

434/A XXII. GP

Eingebracht am 07.07.2004

Dieser Text wurde elektronisch übermittelt. Abweichungen vom Original sind möglich.

Antrag

der Abgeordneten Mag. Tancsits, Dolinschek
und Kollegen

betreffend ein Bundesgesetz, mit dem das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, das Bauern-Sozialversicherungsgesetz und das Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz geändert werden (Sozialrechts-Änderungsgesetz 2004 – SRÄG 2004)

Der Nationalrat wolle beschließen:

Bundesgesetz, mit dem das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, das Bauern-Sozialversicherungsgesetz und das Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz geändert werden (Sozialrechts-Änderungsgesetz 2004 – SRÄG 2004)

Der Nationalrat hat beschlossen:

Artikel 1
Änderung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes

Das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 189/1955, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. xxx/2004, wird wie folgt geändert:

1. § 31 Abs. 3 Z 12 lit. b lautet:

„b) Gelber Bereich (yellow box): Dieser Bereich beinhaltet jene Arzneispezialitäten, die einen wesentlichen zusätzlichen therapeutischen Nutzen für Patienten und Patientinnen aufweisen und die aus medizinischen oder gesundheitsökonomischen Gründen nicht in den grünen Bereich aufgenommen werden. Arzneispezialitäten dieses Bereiches unterliegen der ärztlichen Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes der Sozialversicherungsträger nach Maßgabe der Richtlinie nach § 31 Abs. 5 Z 13. Bezieht sich die Aufnahme von Arzneispezialitäten in diesen Bereich auch auf bestimmte Verwendungen (zB Gruppen von Krankheiten, ärztliche Fachgruppen, Altersstufen von Patient(inn)en, Mengenbegrenzung oder Darreichungsform), kann die ärztliche Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes durch eine nachfolgende Kontrolle der Einhaltung der bestimmten Verwendung ersetzt werden. Zur Wahrung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit darf einem Sozialversicherungsträger für eine Arzneispezialität dieses Bereiches höchstens der ermittelte EU-Durchschnittspreis verrechnet werden.“

2. Im § 31 Abs. 5 Z 13 wird vor dem letzten Halbsatz folgender Halbsatz eingefügt:

„für Arzneispezialitäten im gelben Bereich des Erstattungskodex, die an Stelle der ärztlichen Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes einer nachfolgenden Kontrolle unterliegen, ist in diesen Richtlinien eine einheitliche Dokumentation unter Beachtung einer Rahmenvereinbarung oder Verordnung nach § 609 Abs. 9 festzulegen;“

Dieser Text wurde elektronisch übermittelt. Abweichungen vom Original sind möglich.

3. § 74 Abs. 1 erster Satz lautet:

„Der Beitrag beläuft sich für den Kalendermonat

1. bei den nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. a und b teilversicherten selbständigen Erwerbstätigen auf 6,93 €
2. bei den nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. e, g und j teilversicherten Personen auf 1,75 €“

4. Im § 264 Abs. 1 Z 1 wird der Ausdruck „Invaliditätspension“ durch den Ausdruck „Invaliditäts(Alters)pension“ ersetzt.

5. Dem § 343 wird folgender Abs. 5 angefügt:

„(5) Erfolgt eine Kündigung des Vertragsverhältnisses wegen Verletzung von Bewilligungs- und Dokumentationspflichten nach § 350 Abs. 3 bei der Verschreibung von Arzneispezialitäten, so kann abweichend von Abs. 4 die Kündigung nur dann für unwirksam erklärt werden, wenn gegen eine zuvor vom Versicherungsträger wegen wiederholter Verletzungen der Dokumentationspflichten auferlegte Bewilligungspflicht nicht verstoßen wurde.“

6. Dem § 350 Abs. 3 werden folgende Sätze angefügt:

„Wird die Bewilligung von Arzneispezialitäten im gelben Bereich des Erstattungskodex durch die nachfolgende Kontrolle nach § 31 Abs. 3 Z 12 lit. b ersetzt, ist die Zulässigkeit der Verschreibung auf Kosten der Sozialversicherungsträger von der Durchführung einer Dokumentation (§ 31 Abs. 5 Z 13) über Vorliegen und Einhaltung der bestimmten Verwendungen abhängig. Bei Verschreibungen ohne oder mit mangelhafter Dokumentation ist der Arzt/die Ärztin nachweislich zu warwarnen; bei Wiederholung der Verletzung sind dem Sozialversicherungsträger die Kosten der Arzneispezialitäten vom verschreibenden Arzt/von der verschreibenden Ärztin zu ersetzen. Findet der Ersatz nicht statt oder nach wiederholtem Verstoß gegen die Dokumentationspflicht, kann dem Arzt/der Ärztin die ausnahmslose Bewilligungs pflicht für Arzneispezialitäten des gelben Bereiches des Erstattungskodex befristet bis zur Dauer von drei Jahren auferlegt werden.“

7. Im § 447g Abs. 10 wird der Ausdruck „jährlich bis zum 31. Oktober, erstmals für das Kalenderjahr 1999 bis zum 31. Oktober 2000“ durch den Ausdruck „jedes fünfte Kalenderjahr, beginnend mit dem Kalenderjahr 2005, jeweils bis zum 31. Oktober“ ersetzt.

8. § 459c lautet:

„§ 459c. (1) Die Abgabenbehörden des Bundes haben nach Maßgabe des Abs. 3 den Trägern der Pensionsversicherung auf Anfrage folgende Daten getrennt nach Dienstgebern zu übermitteln:

1. die Bruttobezüge (§ 25 EStG 1988) und die sonstigen Bezüge (§ 67 Abs. 1 bis 8 EStG 1988) der Witwe (des Witwers) in den letzten zwei Kalenderjahren vor dem Zeitpunkt des Todes des (der) Versicherten;
2. die Bruttobezüge (§ 25 EStG 1988) und die sonstigen Bezüge (§ 67 Abs. 1 bis 8 EStG 1988) des (der) Verstorbenen in den letzten zwei Kalenderjahren vor dem Zeitpunkt seines (ihres) Todes.

(2) Die übermittelten Daten dürfen nur zur Feststellung des Bestandes und des Umfangs einer Witwen(Witwer)pension nach diesem Bundesgesetz verwendet werden.

(3) Das Verfahren der Übermittlung und der Zeitpunkt der erstmaligen Übermittlung sind vom Bundesminister für Finanzen im Einvernehmen mit dem Bundesminister für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz nach Maßgabe der technischen und organisatorischen Möglichkeiten zu bestimmen.

(4) Jene Stellen, die zur Durchführung der im § 264 Abs. 5 genannten Rechtsvorschriften zuständig sind, gelten für Zwecke der Ermittlung der Höhe der Witwen(Witwer)pension als Versicherungsträger im Sinne des § 321.“

9. Im § 460 Abs. 4a erster Halbsatz wird der Ausdruck „§ 427 Abs. 1 Z 4 bis 7“ durch den Ausdruck „§ 427 Abs. 1 Z 3 bis 5“ ersetzt.

10. Nach § 607 Abs. 9 wird folgender Abs. 9a eingefügt:

„(9a) Auf Personen, die am Stichtag (§ 223 Abs. 2) nach Abs. 9, 10, 12 bis 14, 20 oder 22 die Anspruchsvoraussetzungen für die vorzeitige Alterspension bei langer Versicherungsdauer (vorzeitige Knappschaftsalterspension bei langer Versicherungsdauer) erfüllen, sind die §§ 254 Abs. 1 Z 3, 271 Abs. 1 Z 3 und 279 Abs. 1 Z 3 in der am 31. Dezember 2003 in Geltung gestandenen Fassung weiterhin anzuwenden.“

11. Im § 609 Abs. 7 werden der Ausdruck „und“ am Ende der Z 7 und der Punkt am Ende der Z 8 jeweils durch einen Beistrich ersetzt; folgende Z 9 wird angefügt:

„9. die Aufwendungen im Zusammenhang mit

- a) den zusätzlichen Verwaltungskosten auf Grund der EU-Erweiterung mit 1. Mai 2004 und
- b) den Vorkehrungen für die Einrichtung von Pensionskonten.“

12. Im § 609 Abs. 9 wird der Ausdruck „der Hauptverband im Einvernehmen mit der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen berechtigt, die Grundsätze der chef- und kontrollärztlichen Bewilligung festzulegen“ durch den Ausdruck „die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen ermächtigt, die Grundsätze der chef- und kontrollärztlichen Bewilligung, insbesondere die Umsetzung der Einholung der chef- und kontrollärztlichen Bewilligung, sowie der nachfolgenden Kontrolle und die Grundsätze der Dokumentation nach § 350 Abs. 3, durch Verordnung zu regeln“ ersetzt.

