung: „Angemessenes“ Entgelt oder „vertragsfreier Raum“ für Kassenärzte? ZAS 1993, 3 ff.

³ OGH 16. 12. 1992, 2 Ob 20/92; die Entscheidung ist in diesem Heft der VR abgedruckt.

Ob und inwieweit Honorarordnungen, die sich nicht an diese Grundsätze halten, nichtig bzw. teilnichtig sind, sagt der OGH allerdings nicht. Das zwischen einer etwaigen Nichtigkeit unterdeckender Honorarordnungen und etwaigen Schadenersatzansprüchen der durch solche Honorarordnungen benachteiligten Vertragsärzte bestehende Spannungsverhältnis wird nicht näher untersucht. Der OGH beschränkt sich vielmehr auf die dessen ungeachtet durchaus brisante Aussage, daß Gesamtvertragsparteien, die sich nicht mit der gebotenen Sorgfalt um korrekte, dh im Einklang mit den Grundsätzen von Treu und Glauben stehende, die Interessenlage der Beteiligten hinreichend berücksichtigende Honorarsätze bemühen, einzelnen Vertragsärzten gegenüber ersatzpflichtig werden können, wenn die gesamtvertraglich vereinbarten Honorarsätze finanziell diskriminierend sind. Ausdrücklich bestätigt der OGH, daß die im rechtsgeschäftlichen Verkehr bei Abschluß von Verträgen anerkannten Sorgfaltspflichten, also die Grundsätze über die culpa in contrahendo, nicht nur im Verhältnis der Gesamtvertragsparteien zueinander bestehen, sondern sich auch auf all jene Personen erstrecken, die vom Gesamtvertrag zwingend mitumfaßt sind.

Mit diesen Aussagen hat der OGH zwar nicht alle im gegebenen Zusammenhang auftretenden Ordnungsfragen abschließend beantwortet, seine Aussagen lassen aber weiterführende Schlüsse zu:

So entfallen ein- oder drittseitige Vertrags- und Leistungsgestaltungen dann keine Rechtswirkung, wenn dabei die Grenze des Zulässigen überschritten wird. Dies spricht dafür, daß der OGH wohl eher die Ansicht teilt, daß unerlaubte Honorarordnungen unwirksam sind. Soweit es im Falle bloßer Teilnichtigkeit zum Erfordernis der Ausführung der dadurch entstehenden Lücke in der Honorarordnung kommt, stellt sich allerdings die weitere Frage, auf welche Weise diese Lücke zu füllen ist. Am ehesten durch eine Neuregelung durch die Gesamtvertragsparteien selbst. Es ist nur konsequent, eine diesbezügliche Verhandlungspflicht anzunehmen. Solange es aber zu keiner Einigung kommen sollte, bleibt zu fragen, ob die paritätische Schiedskommission dazu berufen ist, zumindest vorläufig das „angemessene“ Entgelt zu bestimmen, oder ob in diesem Falle von einem „vertragsfreien Raum“ gesprochen werden kann, der den Vertragsärzten erlaubt, für die infolge Nichtigkeit der Honorarregelung nicht honorierten Leistungen ein Privathonorar zu verlangen.⁴ Soweit dies der Fall ist, wird wohl die jeden Geschädigten treffende Schadenminderungspflicht dazu führen, daß sich der Vertragsarzt auf diese Weise bis zur Ergänzung der Honorarordnung durch die hiezu berufenen Gesamtvertragsparteien schadlos zu halten hat. Sollte dies wegen erhöhten Fernbleibens von Patienten und vergleichbarer Umstände nicht möglich sein, könnte dennoch an Ersatzansprüche gedacht werden. Darüber hinaus wird der Gedanke der Schadenminderungspflicht wohl auch dazu führen, daß sich der Vertragsarzt im Laufe der Zeit einer ihm fürs erste nachteiligen Struktur der Honorarordnung anzupassen hat, sollte dies insbesondere durch organisatorische Änderungen im Ordinationsbereich überhaupt möglich sein. Es ließen sich noch zahlreiche andere Fragen aufwerfen. Insbesondere die, ob und inwieweit schon die Unterdeckung einer einzigen Honorarposition zu deren Unerlaubtheit führt, selbst wenn andere Honorarpositionen so hoch dotiert sind, daß der Vertragsarzt im Ergebnis ohnehin schwarze Zahlen schreibt.

Daß der OGH auf all diese Fragen nicht näher eingegangen ist, darf niemanden zu Vorwürfen veranlassen. Der OGH war aus dem gegebenen Anlaß keineswegs dazu berufen, den gesamten Problembereich der gesamtvertraglichen Honorarfrage aufzufächern und zu lösen. Immerhin aber wurde ein höchst bemerkenswerter erster Schritt in die richtige Richtung getan. Der OGH hat den Gesamtvertragsparteien sehr deutlich vor Augen geführt, daß die

⁴ Vgl. hiezu Krejci, ZAS 1993, 3 ff.

Honorarpolitik in wohl noch höherem Maße, als dies bisher der Fall war, unter Beachtung rein sachlicher Gesichtspunkte, insbesondere betriebswirtschaftlicher Grundsätze gestaltet werden muß, mit denen sich wohl die Ärzteschaft selbst erst allmählich anzufreunden beginnt.

RECHTSPRECHUNG

301.

ABGB §§ 879, 1056: Die Ausübung des auf Leistungsbestimmung durch den Vertragspartner oder durch einen Dritten gerichteten Gestaltungsrechtes schafft verbindliches Recht, sofern das Ergebnis nicht offenbar unbillig ist. Offenbar unbillig ist ein solches Ergebnis dann, wenn die Maßstäbe von Treu und Glauben in gröblichster Weise verletzt wurden.

ASVG § 341 Abs 1: Die auf der Leistungsbestimmung durch den Vertragspartner oder Dritte fußenden Grundsätze sind sinngemäß auch auf die Fälle einer Fremdbestimmung der Vertragsärzte durch die Vertragspartner eines Gesamtvertrages anzuwenden.

ASVG § 342 Abs 1 Z 3: Einem Vertragsarzt ist ein berechtigtes Interesse daran zuzubilligen, iS des § 342 Abs 1 Z 3 kostendeckend honoriert zu werden. Dies schließt nicht aus, daß die Gesamtvertragsparteien unter Beachtung des Gesamtinteresses der Ärzteschaft einerseits und des gesetzlichen Auftrages der Sozialversicherung andererseits unter Bedachtnahme auf die Grundsätze von Treu und Glauben vom Instrumentarium einer regressiven Honorierung Gebrauch machen.

ABGB § 1295: Erfolgte der Abschluß des Gesamtvertrages und damit die Änderung der bisherigen Honorarordnung korrekt, das heißt: im Einklang mit den Grundsätzen von Treu und Glauben und unter ausgewogener und sachlicher Rücksichtnahme auf die dargestellte Interessenlage der Parteien, ist ein Schadenersatzanspruch eines Vertragsarztes ausgeschlossen.

Wurde aber unter Außerachtlassung dieser Sorgfaltspflichten dem Vertragsarzt dergestalt ein Schaden zugefügt, daß die Wirkungen der Honorarordnung eine fi-

nanzielle Diskriminierung der Arbeitsleistungen des Vertragsarztes zur Folge hatten, wäre sein Anspruch auf Ersatz des Schadens nicht von der Hand zu weisen; denn die im rechtsgeschäftlichen Verkehr anerkannten Sorgfaltspflichten bei Abschluß von Verträgen bestehen nicht nur im Verhältnis der Gesamtvertragsparteien zueinander, sondern erstrecken sich auch auf alle jene Personen, die vom Gesamtvertrag zwingend mitumfaßt sind.

Sachverhalt: Der Kläger ist Facharzt für Labor diagnostik. Er beehrte von seiner Ärztekammer und der für seinen Kassenzahnarztvertrag zuständigen Gebietskrankenkasse Schadenersatz in Höhe von S 850.900,— sA und beantragte die Feststellung, daß die Beklagten ihm auf Grund ihrer Mitwirkung an dem am 1. 1. 1990 abgeschlossenen Gesamtvertrag auch für zukünftige Schäden haften, weil die für den Kassenzahnarztvertrag zwingend verbindliche Honorarordnung eine äußerst scharfe Degressionsregelung der Punktebewertung für Laborleistungen enthalte, wodurch ab Geltung der neuen Honorarordnung der Laborbetrieb des Klägers nicht mehr kostendeckend arbeiten könne. Die Ärztekammer und die bezüglich der Honorarordnung zustimmungsberechtigte Gebietskrankenkasse hätten bei deren Vereinbarung gröblich gegen die sie treffenden Sorgfaltspflichten verstoßen.

Die Beklagten beantragten Zurückweisung der Klage, weil die Paritätische Schiedskommission zuständig und daher der Rechtsweg unzulässig sei. Ferner wurde Abweisung des Klagebegehrens beantragt.

Das LG Wien wies als Erstgericht am 18. 12. 1991, GZ 20 Cg 96/90-10, mit Beschluß die Einrede der Unzulässigkeit des Rechtsweges zurück und das Leistungs- und Feststellungsbegehren des Klägers mit Urteil ab.

Das OLG Wien als Rekurs- und Berufungsgericht gab am 21. 1. 1992, GZ 11 R 146,

147/91-15, dem Rekurs der erstbeklagten Partei gegen den Zurückweisungsbeschluß des Erstgerichtes keine Folge, hob aufgrund der Berufung des Klägers das erstgerichtliche Urteil auf und verwies die Rechtssache zur neuen Verhandlung und Entscheidung an das Erstgericht zurück.

Gegen den bestätigenden Beschluß des Revisionsgerichtes erhob die erstbeklagte Partei Revisionsrekurs mit dem Antrag, den angefochtenen Beschluß aufzuheben und die Klage wegen Unzulässigkeit des Rechtsweges zurückzuweisen. Überdies erhoben beide beklagten Parteien Rekurs gegen die Aufhebung des Ersturteils durch das Berufungsgericht.

Der OGH wies den Revisionsrekurs gegen den bestätigenden Beschluß des Revisionsgerichtes unter Berufung auf § 528 Abs 2 Z 2 ZPO zurück und erachtete überdies den Rekurs gegen die Aufhebung des Ersturteils durch das Berufungsgericht für zwar zulässig, aber nicht für berechtigt.

Aus den Entscheidungsgründen: Gegen den bestätigenden Beschluß des Revisionsgerichtes richtet sich der Revisionsrekurs der erstbeklagten Partei (der Ärztekammer) mit dem Antrag, den angefochtenen Beschluß aufzuheben und die Klage wegen Unzulässigkeit des Rechtsweges zurückzuweisen. Der Revisionsrekurs ist jedoch trotz des Ausspruches des Revisionsgerichtes, daß er zulässig sei, gemäß § 528 Abs 2 Z 2 ZPO zurückzuweisen, weil der angefochtene erstgerichtliche Beschluß zur Gänze bestätigt wurde. Da damit eine bindende Entscheidung über das eingewendete Prozeßhindernis der Unzulässigkeit des Rechtsweges vorliegt, könnte diese Frage auch von Amts wegen keiner weiteren Prüfung mehr unterzogen werden (SZ 28/265; SZ 61/278 uza).