13. Im § 609 Abs. 9 werden der zweite und der dritte Satz durch folgende Sätze ersetzt:

„Eine nach In-Kraft-Treten der Verordnung abgeschlossene Rahmenvereinbarung und deren Übernahme in die Gesamtverträge kann erst nach Außer-Kraft-Treten der Verordnung in Geltung treten. Für die Umsetzung der Einholung der chef- und kontrollärztlichen Bewilligung sowie der nachfolgenden Kontrolle nach § 350 Abs. 3 hat der Hauptverband gemeinsam mit den Sozialversicherungsträgern bis längstens 31. Dezember 2004 die notwendigen Voraussetzungen zu schaffen.“

14. Dem § 609 Abs. 14 wird folgender Satz angefügt:

„In der Verfahrensordnung nach § 351g kann für die Überleitung einer Arzneispezialität in den gelben oder grünen Bereich des Erstattungskodex ein verkürztes Verfahren, insbesondere auch ohne Befassung der Heilmittel-Evaluierungs-Kommission und unter Ausschluss des Rechtszuges an die Unabhängige Heilmittelkommission, vorgesehen werden.“

15. § 609 Abs. 19 lautet:

„(19) Die vertriebsberechtigten Unternehmen haben zur Wahrung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit den Krankenversicherungsträgern beginnend mit dem Jahr 2004 bis einschließlich 2006 jährlich einen nachträglichen Rabatt in Höhe von 2 % ihres jährlichen Arzneimittelumsatzes, den sie auf Rechnung der Krankenversicherungsträger erzielen, zu gewähren. Bei jedem Unternehmen bleibt dabei ein Sockelbetrag von zwei Millionen Euro außer Betracht. Dieser Betrag unterliegt einer jährlichen Valorisierung auf Basis der Steigerungen der Heilmittelaufwendungen der Krankenversicherungsträger. Für das Jahr 2004 beträgt die Summe der Überweisungen pauschal 23 Millionen Euro. Eine erste Akontierung ist mit 1. Juli 2004 fällig, die Abrechnung ist so rasch wie möglich nach Ende des jeweiligen Kalenderjahres vorzunehmen. Eine weitere Akontierung ist mit 10. Jänner 2005 fällig, in weiterer Folge gelten als Fälligkeitstage jeweils der 1. April und der 1. Oktober. Die Abrechnung und Einhebung des Betrages erfolgt durch den Hauptverband, der im Namen und auf Rechnung der Krankenversicherungsträger tätig wird.“

16. Nach § 614 wird folgender § 615 samt Überschrift angefügt:

„Schlussbestimmungen zu Art. 1 des Sozialrechts-Änderungsgesetzes 2004, BGBl. I Nr. xxx

§ 615. (1) Es treten in Kraft:

1. mit 1. Juli 2004 die §§ 264 Abs. 1 Z 1, 447g Abs. 10, 459c, 607 Abs. 9a sowie 609 Abs. 7 Z 7 bis 9 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2004;
2. mit 1. Jänner 2005 die §§ 74 Abs. 1 und 460 Abs. 4a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2004;
3. rückwirkend mit 1. Jänner 2004 die §§ 31 Abs. 3 Z 12 lit. b und Abs. 5 Z 13, 343 Abs. 5 sowie 350 Abs. 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2004;
4. rückwirkend mit 31. Dezember 2003 § 609 Abs. 9, 14 und 19 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2004.

(2) Folgende Krankenversicherungsträger erhalten aus dem Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger nach § 447a Zahlungen in folgender Höhe:

1. Wiener Gebietskrankenkasse	32 237 374,74 €
2. Niederösterreichische Gebietskrankenkasse	50 524 734,29 €
3. Burgenländische Gebietskrankenkasse	3 383 505,28 €
4. Oberösterreichische Gebietskrankenkasse	59 129 455,25 €
5. Steiermärkische Gebietskrankenkasse	16 542 755,44 €

6. Kärntner Gebietskrankenkasse	7 644 563,10 €
7. Salzburger Gebietskrankenkasse	25 224 285,24 €
8. Tiroler Gebietskrankenkasse	10 047 516,09 €
9. Vorarlberger Gebietskrankenkasse	14 413 390,76 €
10. Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues	6 450 096,98 €
11. Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen	25 574 348,91 €
12. Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter	49 615 110,88 €
13. Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft	85 238 286,00 €
14. Sozialversicherungsanstalt der Bauern	6 331 384,38 €

Diese Forderungen der Krankenversicherungsträger unterliegen einer Verzinsung. Die Verzinsung ist nach dem jeweils von der Europäischen Zentralbank für die Einlagenfazilität erstellten Zinssatz, erhöht um 0,8 Prozentpunkte, zu berechnen.

(3) Die Zahlungen nach Abs. 2 haben aus den folgenden Mitteln, die dem Ausgleichsfonds zufließen, nach der Maßgabe des Einlangens zu erfolgen:

1. auf Grund des § 1 des Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetzes, BGBl. Nr. 746/1996, in den Jahren 2004 bis 2007 jeweils in der Höhe von 69 Mio. € und 2008 in der Höhe von 21 343 741,58 €

2. auf Grund der Rückzahlungen der Darlehen folgender Krankenversicherungsträger in den Jahren 2005 bis 2007:

a. Wiener Gebietskrankenkasse	58 605 171,00 €
b. Burgenländische Gebietskrankenkasse	5 242 898,00 €
c. Steiermärkische Gebietskrankenkasse	23 469 518,00 €
d. Kärntner Gebietskrankenkasse	22 426 428,00 €
e. Tiroler Gebietskrankenkasse	16 854 133,00 €
f. Sozialversicherungsanstalt der Bauern	45 401 852,00 €

(4) Den folgenden Krankenversicherungsträgern sind im Jahr 2004 die nachstehenden Teilbeträge der Zahlungen nach Abs. 2 aus den Mitteln nach Abs. 3 Z 1 zu überweisen:

1. Niederösterreichische Gebietskrankenkasse	9 203 662,00 €
2. Oberösterreichische Gebietskrankenkasse	11 742 606,00 €
3. Salzburger Gebietskrankenkasse	5 395 255,00 €
4. Vorarlberger Gebietskrankenkasse	4 574 348,00 €
5. Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues	1 586 841,00 €
6. Versicherungsanstalt für österreichischen Eisenbahnen	5 395 255,00 €
7. Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter	8 251 558,00 €
8. Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft	22 850 475,00 €

(5) Den folgenden Krankenversicherungsträgern sind im Jahr 2005 die nachstehenden Teilbeträge der Zahlungen nach Abs. 2 aus den Mitteln nach Abs. 3 Z 1 und 2 zu überweisen:

1. Niederösterreichische Gebietskrankenkasse	13 834 390,00 €
2. Oberösterreichische Gebietskrankenkasse	17 650 765,00 €
3. Salzburger Gebietskrankenkasse	8 109 807,00 €
4. Vorarlberger Gebietskrankenkasse	825 978,00 €
5. Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau	10 495 042,00 €
6. Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter	12 403 249,00 €
7. Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft	34 347 436,00 €

(6) Den folgenden Krankenversicherungsträgern sind im Jahr 2006 die nachstehenden Teilbeträge der Zahlungen nach Abs. 2 aus den Mitteln nach Abs. 3 Z 1 vorrangig vor den anderen in Abs. 2 genannten Krankenversicherungsträgern zu überweisen:

1. Niederösterreichische Gebietskrankenkasse	5 961 948,00 €
2. Oberösterreichische Gebietskrankenkasse	7 606 629,00 €
3. Salzburger Gebietskrankenkasse	3 494 938,00 €
4. Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau	4 522 862,00 €
5. Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter	5 345 193,00 €

6. Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft 14 802 089,00 €

(7) Den folgenden Krankenversicherungsträgern sind im Jahr 2006 die nachstehenden Teilbeträge der Zahlungen nach Abs. 2 aus den Mitteln nach Abs. 3 Z 1, diese im Anschluss an die Überweisungen nach Abs. 6, und Z 2 zu überweisen:

1. Wiener Gebietskrankenkasse	10 306 954,00 €
2. Niederösterreichische Gebietskrankenkasse	6 881 902,00 €
3. Burgenländische Gebietskrankenkasse	1 081 778,00 €
4. Oberösterreichische Gebietskrankenkasse	7 075 240,00 €
5. Steiermärkische Gebietskrankenkasse	5 289 059,00 €
6. Kärntner Gebietskrankenkasse	2 444 121,00 €
7. Salzburger Gebietskrankenkasse	2 629 472,00 €
8. Tiroler Gebietskrankenkasse	3 212 401,00 €
9. Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau	3 205 023,00 €
10. Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter	7 550 235,00 €
11. Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft	4 232 551,00 €
12. Sozialversicherungsanstalt der Bauern	2 024 272,00 €