Beide beklagten Parteien erheben auch Rekurs gegen die Aufhebung des Ersturteils durch das Berufungsgericht. Die Rechtsmittel sind im Hinblick darauf, daß unmittelbar verwertbare Vorjudikatur zum aufgeworfenen Rechtsproblem nicht vorliegt, zulässig, aber nicht berechtigt:

In den Mittelpunkt ihrer Rechtsmittelausführungen stellt die erstbeklagte Partei (Ärztekammer), daß die einzige Alternative zum vorgenommenen Vertragsabschluß der für alle Beteiligten mit Sicherheit nachteiligste, nämlich der vertragslose Zustand, gewesen wäre, den der Kläger im übrigen für sich auch dadurch erreichen könnte, daß er seine Verträge selbst auflöst. Die zweit-

beklagte Partei (Gebietskrankenkasse) stellt sich auf den Standpunkt, daß sie zwar mit dem Kläger in vertraglichen Beziehungen stehe, sie aber wieder an den Inhalt des Gesamtvertrages gebunden sei. Sie könne daher als Partner des Einzelvertrages nicht schuldhaft gehandelt haben. Auch der Umstand, daß sie dem Gesamtvertrag zustimmte, könne sie nicht schadenersatzpflichtig machen. Im übrigen sei sie weder sorglos noch pflichtwidrig beim Aushandeln des Vertrages vorgegangen und habe letztlich nicht selbst die Interessen der Ärzte zu vertreten.

Die Ausführungen der Rechtsmittelwerber sind jedoch nicht stichhältig, vielmehr sind die damit bekämpften Entscheidungsgründe des angefochtenen Urteils, das sich im wesentlichen auf die eingehende wissenschaftliche Bearbeitung des vorliegenden Rechtsproblems durch *Krejci*, Über unerlaubte Honorarordnungen für Kassenärzte, VR 1991, 145 ff, stützt, zutreffend. Das Rechtsproblem ist jedoch auch von anderer Seite her zu durchleuchten, zumal der Verfasser des genannten Artikels auch ein Privatgutachten im Auftrag des Klägers erstattet hat.

Der OGH hat sich — allerdings in anderen Zusammenhängen — schon mehrfach mit Fragen der vom Vertragspartner oder Dritten vorgenommenen Leistungsbestimmung befaßt (vgl etwa DRdA 1988, 235 und 1 Ob 30/91). Er kam zum Schluß, daß ein solches Gestaltungsrecht zwischen den Parteien — unter entsprechenden, hier nicht weiter zu untersuchenden Voraussetzungen — verbindliches Recht schafft, sofern der Gestaltungsberechtigte nicht die ihm schon durch den Vertrag selbst gesetzten Grenzen überschreitet oder aber das Ergebnis offenbar unbillig ist. Offenbar unbillig wäre ein solches Ergebnis dann, wenn die Maßstäbe von Treu und Glauben in größtlicher Weise verletzt wurden (SZ 53/104; 1 Ob 30/91 ua). Dieses Kriterium wird im besonderen Fall der verschiedentlich ausgestalteten Interessenlage der Beteiligten inhaltlich durch verhältnismäßige und von sachlichen Erwägungen getragene Rücksichtnahme auf die Interessen des Vertragspartners geprägt (vgl *Rungaldier*, Der Widerruf betrieblicher Sozialleistungen, FS Schwarz, 155). Es verbietet sich daher vorweg zu argumentieren, der Vertragspartner, dem die Regelung durch Gestaltung nicht paßt, könne ja überhaupt aus dem Vertrag aussteigen (vgl S 11 des Rekurses der erstbeklagten Partei); damit würde in völlig unsachlicher Weise auf dessen wirkliche Belange nicht eingegangen und jegliche

echte Rücksichtnahme auf dessen Interessen im Sinne der obigen Ausführungen außer acht gelassen. Es ist aber auch das Argument, man vertrete nur die eigene Interessensphäre (S 18 des Rekurses der zweitbeklagten Partei), kein zielführender Beitrag zur Lösung des Problems.

Die dargelegten, auf der Leistungsbestimmung durch den Vertragspartner oder Dritte fußenden Grundsätze (vgl hiezu SZ 58/45; SZ 56/32; JBl 1980, 151 = EvBl 1980/38 = MietSlg 31/31; alle mwN ua; *Aicher* in Rummel² Rz 6, 9 zu § 1056 mN; *Binder* in Schwimann Rz 2 f, 14 f zu § 1056; *Mayer-Maly* in Klang² IV/2, 257 ff; *Kozial – Welser*, Grundriß⁸ I 204 f in FN 12 f, 307 ff), sind sinngemäß auch auf die Fälle einer Fremdbestimmung durch die Vertragspartner eines Gesamtvertrages anzuwenden (*Krejci* aaO 154). Dabei kann dem weiteren Einwand der zweitbeklagten Partei, sie sei nur Zustimmungsberechtigte zum im übrigen vom Hauptverband mit den Ärztekammern ausgehandelten Gesamtvertrag (vgl § 341 Abs 1 ASVG) und somit außerhalb jeglicher Haftung, nicht gefolgt werden. Gerade dadurch, daß es in ihrer mit der beiderseitigen Interessenlage vertrauten Ingerenz lag, auf den Gesamtvertrag derart einzuwirken, daß er ohne ihre Zustimmung nicht wirksam wird, ist sie auch durch sinnvolle Ausnützung des ihr eingeräumten Zustimmungsrechtes verpflichtet, von sich aus auf die Beachtung jener Grundsätze im Gesamtvertrag zu drängen, wie sie oben als Ergebnis von Treu und Glauben unter Bedachtnahme auch auf die Interessen des Vertragspartners und seiner Mitglieder gefordert wird.

Die Interessenlage zwischen Kassenarzt, Ärztekammer und Krankenkasse ist vielschichtig und hier mit wenigen Sätzen nicht auszuloten. Auszugehen ist aber für die Entscheidung des vorliegenden Falles jedenfalls davon, daß dem Kläger ein berechtigtes Interesse daran zugebilligt werden muß, im Sinne des § 342 Abs 1 Z 3 ASVG kostendeckend honoriert zu werden. Demgegenüber haben die Ärztekammern als Interessenvertretung der Ärzte unter Bedachtnahme auf die oben dargestellten Grundsätze von Treu und Glauben gegenüber jedem einzelnen Arzt bei Mitarbeit an der Honorarordnung das Gesamtinteresse der Ärzte zu wahren (vgl § 38 Abs 1 ÄrzteG) und müssen schließlich die Träger der Sozialversicherung in die Lage versetzt sein, gemäß ihrem gesetzlichen Auftrag zur Besorgung öffentlicher Aufgaben (*Tomandl*, System des österr Sozialversicherungsrechts

4.1.3, 495), notfalls auch vom Instrumentarium einer regressiven Honorierung dann Gebrauch zu machen, wenn dies im Interesse ihrer Hauptaufgabe, der Vollziehung der Sozialversicherungsgesetze im Hinblick auf den einzelnen Versicherten (*Tomandl* aaO 4.1.5, 506 mit näherer Spezifizierung), erforderlich ist.

Erfolgte der Abschluß des Gesamtvertrages und damit die Änderung der bisherigen Honorarordnung korrekt, dh im Einklang mit den dargestellten Grundsätzen von Treu und Glauben und unter ausgewogener und sachlicher Rücksichtnahme auf die dargestellte Interessenlage der Parteien, ist ein Schadenersatzanspruch des Klägers ausgeschlossen. Würde aber durch Außerachtlassung dieser Sorgfaltspflichten dem Kläger dergestalt ein Schaden zugefügt, daß die Wirkungen des Vertrages und der Honorarordnung eine finanzielle Diskriminierung seiner Arbeitsleistungen zufolge sachlich nicht gerechtfertigter Unausgewogenheit der Degression der Punktebewertung für Laborleistungen zur Folge hatten, wäre sein Anspruch auf Ersatz des Schadens nicht von der Hand zu weisen; denn die im rechtsgeschäftlichen Verkehr anerkannten Sorgfaltspflichten bei Abschluß von Verträgen bestehen nicht nur im Verhältnis der Gesamtvertragsparteien zueinander, sondern erstrecken sich auch auf alle jene Personen, die vom Gesamtvertrag zwingend mitumfaßt sind (*Krejci* aaO 162).

Alle diese Fragen sind jedoch auf der Sachverhaltsebene bisher nicht geklärt. Die summarischen Feststellungen des Erstgerichtes lassen keine verwertbaren Schlüsse auf die Vorgangsweise der Parteien zu. Das Berufungsgericht hat daher zutreffend das erstgerichtliche Urteil aufgehoben und die Rechtssache zur neuerlichen Verhandlung und Entscheidung an das Erstgericht zurückverwiesen, weshalb den Rekursen der beklagten Parteien im Ergebnis jedenfalls der Erfolg zu versagen war.

OGH 16. 12. 1992, 2 Ob 20/92

302.

VersVG § 61: Grob fahrlässig handelt der Versicherungsnehmer, wenn er wußte oder wissen mußte, daß sein Verhalten geeignet ist, den Eintritt des Versicherungsfalles oder die Vergrößerung des Schadens herbeizuführen und naheliegende zumutbare Gegenmaßnahmen unterlassen hat.

Hiebei ist stets auf die Umstände des Einzelfalls Bedacht zu nehmen.

Zu den erforderlichen Diebstahlssicherungsmaßnahmen bei Fahrzeugen im allgemeinen und Taxis im besonderen.

Der Beweis grob fahrlässiger Herbeiführung des Versicherungsfalls obliegt dem Versicherer. Er umfaßt auch den Nachweis der Kausalität des fraglichen Verhaltens zum Schadenseintritt und -umfang.

Sachverhalt: Der Kl ist Taxiunternehmer. Im Kofferraum der in seinem Betrieb verwendeten Fahrzeuge befindet sich eine mit Nummernschloß versehene Handkasse, in die nach Arbeitsschluß die Autoschlüssel eingesperrt werden. Der Kofferraum selbst wird nicht abgeschlossen. Dem Fahrer, der das Taxi übernimmt, wird die Nummernkombination von seinem jeweiligen Vorgänger bekanntgegeben. Der Kl nimmt die Bekl aus einer im Rahmen einer Fahrzeug-Kollisionskaskoversicherung bestehenden Diebstahlversicherung in Anspruch, weil ein bei ihm angestellter Fahrer ein Fahrzeug unter Verwendung der Schlüssel aus der Handkasse gestohlen hatte. Die Bekl beruft sich auf § 61 VersVG.

Das ErstG (HG Wien 14. 11. 1991, GZ 21 Cg 413/91) gab dem Klagebegehren statt, das BerufungsG (OLG Wien 9. 4. 1992, GZ 3 R 6/92) bestätigte das Ersturteil.

Der OGH gab der Revision der Bekl nicht Folge.

Aus den Entscheidungsgründen: Zutreffend hat das BerufungsG ausgeführt, daß der Versicherer für den Nachweis des grob fahrlässigen Verhaltens des Versicherungsnehmers beweispflichtig ist und daß sich dieser Beweis auch auf die Kausalität zwischen dem Verhalten des Versicherungsnehmers und dem Eintritt des Versicherungsfalles beziehen muß (vgl *Schauer*, Einführung in das österr Versicherungsvertragsrecht² 274 f.). Der Beweis, daß der Versicherungsnehmer eine objektive Sorgfaltspflicht hatte, genügt noch nicht zur Annahme, daß ihn auch ein grobes Verschulden trifft (SZ 53/145).

Wird ein Fahrzeug auf einer öffentlich zugänglichen Fläche geparkt, so ist das Lenkradschloß einzurasten, sind die Scheiben zu verschließen und ist sowohl der Fahrgastraum als auch der Kofferraum mit den einschlägigen Pkw-Schlüsseln zu verschließen. Nur ein derart gesichertes Fahrzeug genügt im allgemeinen den Si-

cherheitsanforderungen zur Abwehr eines Diebstahls.