(8) Den folgenden Krankenversicherungsträgern sind im Jahr 2007 die nachstehenden Teilbeträge der Zahlungen nach Abs. 2 aus den Mitteln nach Abs. 3 Z 1 und 2 zu überweisen:

1. Wiener Gebietskrankenkasse	17 997 349,00 €
2. Niederösterreichische Gebietskrankenkasse	12 016 741,00 €
3. Burgenländische Gebietskrankenkasse	1 888 932,00 €
4. Oberösterreichische Gebietskrankenkasse	12 354 335,00 €
5. Steiermärkische Gebietskrankenkasse	9 235 419,00 €
6. Kärntner Gebietskrankenkasse	4 267 770,00 €
7. Salzburger Gebietskrankenkasse	4 591 417,00 €
8. Tiroler Gebietskrankenkasse	5 609 290,00 €
9. Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau	5 596 407,00 €
10. Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter	13 183 740,00 €
11. Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft	7 390 613,00 €
12. Sozialversicherungsanstalt der Bauern	3 534 654,00 €

(9) Den folgenden Krankenversicherungsträgern sind im Jahr 2008 die nachstehenden Teilbeträge der Zahlungen nach Abs. 2 aus den Mitteln nach Abs. 3 Z 1 zu überweisen:

1. Wiener Gebietskrankenkasse	3 933 071,74 €
2. Niederösterreichische Gebietskrankenkasse	2 626 091,29 €
3. Burgenländische Gebietskrankenkasse	412 795,28 €
4. Oberösterreichische Gebietskrankenkasse	2 699 880,25 €
5. Steiermärkische Gebietskrankenkasse	2 018 277,44 €
6. Kärntner Gebietskrankenkasse	932 672,10 €
7. Salzburger Gebietskrankenkasse	1 003 396,24 €
8. Tiroler Gebietskrankenkasse	1 225 825,09 €
9. Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau	1 223 015,89 €
10. Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter	2 881 135,88 €
11. Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft	1 615 122,00 €
12. Sozialversicherungsanstalt der Bauern	772 458,38 €

(10) Die vollständige Leistung der Zahlung nach Abs. 2 an die Vorarlberger Gebietskrankenkasse hat bis 30. April 2005 zu erfolgen, wobei die Aufrechnung mit Beitragsforderungen nach § 447a Abs. 3 für das Jahr 2004 im Ausmaß von 5 886 427 € und 2005 im Ausmaß von 3 126 638 € zulässig ist. Im Übrigen ist jede Art der Aufrechnung im Zusammenhang mit den Zahlungen nach Abs. 2, insbesondere auch mit den Teilzahlungen nach Abs. 4 bis 9, ausgeschlossen.

(11) Die Überweisungen nach den Abs. 4 bis 9 an die Krankenversicherungsträger haben jeweils gleichzeitig und der Höhe nach im Verhältnis der Teilbeträge zueinander zu erfolgen.“

Artikel 2

Änderung des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes

Das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 560/1978, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. xxx/2004, wird wie folgt geändert:

1. § 4 Abs. 1 Z 7 lit. b lautet:

„b) die das Regelpensionsalter (§ 130 Abs. 1) erreicht hat oder“

2. § 5 Abs. 2 zweiter Satz lautet:

„Verordnungen auf Grund dieses Antrages können rückwirkend mit 1. Jänner 2000 erlassen werden.“

3. § 25 Abs. 6a lautet:

„(6a) Auf Antrag sind die Beitragsgrundlagen in der Pensionsversicherung im Kalenderjahr des erstmaligen Eintrittes einer Pflichtversicherung nach § 2 Abs. 1 Z 1 bis 4 und den darauf folgenden zwei Kalenderjahren auf die für diese Kalenderjahre geltenden Höchstbeitragsgrundlagen zu erhöhen (Höchstbeitragsgrundlagen aus Anlass von Betriebsgründungsinvestitionen). Ein solcher Antrag ist vom/von der Versicherten bzw. Hinterbliebenen spätestens gleichzeitig mit dem Pensionsantrag bzw. innerhalb einer vom Versicherungsträger eingeräumten längeren Frist zu stellen, wobei eine der zeitlichen Lagerung der Beitragszahlung entsprechende Aufwertung (§ 108c ASVG) zu erfolgen hat.“

4. Im § 145 Abs. 1 Z 1 wird der Ausdruck „Erwerbsunfähigkeitspension“ durch den Ausdruck „Erwerbsunfähigkeits(Alters)pension“ ersetzt.

5. § 229d lautet:

„§ 229d. (1) Die Abgabenbehörden des Bundes haben nach Maßgabe des Abs. 3 dem Versicherungsträger auf Anfrage folgende Daten getrennt nach Dienstgebern zu übermitteln:

1. die Bruttobezüge (§ 25 EStG 1988) und die sonstigen Bezüge (§ 67 Abs. 1 bis 8 EStG 1988) der Witwe (des Witwers) in den letzten zwei Kalenderjahren vor dem Zeitpunkt des Todes des (der) Versicherten;
2. die Bruttobezüge (§ 25 EStG 1988) und die sonstigen Bezüge (§ 67 Abs. 1 bis 8 EStG 1988) des (der) Verstorbenen in den letzten zwei Kalenderjahren vor dem Zeitpunkt seines (ihres) Todes.

(2) Die übermittelten Daten dürfen nur zur Feststellung des Bestandes und des Umfangs einer Witwen(Witwer)pension nach diesem Bundesgesetz verwendet werden.

(3) Das Verfahren der Übermittlung und der Zeitpunkt der erstmaligen Übermittlung sind vom Bundesminister für Finanzen im Einvernehmen mit dem Bundesminister für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz nach Maßgabe der technischen und organisatorischen Möglichkeiten zu bestimmen.

(4) Jene Stellen, die zur Durchführung der im § 145 Abs. 5 genannten Rechtsvorschriften zuständig sind, gelten für Zwecke der Ermittlung der Höhe der Witwen(Witwer)pension als Versicherungsträger im Sinne des § 183.“

6. § 294 Abs. 1 Z 2 und Abs. 2 Z 2 werden aufgehoben.

7. Im § 298 Abs. 2 Z 2 entfällt der Ausdruck „und Abs. 6“.

8. Nach § 298 Abs. 9 wird folgender Abs. 9a eingefügt:

„(9a) Auf Personen, die am Stichtag (§ 113 Abs. 2) nach Abs. 9, 10, 12, 13 oder 13a die Anspruchsvoraussetzungen für die vorzeitige Alterspension bei langer Versicherungsdauer erfüllen, ist § 132 Abs. 1 Z 3 in der am 31. Dezember 2003 in Geltung gestandenen Fassung weiterhin anzuwenden.“

9. Nach § 304 wird folgender § 305 samt Überschrift eingefügt:

„Schlussbestimmung zu Art. 2 des Sozialrechts-Änderungsgesetzes 2004, BGBl. I Nr. xxx

§ 305. Die §§ 4 Abs. 1 Z 7 lit. b, 5 Abs. 2, 25 Abs. 6a, 145 Abs. 1 Z 1, 229d sowie 298 Abs. 2 Z 2 und Abs. 9a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2004 treten mit 1. Juli 2004 in Kraft.“

Artikel 3

Änderung des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes

Das Bauern-Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 559/1978, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. xxx/2004, wird wie folgt geändert:

1. Dem § 20a wird folgender Satz angefügt:

„Einnahmen aus Dienstleistungen, die auf Selbstkostenbasis und ohne Verrechnung der eigenen Arbeitskraft erbracht werden, und aus Vermietungen im Rahmen der zwischenbetrieblichen Zusammenarbeit sind von der Aufzeichnungspflicht ausgenommen.“

2. § 20b Abs. 1 Z 3 lautet:

„3. Entgelt für die erbrachte Leistung.“

3. Im § 23 Abs. 10 lit. a wird der Ausdruck „1 950,70 €(Mindestbeitragsgrundlage)“ durch den Ausdruck „1 950,70 € (Mindestbeitragsgrundlage) in der Pensionsversicherung und 1 096,42 € (Mindestbeitragsgrundlage) in der Krankenversicherung“ ersetzt.

4. Im § 24 Abs. 1 wird der Ausdruck „5,9 vH“ durch den Ausdruck „6,8 %“ ersetzt.

5. Im § 30 Abs. 1 wird der Ausdruck „§ 23 festzustellen“ durch den Ausdruck „§ 23 mit der Maßgabe festzustellen, dass im Falle der Option nach § 23 Abs. 1a die Mindestbeitragsgrundlage in der Krankenversicherung nach § 23 Abs. 10 lit. a erster Satz zweiter Halbsatz heranzuziehen ist“ ersetzt.

6. Im § 136 Abs. 1 Z 1 wird der Ausdruck „Erwerbsunfähigkeitspension“ durch den Ausdruck „Erwerbsunfähigkeit(Alters)pension“ ersetzt.

7. Dem § 204 wird folgender Abs. 6 angefügt:

„(6) Der Versicherungsträger ist ermächtigt, aus der allgemeinen Rücklage der Unfallversicherung jährlich Mittel in die allgemeine Rücklage der Krankenversicherung zu übertragen.“

8. § 217b lautet:

„§ 217b. (1) Die Abgabenbehörden des Bundes haben nach Maßgabe des Abs. 3 dem Versicherungsträger auf Anfrage folgende Daten getrennt nach Dienstgebern zu übermitteln:

1. die Bruttobezüge (§ 25 EStG 1988) und die sonstigen Bezüge (§ 67 Abs. 1 bis 8 EStG 1988) der Witwe (des Witwers) in den letzten zwei Kalenderjahren vor dem Zeitpunkt des Todes des (der) Versicherten;

2. die Bruttobezüge (§ 25 EStG 1988) und die sonstigen Bezüge (§ 67 Abs. 1 bis 8 EStG 1988) des (der) Verstorbenen in den letzten zwei Kalenderjahren vor dem Zeitpunkt seines (ihres) Todes.

(2) Die übermittelten Daten dürfen nur zur Feststellung des Bestandes und des Umfangs einer Witwen(Witwer)pension nach diesem Bundesgesetz verwendet werden.

(3) Das Verfahren der Übermittlung und der Zeitpunkt der erstmaligen Übermittlung sind vom Bundesminister für Finanzen im Einvernehmen mit dem Bundesminister für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz nach Maßgabe der technischen und organisatorischen Möglichkeiten zu bestimmen.

(4) Jene Stellen, die zur Durchführung der im § 136 Abs. 5 genannten Rechtsvorschriften zuständig sind, gelten für Zwecke der Ermittlung der Höhe der Witwen(Witwer)pension als Versicherungsträger im Sinne des § 171.“

9. § 280 Abs. 5 wird aufgehoben.

10. Nach § 287 Abs. 9 wird folgender Abs. 9a eingefügt:

„(9a) Auf Personen, die am Stichtag (§ 104 Abs. 2) nach Abs. 9, 10, 12, 13 oder 13a die Anspruchsvoraussetzungen für die vorzeitige Alterspension bei langer Versicherungsdauer erfüllen, ist § 123 Abs. 1 Z 3 in der am 31. Dezember 2003 in Geltung gestandenen Fassung weiterhin anzuwenden.“

11. Nach § 293 wird folgender § 294 samt Überschrift angefügt:

„Schlussbestimmungen zu Art. 3 des Sozialrechts-Änderungsgesetzes 2004, BGBl. I Nr. xxx

§ 294. (1) Es treten in Kraft:

1. mit 1. Juli 2004 die §§ 136 Abs. 1 Z 1, 217b und 287 Abs. 9a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2004;

2. mit 1. Oktober 2004 § 24 Abs. 1 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2004;

3. mit 1. Jänner 2005 die §§ 20a, 20b, 23 Abs. 10 lit. a, 30 Abs. 1 sowie 204 Abs. 6 und die Z 3.2 und 5 in der Anlage 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2004.

(2) § 280 Abs. 5 tritt mit Ablauf des 31. Dezember 2004 außer Kraft.

(3) Die §§ 20a, 20b, 23 Abs. 10 lit. a, 30 Abs. 1 sowie die Z 3.2 und 5 in der Anlage 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2004 sind erstmals für das Beitragsjahr 2004 anzuwenden.

(4) Personen, die nach den §§ 262 Abs. 3 und 277 Abs. 5 am 30. September 2004 von der Krankenversicherung ausgenommen sind, bleiben ab 1. Oktober 2004 nur dann weiterhin ausgenommen, sofern die für den Betrieb maßgebliche Beitragsgrundlage den Betrag von 1 015 € nicht übersteigt. Hiebei ist für die Beurteilung der die Pflichtversicherung auslösenden Bewirtschaftungsverhältnisse jener Sachverhalt maßgeblich, der am 30. Mai 2004 bestanden hat.“

12. In der Anlage 2 werden die Z 3.2.1 und 3.2.2 durch folgende Z 3.2 ersetzt:

„3.2 persönliche Dienstleistungen mit oder ohne § 23 Abs. 1 Z 3
 Betriebsmittel für andere land(forst)wirtschaftliche
 Betriebe einschließlich der Tätigkeit als Betriebshelfer/in im
 Rahmen eines Maschinen- und Betriebshilferinges sowie als
 Holzakkordant/in“

13. Die Z 5 in der Anlage 2 lautet:

„5. Privatzimmervermietung gemäß Art. III der § 23 Abs. 1 Z 3
 B-VG-Novelle 1974, BGBl. Nr. 444 in Verbindung mit
 § 2 Abs. 1 Z 9 bzw § 143 Z 8 GewO 1994, soweit diese
 in der spezifischen Form des Urlaubes am Bauernhof erfolgt
 (§ 148c Abs. 2 Z 11), und sohin als eine wirtschaftliche
 Einheit mit dem bäuerlichen Betrieb zu verstehen ist, unter
 Anwendung eines einmaligen Freibetrages von 3 700 € jährlich“«

Artikel 4

Änderung des Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetzes

Das Bundesgesetz, mit dem Beihilfen im Gesundheits- und Sozialbereich geregelt werden, BGBl. Nr. 746/1996, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 71/2003, wird wie folgt geändert:

1. Im § 1 Abs. 2 wird der letzte Satz gestrichen und werden folgende Sätze angefügt:

„Dieser Prozentsatz ist vom Bundesminister für Finanzen und vom Bundesminister für Gesundheit und Frauen durch Verordnung festzusetzen. In dieser Verordnung darf auch vorgesehen werden, dass über dem Pauschalsatz von 4,3 % liegende Anteile an den Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger (§ 447a ASVG) und an einzelne Sozialversicherungsträger unter Anrechnung auf die gesamten Ansprüche der Krankenversicherungsträger nach Abs. 1 ganz oder teilweise mit einem in der Verordnung zu bestimmenden Betrag zu überweisen sind.“

2. Der bisherige Text des § 16 erhält die Absatzbezeichnung „(1)“; folgender Abs. 2 wird angefügt:

„(2) § 1 Abs. 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2004 ist auf Zeiträume anzuwenden, die nach dem 31. Dezember 2003 liegen.“

In formeller Hinsicht wird beantragt, diesen Antrag unter Verzicht auf die Erste Lesung dem Ausschuss für Arbeit und Soziales zuzuweisen.

Begründung

Zu Art. 1 Z 1 und 2 (§ 31 Abs. 3 Z 12 lit. b und Abs. 5 Z 13 ASVG):

Nach der geltenden Rechtslage unterliegen alle Arzneispezialitäten des gelben Bereichs des Erstattungskodex der Vorabbewilligungspflicht durch den chef- und kontrollärztlichen Dienst der Sozialversicherungsträger. Gerade im gelben Bereich werden innovative Arzneispezialitäten gelistet sein, die einen wesentlichen therapeutischen Mehrwert als Vergleichspräparate haben oder überhaupt in Bezug auf bestimmte Indikationen die einzige therapeutische Alternative darstellen. Eine Vorabbewilligung erscheint daher in solchen Fällen überflüssig und ökonomisch nicht vertretbar. Im Sinne einer möglichst unbürokratischen Regelung zur Senkung der Bewilligungshandlungen des chef- und kontrollärztlichen Dienstes der Sozialversicherungsträger und damit einer einfachen bürokratischen Abwicklung in den Ordinationen der verschreibenden Ärzte und Ärztinnen ist es daher angezeigt, bei vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (und der Heilmittel-Evaluierung-Kommission) zu bestimmenden Präparaten, von der Vorbewilligungspflicht zu Gunsten einer nachfolgenden Kontrolle abzusehen. Die nachfolgende Kontrolle wird dabei auf einer vom Arzt/von der Ärztin anlässlich jeder Verschreibung einer solchen Arzneispezialität zu führenden Dokumentation, die insbesondere das Vorliegen einer vorgegebenen Indikation belegen soll, erfolgen. Im Sinne der Einheitlichkeit und der Rechtssicherheit für die verschreibenden Ärzte und Ärztinnen wird die Dokumentation vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger gemäß den in einer Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen festgelegten Grundsätzen im Rahmen der Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln vorgegeben werden. Es ist davon auszugehen, dass eine strenge Kontrolle der Einhaltung der Indikations- und Dokumentationsregeln ein effizientes Instrument der Mengenkontrolle ist und zur Eindämmung von Kostensteigerungen speziell im Segment der hochpreisigen Arzneispezialitäten beitragen wird.