Voraussetzung für die Leistungsfreiheit des Versicherers wäre gemäß § 61 VersVG jedoch grob fahrlässige Herbeiführung des Versicherungsfalles. Grobe Fahrlässigkeit setzt für die Anwendung von § 61 VersVG ein Verhalten des Versicherungsnehmers voraus, von dem er wußte oder wissen mußte, daß es geeignet war, den Eintritt des Versicherungsfalles oder die Vergrößerung des Schadens zu fördern. Die Schadenswahrscheinlichkeit muß offenkundig so groß sein, daß es ohne weiteres nahelag, zur Vermeidung des Versicherungsfalles ein anderes Verhalten als das tatsächlich geübte in Betracht zu ziehen. Außerdem muß der Eintritt des Versicherungsfalles mit einem Aufwand an Kosten und Unbequemlichkeiten zu vermeiden gewesen sein, den eine nicht versicherte Person angesichts der Schadensgefahr normalerweise ohne weiteres in Kauf genommen hätte. Das Verhalten des Versicherungsnehmers muß subjektiv unentschuldigbar sein (*Pröls — Martin*, VVG²⁴ 401 f.; vgl VR 1987/53, VR 1988/128). Bei der Beurteilung, ob grobe Fahrlässigkeit vorliegt, müssen im übrigen die Umstände des einzelnen Falles und die persönlichen Verhältnisse berücksichtigt werden. Bei der Zumutbarkeit von Maßnahmen ist auf jenen Personenkreis abzustellen, dem der Versicherungsnehmer angehört.

Im vorliegenden Fall handelt es sich bei dem Versicherungsnehmer um einen Taxiunternehmer, der sein Gewerbe mit mehreren Fahrzeugen und unter Einschaltung mehrerer Fahrer betreibt, wobei es zum Wesen dieses Unternehmens gehört, daß die Fahrzeuge möglichst kontinuierlich in Betrieb bleiben, was einen raschen Wechsel der Fahrer voraussetzt. Es ist daher für die reibungslose Abwicklung des Betriebs erforderlich, die Wagenschlüssel beim jeweiligen Wagen zu belassen. Natürlich muß in einem solchen Fall der Versicherungsnehmer sämtliche ihm zu Gebote stehenden Maßnahmen gegen einen Diebstahl des Wagens treffen. Die vom Kl getroffenen Maßnahmen erscheinen unter diesem Gesichtspunkt ausreichend. Der Schlüssel wurde nicht etwa sichtbar im Wageninneren belassen, sondern an einem Ort deponiert, an dem normalerweise Wagenschlüssel nicht vermutet werden, nämlich im Kofferraum. Daß der Kofferraum nicht versperrt war, ist selbstverständlich, weil andernfalls der andere Fahrer keinen Zugang zum Schlüssel gehabt hätte. Ein offenes Liegenlassen des Schlüssels im Koffer-

raum wäre sicherlich nicht ausreichend gewesen, doch hat der Kläger die Ablage in einem durch ein besonderes Schloß gesicherten festen Behältnis vornehmen lassen. Die Öffnung eines mit einer Nummernsicherung versehenen Behältnisses wird in der Regel keine geringeren Schwierigkeiten bieten als die Öffnung des Kofferraums. (Ob der Verschuß der Kassette so minderwertig war, daß eine andere Beurteilung geboten wäre, war nicht zu prüfen, da derartige der Versicherer beweisen hätte müssen.) Dazu kommt, daß ein Dieb im allgemeinen in einem solchen Behältnis vielleicht Geld oder andere Wertgegenstände, nicht aber Wagenschlüssel vermutet. Ein Autodieb ist aber in der Regel daran interessiert, den Abstellplatz des Autos möglichst rasch zu verlassen, weshalb er sich kaum die Mühe machen wird, am Ort eine allenfalls kompliziertere Öffnung einer durch ein

Nummernschloß gesicherten Kassette zu versuchen.

Natürlich besteht die aufgezeigte Sicherung gegenüber den mit dem Vorgang vertrauten Fahrern des Kl nicht. Seinen Fahrern muß der Kl aber die Fahrzeuge anvertrauen, weil andernfalls die Aufrechterhaltung des Betriebes unmöglich wäre. Demnach kann man die gegenüber Dritten aufgestellten Sicherheitsanforderungen nicht auf die beim Kl angestellten Fahrer übertragen.

Es ergibt sich somit, daß der Kl den Diebstahl des Wagens keinesfalls grob fahrlässig begünstigt hat. Ob die aufgezeigten Sicherheitsvorkehrungen auch für andere Fälle als das Taxigewerbe ausreichen, war im vorliegenden Fall nicht zu beurteilen.

OGH 3. 9. 1992, 7 Ob 14/92

ZEITSCHRIFTENSPIEGEL

Christian Luckey, **Der Ausschluß der Empfangsvollmacht des Versicherungsvertreeters**, VersR 1993, 151: Unter welchen Voraussetzungen wirkt eine vom Versicherer vorgenommene Beschränkung der Empfangsvollmacht des Versicherungsvertreeters (§ 43 Z 1 VersVG) dem VN gegenüber? Ist der VN beispielsweise grob fahrlässig im Sinn des § 47 VersVG, wenn ihm eine im Antragsformular enthaltene Vollmachtsbeschränkung nicht auffällt, weil — wie es einem gern geübten Brauch entspricht — der Vertreter „den Antrag“ für den Kunden ausfüllt und dieser ihn in der Folge nur mehr ungelesen unterschreibt? Luckey zieht die Grenzen des Vertrauensschutzes sehr weit: Seiner Ansicht nach muß sich der Versicherer Verhalten und Kenntnis seines Vertreters uU sogar dann zurechnen lassen, wenn der VN die zB im Antragsformular enthaltene Beschränkungsklausel tatsächlich kannte — und zwar kraft Anscheinsvollmacht, die dadurch begründet werde, daß der Versicherer den Vertreter „mit umfangreichem Material auf den Weg bringe, ihm gestatte, klangvolle Berufsbezeichnungen zu führen und ihn dazu anhalte, die Antragsfragen und die Bedingungen zu erklären“. Ein zweiter Teil des Aufsatzes widmet sich Beweisfragen im Zusammenhang mit mündlichen Angaben, die der Antragsteller dem das Antragsformular ausfüllenden Vertreter gemacht zu haben behauptet, die jedoch im Antrag selbst nicht schriftlich aufscheinen.