Zu Art. 1 Z 3 bis 74 Abs. PASVG:

Der Umstand, dass die pauschale Festsetzung der Beiträge für die in der Unfallversicherung nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. a und b ASVG teilversicherten selbständig Erwerbstätigen, in der Unfallversicherung nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. e, g und j ASVG teilversicherten Funktionäre der Sozialversicherung, der gesetzlichen beruflichen Vertretungen, der kollektivvertragsfähigen Berufsvereinigungen etc. sowie für die Mitglieder der in lit. j genannten Kommissionen auf Grund der geltenden Rechtslage auf das Kalenderjahr abgestellt ist, hat schon seit jeher zu Akzeptanzproblemen bei den Betroffenen geführt. So müssen Beiträge zur Unfallversicherung auch über das Ende der Pflichtversicherung hinaus entrichtet werden, wenn nach Beendigung der die Pflichtversicherung begründenden selbständigen Erwerbstätigkeit bzw. Funktion der Schutzzweck der gesetzlichen Unfallversicherung für Arbeitsunfälle bzw. Berufskrankheiten wegfallen ist. Im Hinblick darauf sollen die Beiträge für Teilversicherte in der Unfallversicherung künftig weiterhin pauschal, jedoch monatsbezogen festgesetzt werden.

Zu Art. 1 Z 4, Art. 2 Z 4 und Art. 3 Z 6 (§ 264 Abs. 1 Z 1 ASVG; § 145 Abs. 1 Z 1 GSVG; § 136 Abs. 1 Z 1 BSVG):

Mit dieser Formulierung wird sichergestellt, dass die Hinterbliebenenpension auch von der im Zeitpunkt des Todes des (der) Versicherten gebührenden fiktiven (vorzeitigen) Alterspension abgeleitet werden kann. Dadurch kann etwa auch ein Anspruch des (der) Versicherten auf Grund der Schutzbestimmung für Langzeitversicherte Berücksichtigung finden.

Zu Art. 1 Z 5 und 6 (§§ 343 Abs. 5 und 350 Abs. 3 ASVG):

Als letzte Konsequenz bei fortgesetzter Verletzung von Dokumentations- und Bewilligungspflichten – unabhängig von der Richtigkeit der Verschreibung – ist die Kündigung des Einzelvertrages vorgesehen. Der Ablauf der Kündigung erfolgt nach § 343 Abs. 4. Nach Feststellung der Verletzung von Dokumentationspflichten ist der Vertragspartner zunächst nachweislich zu warnen. Bereits beim ersten Wiederholungsfall sind die Kosten jener Arzneispezialitäten, die ohne vorgegebene Dokumentation verordnet oder bei der die Indikationsregeln nicht eingehalten wurden, dem Sozialversicherungsträger zu ersetzen. Weigert sich ein Vertragspartner, dieser Ersatzpflicht nachzukommen, kann der Sozialversicherungsträger eine generelle Vorbewilligungspflicht für alle Arzneispezialitäten des gelben Bereiches des Erstattungskodex gegenüber dem Vertragspartner anordnen. Der betroffene Vertragspartner wird dadurch verpflichtet, auch für Arzneispezialitäten des gelben Bereiches des Erstattungskodex, die grundsätzlich der nachfolgenden Kontrolle unterliegen, selbst die Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes einzuholen; die Einholung einer Bewilligung darf nicht auf den Patienten/die Patientin übertragen werden. Erst der Verstoß gegen diese, über den einzelnen Arzt/die einzelne Ärztin verhängte Vorbewilligungspflicht, kann zur oben angeführten Kündigung führen.

Zu Art. 1 Z 7 (§ 447g Abs. 10 ASVG):

Seit dem Jahr 2000 ist der Bundesregierung alljährlich zu berichten, welche Aufwendungen den Pensionsversicherungsträgern aus der Ersatzzeitenanrechnung erwachsen und welche Wanderungsbewegungen sich im Bereich der Pensionsversicherung ereignen.

Es hat sich erwiesen, dass das Kalenderjahr als Beobachtungszeitraum für die Berichterstattung im Hinblick auf den mangelnden Neuigkeitswert der einschlägigen Daten ein zu knapp bemessener Zeitraum ist.

Daher soll für das Jahr 2004 kein Bericht zu erstatten sein und ab dem Jahr 2005 auf eine fünfjährige Berichterstattungspflicht umgestellt werden. In concreto bedeutet dies, dass der nächste einschlägige Bericht bis 31. Oktober 2005, der übernächste bis 31. Oktober 2010 zu erstatten ist.

Zu Art. 1 Z 8, Art. 2 Z 5 und Art. 3 Z 8 (§ 459c ASVG; § 229d GSVG; § 217b BSVG):

Für die Ermittlung der Berechnungsgrundlagen einer Witwen(Witwer)pension ist die Summe der Einkünfte aus Erwerbstätigkeit und aus Ruhe- und Versorgungsbezügen in den letzten zwei Kalenderjahren vor dem Tod des Versicherten oder Pensionisten maßgebend. Diese Einkünfte sind vom Hinterbliebenen im Pensionsfeststellungsverfahren nachzuweisen. Bei Vorliegen mehrerer Dienstverhältnisse oder bei Feststellung von Ansprüchen nach getrennt lebenden oder geschiedenen Eheleuten führt dies zu aufwändigen Verfahren.

Die Übermittlung der bei den Abgabenbehörden des Bundes elektronisch gespeicherten Daten des Lohnzettels könnte das Pensionsfeststellungsverfahren wesentlich vereinfachen und beschleunigen. Mit der vorgeschlagenen Bestimmung sollen daher die Pensionsversicherungsträger ermächtigt werden, in dem dort festgelegten Umfang auf die beim Bundesrechenamt gespeicherten Lohnzetteldaten zuzugreifen.

Der bisherige Text des § 459c ASVG, des § 229d GSVG und des § 217b BSVG soll inhaltlich unverändert jeweils den letzten Absatz dieser Bestimmungen bilden.

Zu Art. 1 Z 9 (§ 460 Abs. 4a ASVG):

Mit dieser Änderung wird eine Zitierungsanpassung vorgenommen.

Zu Art. 1 Z 10, Art. 2 Z 8 und Art. 3 Z 10 (§ 607 Abs. 9a ASVG; § 298 Abs. 9a GSVG; § 287 Abs. 9a BSVG):

Da auf Grund übergangsrechtlicher Bestimmungen weiterhin Anspruch auf vorzeitige Alterspension bei langer Versicherungsdauer bestehen kann, soll auch im Übergangsrecht die - im Dauerrecht auf Grund der Aufhebung der Frühpensionen beseitigte - Ausschlusswirkung dieser Pensionsart gegenüber der Invaliditätspension (Berufsunfähigkeitspension, Knappschaftsvollpension) aufrechterhalten werden.

Zu Art. 1 Z 11 (§ 609 Abs. 7 ASVG):

Da die Kosten für die administrativen Belastungen auf Grund der EU-Osterweiterung per 1. Mai 2004 ebenso wie die administrativen Vorkehrungen für die beabsichtigte Einführung eines Pensionskontos einen zusätzlichen Verwaltungsaufwand für die Pensionsversicherungsträger bewirken, der im Rahmen der Budgeterstellung nicht vorhersehbar war, sollen diese Aufwendungen von der „Verwaltungskostendeckelung“ nach § 609 Abs. 7 ASVG ausgenommen werden.

So ist allein als Folge des Beitrittes von Slowenien, Polen und Ungarn zur EU in mehr als 12 000 Fällen eine Prüfung des (erstmaligen) Bestehens oder der Beendigung eines Sachleistungsanspruches in der Krankenversicherung bzw. die Neuberechnung von Pensionsversicherungsleistungen nach der VO (EWG) Nr. 1408/71 erforderlich.

In Bezug auf die bevorstehende Einführung von Pensionskonten ist davon auszugehen, dass – unabhängig davon, welche Regelungsvariante letztendlich zur Anwendung kommt – bei mehr als drei Millionen Personen eine Überprüfung des Versicherungsverlaufes auf dessen Vollständigkeit und Aktualität notwendig sein wird. Dabei wird etwa im Bereich der Pensionsversicherungsanstalt in geschätzten 775 000 bis einer Million Fällen ein Verfahren zur rückwirkenden Erfassung der Versicherungszeiten durchzuführen sein.

Zu Art. 1 Z 12 und 13 (§ 609 Abs. 9 ASVG):

Eine Rahmenvereinbarung zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und der Österreichischen Ärztekammer, Bundeskurie niedergelassener Ärzte, ist bis 31. März 2004 nicht zustande gekommen. Ein Einvernehmen zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen über die Grundsätze der chef- und kontrollärztlichen Bewilligung konnte nicht hergestellt werden. Um die „Chefarztpflicht neu“ (die Einholung der Bewilligung durch den verschreibenden Arzt/die verschreibende Ärztin) für die praktische Umsetzung weiter zu entwickeln, bedarf es daher einer Verordnungsermächtigung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen.

Zu Art. 1 Z 14 (§ 609 Abs. 14 ASVG):

Von der Überleitung aus dem roten Bereich sind mehr als 5 000 Präparate betroffen. Eine Abwicklung wie sie etwa nach einem Antrag auf Aufnahme eines Arzneimittels vorzunehmen ist, ist aus administrativen Gründen nicht möglich. Es soll somit ein verkürztes Verfahren ermöglicht werden, wobei in der Verfahrensordnung die Einbindung der Wirtschaftskammer Österreich, der Bundeskammer für Arbeiter und Angestellte, der Österreichischen Ärztekammer und der Österreichischen Apothekerkammer vorgesehen wird. Da auf Antrag ein ordentliches (Einzel-)Verfahren durchzuführen ist, sind alle Rechte der betroffenen vertriebsberechtigten Unternehmen, wie das Recht auf Parteienstellung; entsprechend der Verfahrensordnung, gewahrt. Bei rechtzeitiger Antragstellung bleibt die Arzneispezialität gegebenenfalls kontinuierlich im roten Bereich des Erstattungskodex.

Zu Art. 1 Z 15 (§ 609 Abs. 19 ASVG):

Die textliche Änderung stellt klar, dass der Rabatt im Nachhinein auf den erzielten Umsatz eines Unternehmens mit Arzneimittel, die auf Rechnung der Krankenversicherungsträger abgegeben werden, berechnet wird. Aus umsatzsteuertechnischen Gründen wird in der textlichen Anpassung präzisiert, dass der Hauptverband im Namen der Krankenversicherungsträger den Rabatt abrechnet, womit sichergestellt ist, dass die Umsatzsteuer auf Arzneimittel auf den Rabatt entsprechend korrigiert wird.

Zu Art. 1 Z 16 (§ 615 Abs. 2 bis 11 ASVG):

Der Verfassungsgerichtshof hat mit Erkenntnis vom 13. März 2004, G 279/02 u.a., wesentliche Teile der gesetzlichen Regelungen zum Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger mit Rückwirkung - teilweise bis 1977 - aufgehoben. Das Erkenntnis wurde mit BGBI. I Nr. 20/2004 vom 29. März 2004 kundgemacht. Aufgrund der rückwirkenden Aufhebung der Bestimmungen sind eine Vielzahl von Beitrags- und Darlehenszahlungen als - zumindest mittelbar - rechtsgrundlos geleistet anzusehen. Die einzelnen Beschlüsse und insbesondere Tilgungspläne des Hauptverbandes im Zusammenhang mit den Finanzströmen des Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger sind zwar von der Aufhebung der gesetzlichen Bestimmung nicht unmittelbar betroffen. Durch den Wegfall der gesetzlichen Grundlage sind diese Beschlüsse einerseits von einer Aufhebung im öffentlich-rechtlichen Verfahrensweg bedroht bzw. besteht andererseits die Pflicht des Hauptverbandes zur Herstellung des gesetzmäßigen Zustandes.

Mit der Überprüfung und Rückabwicklung sämtlicher auf Basis der aufgehobenen Bestimmungen erfolgten Zahlungsflüsse wäre sowohl ein enormer administrativer Aufwand als auch eine Rechtsunsicherheit für alle Beteiligten über viele Jahre verbunden, da sowohl Art als auch Rechtsweg allfälliger Rückforderungsansprüche nicht feststehen.

Daher soll eine pauschale Bewertung der „rechtsgrundlos“ erfolgten Zahlungsströme zwischen dem Ausgleichsfonds und den einzelnen Krankenversicherungsträgern erfolgen und die Rückabwicklung durch Normierung von genau bezifferten Verbindlichkeiten des Ausgleichsfonds eingeleitet und durchgeführt werden. Aus dieser Bewertung leitet sich die Sonderstellung der Vorarlberger Gebietskrankenkasse ab. Nur mit einer solchen auf gesetzlicher Grundlage durchgeföhrten Rückabwicklung, der einen Vergleich der darlehensgebenden Träger über ihre Ansprüche zu Grunde liegt, kann Rechtsfriede und Rechtssicherheit zwischen den Krankenversicherungsträgern und dem Hauptverband als Verwalter des Ausgleichsfonds kurzfristig und nachhaltig erreicht werden. Inhalt dieses Vergleiches zwischen dem Hauptverband und den betroffenen Krankenversicherungsträgern ist auch eine Vereinbarung, dass keine weiteren Ansprüche, die mittelbar oder unmittelbar auf der Grundlage einer oder mehrerer mit der Kundmachung BGBI. I Nr. 20/2004, Abs. 1 Z 2, 3, 7 und 8 rückwirkend aufgehobenen Bestimmungen beruhen, erhoben und keine weiteren Rechtsmittel ergriffen werden.

Für die Rückabwicklung werden einerseits die Einnahmen des Ausgleichsfonds aus der „Tabaksteuer“ (Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetzes, BGBI. Nr. 746/1996) in den Jahren 2004 bis 2008 jeweils in der Höhe von 69 Mio. € (der restliche Aufwand im Jahr 2008 beträgt 21 343 741,58 €, die Rückabwicklung kann daher bereits im April abgeschlossen werden) und andererseits die Rückzahlungen - beginnend im Jahr 2005 - der bestehenden und noch offenen Darlehen reserviert. In der Abfolge werden zunächst die an den Ausgleichsfonds bezahlten ziffernmäßig bestimmten Einmaldarlehen zur Gänze getilgt. Die restliche Rückabwicklung findet anschließend ab 2006 statt. Die Auszahlung der reservierten Mittel findet jeweils unverzüglich nach deren Einlangen (die Mittel nach dem GSBG werden monatlich angewiesen, die Darlehensrückzahlungen erfolgen jeweils Anfang April und Anfang Oktober) statt und erfolgt an die einzelnen Krankenversicherungsträger in Teilbeträgen, die das Verhältnis der jeweiligen (Teil-)Forderungen widerspiegeln.

Zu Art. 2 Z 1 (§ 4 Abs. 1 Z 7 lit. b GSVG):

Nach § 4 Abs. 1 Z 7 GSVG können selbständig Erwerbstätige die Ausnahme von der Kranken- und Pensionsversicherung mittels Antrages erwirken, wenn ihre Umsätze und Einkünfte die in dieser Bestimmung

festgelegten Umsatz- und Gewinngrenzen (Werte 2004: 22 000 € Jahresumsatz und 3 794,28 € Jahresgewinn) nicht übersteigen und die betreffende Person entweder maximal zwölf Monate innerhalb der letzten fünf Kalenderjahre pflichtversichert war oder aber das 65. Lebensjahr vollendet hat bzw. zwar erst das 57. Lebensjahr vollendet hat, jedoch in den letzten fünf Jahren die genannten Umsatz- und Gewinngrenzen nicht überschritten wurden.

Das Abstellen auf das 65. Lebensjahr, d. h. das Regelpensionsalter für Männer, bringt insofern eine Benachteiligung für Frauen mit sich, als Männer jedenfalls ab Erreichung des Regelpensionsalters die Befreiung von der Pflichtversicherung für KleinunternehmerInnen lukrieren können, während dies für Frauen, die das Regelpensionsalter erreicht haben (Vollendung des 60. Lebensjahres) nur unter erschwerten Bedingungen (maximale Versicherungsdauer von zwölf Monaten in den letzten fünf Jahren, Nichtüberschreitung der Umsatz- und Gewinngrenzen in den letzten fünf Jahren) möglich ist, und zwar bis zur Vollendung des 65. Lebensjahrs.

Aus diesem Grund soll in Hinkunft für den erleichterten Zugang zur so genannten KleinunternehmerInnenregelung generell auf das Regelpensionsalter abgestellt werden.

Es wird angenommen, dass etwa 600 Personen von dieser Möglichkeit der Ausnahme von der Pflichtversicherung Gebrauch machen werden, was zu Mindereinnahmen im Bereich der Krankenversicherung in der Höhe von rund 650 000 € jährlich führen würde.