Friedrich Messiner, **Die KHVG-Novelle 1992 und die EWR-Anpassung**, ZVR 1993, 9: Der EWR-Vertrag erfordert bekanntlich die Angleichung diverser österreichischer Rechtsnormen an das EG-Recht. Der Gesetzgeber ist seiner Harmonisierungsaufgabe auf dem Gebiet der Kraftfahrzeughaftpflichtversicherung mit der Ende des Vorjahrs beschlossenen Novelle zum KHVG (BGBl 1992/770) nachgekommen. In ihrem überwiegenden Teil ist die Novelle noch nicht in Kraft getreten, da sie an den nunmehr verzögerten Abschluß des EWR-Abkommens geknüpft ist. Messiner stellt die Neuerungen vor und unterzieht sie Punkt für Punkt detaillierter Kritik.

Peter Apathy, **Fragen der Haftung nach dem EKHG**, JBl 1993, 69: Der Autor, Verfasser eines im Vorjahr erschienenen Kommentars zum EKHG, läßt zahlreiche Aspekte der Schadenersatzpflicht nach diesem Gesetz Revue passieren — vornehmlich solche, die immer wieder Gegenstand gerichtlicher Entscheidungen und literarischer Diskussion waren und sind. Der Bogen reicht vom Anwendungsbereich der Gefährdungshaftung (§ 1: „Unfall beim Betrieb eines Kfz oder einer Eisenbahn“) über den Halterbegriff (§ 5), den Haftungsausschluß nach § 3 Z 3 für Schäden „beim Betrieb Tätiger“ und die Ersatzpflicht bei Schwarzfahrt (§ 6) bis hin zu Art und Umfang der Ersatzansprüche des Geschädigten (§§ 12f).

BÜCHERSPIEGEL

Prölls — Martin, Versicherungsvertragsgesetz, Kommentar zu VVG und EGVVG sowie Kommentierung wichtiger Versicherungsbedingungen — unter Berücksichtigung österreichischer Rechtsprechung — von Dr. Ulrich Knappmann, Dr. Helmut Kollhoser, Dr. Jürgen Prölls, Wolfgang Voit, 25., völlig neubearbeitete Auflage des von Erich R. Prölls begründeten und in 7 Auflagen ua von Anton Martin fortgeführten Werks, C. H. Beck'sche Verlagsbuchhandlung München, XXXV, 2241 Seiten, in Leinen, DM 168,—,

Dieses berühmte Werk braucht wohl niemandem, der sich auch nur am Rande mit dem Versicherungsrecht befaßt, vorgestellt zu werden. Es hat wohl einen nicht minder unverrückbaren Platz in der Versicherungsliteratur als das VersVG selbst. Für Österreich ist es, trotz der Unterschiede im Bedingungsbereich, ebenso wertvoll wie für Deutschland, nimmt es doch auch auf die österreichische Judikatur Bedacht. Mehr als die Hälfte des Werkes wird von den AVB der einzelnen Versicherungszweige in Anspruch genommen: die Spezialisierung schreitet also fort. Die 25. Auflage ist im wesentlichen auf dem Stand 1. 1. 1992.

Allgemeine Versicherungsbedingungen, Textausgabe mit Sachverzeichnis und einer Einführung von Prof. Dr. Heinrich Dörner, C. H. Beck'sche Verlagsbuchhandlung, München 1992, X und 445 Seiten, kartoniert, DM 29,50.

In Kombination mit den neu aufgelegten, deutschen Textausgaben zum VVG (39. Auflage) und VAG (15. Auflage) deckt diese Textausgabe das umfangreiche Gebiet des Privatversicherungsrechts gut ab. Eine Einleitung von Prof. Dr. Heinrich Dörner, Universität Münster, erleichtert den Einstieg für alle in Ausbildung oder Fortbildung befindlichen Versicherungsjuristen, Versicherungskaufleute und Versicherungsbetriebswirte. Wiedergegeben werden die AVB folgender Versicherungen: Computer-Mißbrauch, Diebstahl und Raub, Feuer, Leitungswasser und Sturm, Glas, Haftpflicht, Hagel, Hausrat, Kraftfahrt, Krankenversicherung, Leben, Maschinen, Pflege, Rechtsschutz, Reisebeistandsleistungen, Reisegepäck, Reiserücktritt, Transport, Unfall, Valoren, Wohngebäude.

Erläuterungen zu den Allgemeinen Bedingungen für die Versicherung von Flußkasko-Risiken 1992, AVB Flußkasko 1992, hgg von Dr. Gerfried E. Brunn, verfaßt von Dr. Gerfried E. Brunn, Dr. Hans-Joachim Enge, Dieter W. Dietrich, Wilhelm Faßbender, Horst Jötten, Reimar Loos, Hartmut Rehders, Gerhard Weimann und Horst Wietbrok, Verlag Versicherungswirtschaft e. V., Karlsruhe 1992, XIV und 133 Seiten, DM 58,—.

Die deutschen AVB Flußkasko 1992 sind ein neues Bedingungswerk, das den Versicherungsschutz unter Berücksichtigung der am Markt üblichen Bedingungen und in Anlehnung an die ADS und DTV-Kaskoklauseln 1978 grundlegend umgestaltet. In den vorliegenden Erläuterungen werden die Grundlagen für die neue Regelung dargestellt sowie zum Vergleich die bisherige Ausgestaltung der einzelnen Bestimmungen in den AVB Flußkasko 1986, in den Besonderen Bedingungen Flußkasko 1986 und in den Klauseln Flußkasko 1986. Für das Verständnis hilfreich sind die im Anhang abgedruckten Bedingungen und DTV-Kaskoklauseln 1978, Fassung Feber 1992.

Controlling im Versicherungsunternehmen von Dr. Detlef Hesse, Prof. Dr. J.-Matthias Graf von der Schulenburg, Dr. Norbert Wittmer, Dr. Dietmar Zietsch, Verlag Versicherungswirtschaft e. V., Karlsruhe 1993, XII und 88 Seiten, DM 32,—.

Die Bedeutung des Controlling für eine erfolgreiche Unternehmensführung ist evident. Die vorliegende Veröffentlichung ist das Ergebnis der Arbeit des gleichnamigen, 1988 gegründeten Arbeitskreises der Schmalenbach-Gesellschaft, Deutsche Gesellschaft für Betriebswirtschaft e. V., dem zahlreiche hochrangige Versicherungsmanager und Wissenschaftler angehören. Das Buch stellt praxisnah den aktuellen Stand und die Entwicklungstendenzen des Controlling im Versicherungsunternehmen dar.

Die Versicherung von Elementarschäden im Wettbewerb, von Reinhard Schäfer, Präsident der Württembergischen Gebäudebrandversicherung, Stuttgart, und der Badischen Gebäu-

deversicherung, Karlsruhe, Münsteraner Reihe, Heft 15, hgg von Prof. Dr. Helmut *Kollhosser*, Verlag Versicherungswirtschaft e. V., Karlsruhe 1993, VII und 41 Seiten, DM 24,—.

Die Broschüre enthält einen Vortrag des Autors vom 26. 10. 1992 aus der Vortragsreihe der Forschungsstelle für Versicherungswesen an der Westfälischen Wilhelms-Universität zu Münster im WS 1992/93. Der Autor schildert die Entwicklung der beiden Versicherungen, denen er vorsteht, und gibt Auskunft über die bisherigen Erfahrungen in der erweiterten Elementarschadenversicherung. Anhand von Zahlenmaterial werden unter anderem Schadenhäufigkeit, durchschnittliche Schadensummen sowie Entschädigungsleistungen detailliert analysiert. Ferner macht sich der Autor Gedanken zu einer künftigen, erweiterten Elementarschadenversicherung im Wettbewerb, insbesondere im Hinblick auf das am 1. 7. 1994 fallende Monopol.

Hausratsversicherung im Wandel, VHB 92 und Perspektiven im Europäischen Binnenmarkt, von Horst *Dietz*, Verlag Versicherungswirtschaft e. V., Karlsruhe 1992, VIII und 72 Seiten, DM 12,—.

Die Broschüre ergänzt das Hauptwerk des Autors: „Hausratsversicherung 84 — Bedingungen, Klauseln, Prämienrichtlinien, Versicherungstechnik“ (2. Auflage 1988, XIII und 472 Seiten, DM 44,—). Der Autor kommentiert detailliert die Besonderheiten der VHB 92 sowie die überarbeiteten Klauseln für die Hausratsversicherung. Weiters werden Hinweise zur sogenannten erweiterten Elementarschadenversicherung gegeben sowie Risiken und Chancen der Sachversicherer in einem deregulierten Versicherungsmarkt ausführlich bewertet.

Österreichisches Steuerrecht und europäische Integration, hgg von Univ.-Prof. Dr. Wolfgang *Gassner* und Univ.-Prof. Dr. Eduard *Lechner*, Schriften zum österreichischen Abgabenrecht, Bd 35, hgg von Univ.-Prof. Dr. Gerold *Stoll*, Wirtschaftsverlag Dr. Anton Orac, Wien 1992, 352 Seiten, öS 790,—.

Die Anpassung der österreichischen Rechtsordnung an die EG-Vorschriften hat bereits begonnen. Auch im Steuerrecht erfolgten mit dem UmgrStG erste freiwillige Schritte zu einer

Rechtsangleichung an die einschlägigen EG-Vorschriften. Die einzelnen Beiträge in diesem Band untersuchen die rechtlich erforderlichen Anpassungen des österreichischen Steuerrechts an Vorgaben des EG-Primär- und Sekundärrechts. Im Mittelpunkt der Untersuchung steht die direkte Unternehmensbesteuerung.

Foreign Trade Data of Countries in Transition 1980—1991, hgg vom Vienna Institute for Comparative Economic Studies, Wirtschaftsverlag Dr. Anton Orac, Wien 1992, 416 Seiten, öS 960,—.

Dieses Handbuch beinhaltet die derzeit einzige englischsprachige Zusammenstellung der wichtigsten Außenhandelsdaten der ehemaligen Ostblockstaaten. Es bietet das Basiswissen für eine klare Einschätzung der zukünftigen Entwicklungen sowie eine realistische Bewertung potentieller wirtschaftlicher Chancen in diesen Ländern. Die Daten über die Entwicklung der wirtschaftlichen Beziehungen von Bulgarien, der ČSFR, Ungarn, Polen, Rumänien sowie der ehemaligen UdSSR und Jugoslawien stammen einerseits aus den ursprünglichen in den Oststaaten veröffentlichten Quellen sowie aus Statistiken internationaler Organisationen.

Der EG-rechtliche Anpassungsbedarf im österreichischen Gesellschaftsrecht, hgg von Peter *Doralt* und Christian *Nowotny*, Abteilung Unternehmensrecht, Wirtschaftsuniversität Wien, Arbeitspapiere, hgg von Univ.-Prof. Dr. Peter *Doralt* und oo Univ.-Prof. Dr. Christian *Nowotny*, Bd 12, Service Fachverlag an der Wirtschaftsuniversität Wien, 1993, 355 Seiten.