Zu Art. 2 Z 2 (§ 5 Abs. 2 GSVG):

Nach § 5 Abs. 1 GSVG sind Angehörige einer Kammer der freien Berufe von der Kranken- und/oder Pensionsversicherung nach dem GSVG ausgenommen, wenn sie auf Grund ihrer Kammerzugehörigkeit Anspruch auf Leistungen (etwa gegenüber einem Wohlfahrtsfonds der Kammer) haben, die den Leistungen nach dem GSVG gleichartig oder zumindest annähernd gleichwertig sind, soweit die jeweilige Kammer die Ausnahme beantragt. Die Feststellung der Gleichartigkeit oder annähernden Gleichwertigkeit obliegt dem zuständigen Bundesminister. Nach Abs. 2 der zitierten Bestimmung war der Antrag von den in Betracht kommenden Kammern bis zum 1. Oktober 1999 zu stellen; über einen solchen Antrag war vor dem 1. Jänner 2000 zu entscheiden.

In der Folge ergingen seitens des Sozialressorts (auf Antrag der jeweiligen Kammern) entsprechende Entscheidungen u. a. für die Angehörigen der Bundeskammer der Architekten und Ingenieurkonsulenten sowie die Angehörigen der Kammer der Rechtsanwälte, wobei hiefür die Rechtsform des Bescheides gewählt wurde.

Mit Erkenntnis vom 25. Februar 2004, V 121/2003, hat der Verfassungsgerichtshof (VfGH) den Bescheid, mit dem die Mitglieder der Bundeskammer der Architekten und Ingenieurkonsulenten von der Pflichtversicherung nach dem GSVG ausgenommen wurden, als Verordnung gedeutet und diese mangels Kundmachung im Bundesgesetzblatt aufgehoben.

Der als „Bescheid“ bezeichnete Verwaltungsakt sei nämlich an einen nach generell-abstrakten Merkmalen umschriebenen Personenkreis – alle derzeitigen, aber auch alle künftigen Mitglieder der Bundeskammer der Architekten und Ingenieurkonsulenten – adressiert und entfalte für diesen Personenkreis normative Wirkung, und zwar in der Weise, dass er ihre Ausnahme von der sonst mit der Erteilung der Berufsbeauftragnis als Ziviltechniker/Ziviltechnikerin eintretenden Pflichtversicherung nach § 2 Abs. 1 Z 4 GSVG verfügt.

Dem Erkenntnis des VfGH soll nunmehr in der Weise Rechnung getragen werden, dass dem zuständigen Bundesminister unter Anknüpfung an die seinerzeitige Antragstellung ermöglicht wird, die Entscheidungen nach § 5 GSVG rückwirkend mit 1. Jänner 2000 im Wege einer Verordnung zu treffen.

Mit dieser Regelung sind keine finanziellen Auswirkungen verbunden.

Zu Art. 2 Z 3 (§ 25 Abs. 6a GSVG):

Im Zuge der Pensionssicherungsreform 2003 wurde für GSVG-Versicherte die Möglichkeit geschaffen, auf Antrag die Beitragsgrundlage in den ersten drei Kalenderjahren der gewerblichen Tätigkeit um Investitionsbeträge zu erhöhen. Seitens der Interessenvertretung der Gewerbetreibenden wurde nunmehr darauf hingewiesen, dass diese Regelung insofern mit Problemen verbunden ist, als die Unterlagen über entsprechende Investitionen bis zu 45 Jahre aufbewahrt werden müssten, da der Antrag auf Erhöhung auch noch mit dem Pensionsantrag (oder innerhalb einer darüber hinaus eingeräumten Frist) gestellt werden kann. Angesichts der im Steuerrecht normierten Aufbewahrungspflicht von sieben Jahren würde dies den bürokratischen Aufwand für die Betroffenen erheblich erhöhen.

Da bei einer Durchschnittsbetrachtung die um die Investitionen erhöhte Beitragsgrundlage ohnehin regelmäßig die Höchstbeitragsgrundlage erreicht, ist es sachgerecht, bereits im Gesetz ausschließlich die Möglichkeit der Erhöhung auf die Höchstbeitragsgrundlage vorzusehen, zumal dies zu einer erheblichen

Verwaltungsvereinfachung führt. Von dieser profitieren sowohl die Versicherten (Senkung der Aufbewahrungskosten) als auch die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (Senkung des Überprüfungs aufwandes).

Zu Art. 2 Z 6 (§ 294 Abs. 1 Z 2 und Abs. 2 Z 2 GSVG):

Mit der gegenständlichen Änderung wird sichergestellt, dass auch weiterhin Optionsmöglichkeiten nach § 85a GSVG für Sach- und Geldleistungsberechtigte angeboten werden können. Korrespondierend damit ist die Regelung betreffend die Höherreihung aufzuheben.

Zu Art. 2 Z 7 (§ 298 Abs. 2 Z 2 GSVG):

Die vorgeschlagene Änderung dient der Beseitigung eines Redaktionsversehens.

Zu Art. 3 Z 1, 2, 11, 12 und 13 (§§ 20a, 20b und 294 Abs. 3 BSVG sowie Z 3.2 und 5 in der Anlage 2 zum BSVG):

Seit dem 1. Jänner 1999 sind bestimmte bäuerliche Nebentätigkeiten in den Versicherungsschutz der bäuerlichen Sozialversicherung einbezogen.

Es gibt derzeit bestimmte bäuerliche Nebentätigkeiten, hinsichtlich derer davon ausgegangen wird, dass sie im Einheitswert berücksichtigt sind und daher keiner gesonderten Beitragspflicht unterliegen. Zu dieser Gruppe zählen etwa die Tätigkeiten mit Dienstleistungscharakter, sofern die Einnahmen aus diesen Tätigkeiten 24 200 € nicht übersteigen. Weiters gibt es bäuerliche Nebentätigkeiten, die einer pauschalen beitragsrechtlichen Erfassung im Ausmaß von 30 % der daraus erzielten Einnahmen unterliegen. Als dritte Gruppe sind noch jene Tätigkeiten anzuführen, die einer gesonderten Beitragspflicht nach § 23 Abs. 1 Z 3 BSVG unterliegen, wobei jedoch ein Freibetrag im Ausmaß von 3 700 € in Abzug zu bringen ist. Hiezu zählen die Be- und Verarbeitung eigener Naturprodukte und der Mostbuschenschank.

Nunmehr erfolgt für persönliche Dienstleistungen mit oder ohne Betriebsmittel für andere land(forst)wirtschaftliche Betriebe einschließlich der Tätigkeit als Betriebshelfer/in im Rahmen eines Maschinen- und Betriebshilferinges sowie als Holzakkordant/in und die Privatzimmervermietung in der spezifischen Form des Urlaubes am Bauernhof folgende Neuregelung:

Die bisher mit einer Freigrenze von 24 200 € versehenen Dienstleistungen für andere land(forst)wirtschaftliche Betriebe im Rahmen der zwischenbetrieblichen Zusammenarbeit werden nunmehr insoweit der Beitragspflicht unterworfen, als das ausschließlich auf die Arbeitsleistung entfallende Entgelt beitragsrelevant wird. Dementsprechend bleiben Einnahmen auf reiner Selbstkostenbasis nach den so genannten ÖKL-Richtlinien außer Ansatz.

Für den Bereich der Privatzimmervermietung in der spezifischen Form des Urlaubes am Bauernhof erfolgt insoweit eine beitragsrechtliche Änderung, als die betriebsbezogene einmalige Berücksichtigung eines Freibetrages im Ausmaß von 3 700 € jährlich - unabhängig davon, wie viele Nebentätigkeiten ausgeübt werden - gewährt wird. Damit erfolgt gleichzeitig eine Gleichstellung hinsichtlich der Be- und Verarbeitung überwiegend eigener Naturprodukte sowie des Mostbuschenschankes.

Auf Grund dieser beitragsrechtlichen Änderungen ist für das Jahr 2005 im Bereich der Krankenversicherung mit zusätzlichen Mitteln im Ausmaß von rund 1,5 Mio. € zu rechnen bzw. von etwa 1 Mio. € falls die Sozialversicherungsanstalt der Bauern rund ein Drittel an die Länder (den Landesfonds) für die Krankenanstaltenfinanzierung zu leisten hat.