Das Buch geht auf ein Seminar der Abteilung Unternehmensrecht zum selben Thema im Sommer 1992 zurück. Da die gesellschaftsrechtlichen Bestimmungen Teil des Abkommens über den EWK sind, stellen die europarechtlichen Regelungen mit dessen Inkrafttreten geltendes Recht in Österreich dar. Das Buch stellt die einzelnen gesellschaftsrechtlichen Richtlinien, die Betriebsübergangsrichtlinie und die VO über die EWIV dar, verweist auf bereits durchgeführte Umsetzungen und Parallelbestimmungen in den Mitgliedstaaten der EG, macht auf notwendige Anpassungen des österreichischen Rechts aufmerksam und ver-

sucht zum Teil, Gesetzesänderungen und EG-konforme Bestimmungen zu formulieren. Der vorliegende Band stellt eine Bestandsaufnahme im „Kernbereich“ des Gesellschaftsrechts dar.

Europäisches Gesellschaftsrecht, Grundlagen, Stand und Entwicklung nebst Texten und Materialien zur Rechtsangleichung, Zeitschrift für Unternehmens- und Gesellschaftsrecht, Sonderheft 1, von Marcus Lutter, 3. Auflage, Walter de Gruyter, Berlin — New York 1991, 657 Seiten.

Das umfassende Werk gibt den Stand vom 15. 11. 1990 wieder. Die Texte enthalten die bereits verabschiedeten Maßnahmen des Europäischen Gesetzgebers — Kommission und Ministerrat der EG — sowie teilweise die hierauf beruhende dt. Gesetzgebung auf dem Gebiete des Unternehmensrechts. Darüber hinaus finden sich auch Texte der ebenso zahlreichen Vorhaben auf dem Gebiete des Gesellschaftsrechts, des Gesellschaftssteuerrechts, des Bank- und Börsenrechts, die sich erst in den verschiedensten Stadien des europäischen Gesetzgebungsverfahrens befinden. Viele dieser Maßnahmen sind nur wenigen Kennern bekannt. Das vorliegende Sammelwerk will sie einem breiteren Kreis zugänglich machen. Zum besseren Verständnis der Texte und ihrer Bedeutung für das in Deutschland geltende Recht enthält der erste Teil des Buches eine systematische Darlegung des Gegenstandes, der Ziele sowie der praktischen und vor allem der rechtlichen Wirkungen von Rechtsangleichung im Unternehmensrecht. Der gegenwärtige Stand und die Perspektiven des Unternehmensrechts in Europa stehen im Zentrum der Betrachtung.

Verbraucherschutz in Österreich und in der EG, hg. von Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Schuhmacher, Schriften zum gesamten Recht der Wirtschaft, Band 30, hg. von Aicher, Funk, Korinek, Krejci, Ruppe, Wirtschaftsverlag Dr. Anton Orac, Wien 1992, 272 Seiten, öS 760,—.

Der EWR bzw. der geplante Beitritt Österreichs zur EG wird auch dem Verbraucherschutz eine europäische Dimension geben. Die verbraucher-schutzorientierten Richtlinien der EG lösen einen Anpassungsbedarf aus. Ferner stellt sich die Fra-

ge nach der Kompatibilität des österreichischen Konsumentenschutzes mit der Freiheit des Waren- und Dienstleistungsverkehrs. Der vorliegende Band gibt Antwort auf beide Fragenkreise und bietet so einen Überblick über die Auswirkungen des Beitritts Österreichs zur EG auf den Konsumentenschutz. Zum versicherungsvertraglichen Konsumentenschutz im Lichte der Deregulierung des EG-Versicherungsmarktes nimmt Erwin Migsch Stellung. Im übrigen enthält der Band folgende Beiträge: Jean-Marie Courtois: Grundsätze, Ziele und Methoden der EG-Verbraucherpolitik; Hanspeter Hanreich: Verbraucherinformation, Werbung und Vertriebsmethoden; Willibald Posch: Allgemeine Produktsicherheit und Produkthaftung; Hannes Spitalzky: Normen und Technik; Sicherheitsvorschriften — Die Bedeutung der Normen für die Produktsicherheit; Klaus Schmalzka und Michael Blass: Das Schicksal des österreichischen Lebensmittelrechts in der EG und im EWR; Josef Aicher: Aushöhlung höherer Verbraucherschutzstandards durch Art 30 EWGV? Thomas Eilmannberger: Die Liberalisierung der Bankdienstleistungen in der EG aus der Sicht des Verbrauchers; Georg Graf: Die Regelung des Verbraucherkredits in der EG und in Österreich; Michael Bydlinki: Reisevertragsrecht; Wolfgang Schuhmacher: Verbraucherschutz in Österreich und in der EG: Die Folgen eines Beitritts — Zusammenfassende und ergänzende Thesen.

Konsumentenkarten, Neue Technologien, neue Probleme? von Nentwich — Peissl — Pisjak unter Mitarbeit von J. Cas und O. Tschakalov, Verbraucherrecht und Verbraucherpolitik, Band 9, Buchverlag der Österreichischen Staatsdruckerei, Wien 1993, 307 Seiten, broschürt, öS 598,—.

Konsumentenkarten spielen im täglichen Leben vieler Verbraucher eine wichtige Rolle. Man denke an Bankomat-, Kredit- und Kundenkarten, aber auch an Mitgliedsausweise, Clubkarten udgl. Stets geht es um ein System von Auswertungs- und Abrechnungsbeziehungen. Das vorliegende Buch analysiert die Entwicklungstendenzen des Konsumentenkartenbereiches, stellt Vor- und Nachteile für den Karteninhaber dar sowie die technischen Grundlagen der Kartensysteme und deren Alternativen. Wer dieses Buch gelesen hat, wird seine eigenen Konsumentenkarten in einem anderen Licht sehen als bisher.