Zu Art. 3 Z 3 und 5 (§§ 23 Abs. 10 lit. a und 30 Abs. 1 BSVG):

Anlässlich der Einführung der Optionsmöglichkeit nach § 23 Abs. 1a BSVG mit Wirksamkeit vom 1. Jänner 2001 wurde für Versicherte, die von der Option Gebrauch machen, eine Mindestbeitragsgrundlage in Höhe von derzeit 1 950,70 € eingeführt. Dieser Maßnahme lag die Überlegung zu Grunde, ange-sichts der damals nicht genau absehbaren Anzahl von Optant/inn/en eine nach unten hin limitierte Beitragsgrundlage zu schaffen, um einen allfälligen Beitragseinnahmenrückgang zu begrenzen. Mittlerweile haben rund 1100 Versicherte von der Optionsmöglichkeit nach § 23 Abs. 1a BSVG Gebrauch gemacht und werden deren Beiträge auf Basis des jeweiligen Einkommensteuerbescheides bemessen. Im Hinblick darauf, dass von den bisher etwa 1100 Optant/inn/en nur ca. 5 % eine Beitragsgrundlage aufweisen, die über der geltenden Mindestbeitragsgrundlage (1 950,70 €) liegt, erweist sich diese der Höhe nach als nicht praxisgerecht, sodass eine Anpassung im Bereich der Kranken- und Unfallversicherung erfolgt. In der Pensionsversicherung wäre eine entsprechende Absenkung der Mindestbeitragsgrundlage mit einem Minderertrag an Beiträgen in der Höhe von rund 1,5 Mio. € verbunden; in Anbetracht der bestehenden Debatte über die Harmonisierung der Pensionsversicherungssysteme erfolgt in diesem Versicherungszweig derzeit keine Änderung der Mindestbeitragsgrundlage. Der mit der gegenständlichen Maßnahme verbundene Minderbeitrag beträgt für das Jahr 2005 im Bereich der Krankenversicherung etwa 670 000 € und im Bereich der Unfallversicherung rund 200 000 € sohin insgesamt rund 870 000 €

Zu Art. 3 Z 4 (§ 24 Abs. 1 BSVG):

Der Verfassungsgerichtshof hat in seinem Erkenntnis vom 13. März 2004, G 279/02, u.a. die Einbeziehung der Sozialversicherungsanstalt der Bauern in den Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger als verfassungswidrig aufgehoben, was für die bäuerliche Krankenversicherung mit finanziellen Problemen verbunden ist. Um die Finanzierungslücke in diesem Bereich zu verringern, soll der Beitragssatz in der bäuerlichen Krankenversicherung mit Wirksamkeit vom 1. Oktober 2004 von derzeit 6,5 % (einschließlich des Zusatzbeitrages von 0,5 % und des Ergänzungsbeitrages von 0,1 %) auf 7,4 % (ebenfalls einschließlich des Zusatzbeitrages von 0,5 % und des Ergänzungsbeitrages von 0,1 %) der Beitragsgrundlage erhöht werden. Damit wird der Beitragssatz für die bäuerliche Krankenversicherung dem mit dem Budgetbegleitgesetz 2003 beschlossenen einheitlichen Beitragssatz im ASVG für Arbeiter und Angestellte angeglichen, sodass die vorgesehene Erhöhung des Beitragssatzes in der bäuerlichen Krankenversicherung gleichzeitig ein weiterer Schritt entsprechend dem Programm der Bundesregierung zur Harmonisierung der Beitragssätze in der Krankenversicherung ist. Die Anhebung des Beitragssatzes in der bäuerlichen Krankenversicherung bedeutet für diesen Bereich im Jahr 2005 zusätzliche Mittel von etwa 7,9 Mio. € bzw. 5,25 Mio. € falls die Sozialversicherungsanstalt der Bauern rund ein Drittel an die Länder (den Landesfonds) für die Krankenanstaltenfinanzierung zu leisten hat.

Zu Art. 3 Z 7 und 9 (§§ 204 Abs. 6 und 280 Abs. 5 BSVG):

Nach § 280 Abs. 5 BSVG ist die Sozialversicherungsanstalt der Bauern ermächtigt, aus der allgemeinen Rücklage der Unfallversicherung in die allgemeine Rücklage der Krankenversicherung so lange jährlich Mittel zu übertragen, bis die in der Schlussbilanz zum 31. Dezember 2000 in der Krankenversicherung nachgewiesene nicht gedeckte allgemeine Rücklage in Summe abgedeckt ist. Dieser Regelung lag die Überlegung zu Grunde, dass durch die Erhöhung des Hebesatzes nach § 26 Abs. 2 BSVG in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 101/2000 die Finanzierung der bäuerlichen Krankenversicherung im Wesentlichen gesichert sei und für die Schuldenabdeckung ein Mitteltransfer aus der Unfallversicherung nur begrenzt notwendig ist. Die aktuelle finanzielle Entwicklung steht jedoch im Gegensatz zu dieser Annahme, sodass die in Rede stehende Ermächtigung zum Mitteltransfer nicht mit dem Betrag der in der Schlussbilanz zum 31. Dezember 2000 in der Krankenversicherung nicht gedeckten allgemeinen Rücklage limitiert sein soll.

Zu Art. 3 Z 11 (§ 293 Abs. 4 BSVG):

Zwecks Abfederung der finanziellen Nachteile, die für die Sozialversicherungsanstalt der Bauern mit dem Erkenntnis des Verfassungsgerichtshofes vom 13. März 2004, G 279/02, verbunden sind, sollen auch Änderungen bei den Ausnahmebestimmungen für Angehörige betreffend die - bis 1. Jänner 1999 zum Grundprinzip der bäuerlichen Sozialversicherung gehörenden - Subsidiarität in der bäuerlichen Krankenversicherung erfolgen. Mit dem Arbeits- und Sozialrechts-Änderungsgesetz 1997 wurde mit Wirksamkeit ab 1. Jänner 1999 die Ehegattensubsidiarität grundsätzlich aufgehoben. Allerdings gibt es durch § 262 Abs. 3 BSVG in Verbindung mit § 277 Abs. 5 BSVG eine großzügige Übergangsregelung, wonach Ehegatten weiterhin von der Pflichtversicherung ausgenommen bleiben, solange jener Sachverhalt unverändert bleibt, der für die Ausnahme von der bäuerlichen Krankenversicherung maßgeblich war und auf sie eine der Voraussetzungen des § 24b BSVG zutrifft. Nunmehr soll diese Ausnahme eingeschränkt werden und mit Wirksamkeit ab 1. Oktober 2004 die bis dahin von der Pflichtversicherung ausgenommenen Angehörigen in die Pflichtversicherung in der Krankenversicherung nach dem BSVG einbezogenen werden, sofern die für den Betrieb maßgebliche Beitragsgrundlage den gesetzlich vorgegebenen Betrag (1 015 €) übersteigt. Weist die bezughabende Beitragsgrundlage des Betriebes zum 30. September 2004 diesen Betrag oder einen darunter liegenden Wert auf, so bleibt den betroffenen Personen aus sozialpolitischen Erwägungen die Ausnahme von der bäuerlichen Krankenversicherung weiterhin erhalten.

Im Hinblick darauf, dass jede für die Pflichtversicherung bedeutsame Änderung innerhalb eines Monats dem Versicherungsträger zu melden ist (§ 16 BSVG), wird aus verwaltungsökonomischen Gründen für die Beurteilung der die Pflichtversicherung auslösenden Bewirtschaftungsverhältnisse auf den 30. Mai 2004 abgestellt.

Die nun vorgesehene weitere Einschränkung der Ausnahmebestimmungen für Angehörige betreffend die Subsidiarität in der bäuerlichen Krankenversicherung bedeutet für die Sozialversicherungsanstalt der Bauern für das vierte Quartal des Jahres 2004 zusätzliche Mittel in der Höhe von rund 7,5 Mio. € bzw. ca. 2,5 Mio. € falls die Sozialversicherungsanstalt der Bauern rund ein Drittel an die Länder (den Landesfonds) für die Krankenanstaltenfinanzierung zu leisten hat und nach Abzug des Leistungsaufwandes, und für das Jahr 2005 mit zusätzlichen Mitteln von etwa 15 Mio. € bzw. rund 5 Mio. € falls die Sozialversicherungsanstalt der Bauern ein Drittel an die Länder (den Landesfonds) für die Krankenanstaltenfinanzierung zu leisten hat und nach Abzug des Leistungsaufwandes.

Zu Art. 4 Z 1 (§ 1 Abs. 2 GSBG):

Durch die Änderung sollen neben der Zuweisung von Beihilfen an den Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger auch Beihilfen an einzelne Krankenversicherungsträger aus Bundesmitteln ermöglicht werden.

Zu Art. 4 Z 2 (§ 16 GSBG):

Die mit Verordnung neu festzusetzenden Prozentsätze sollen rückwirkend ab dem 1. Jänner 2004 gelten.