

**HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER**

A-1031 WIEN

KUNDMANNGASSE 21

POSTFACH 600 DVR 0024279

VORWAHL Inland: 01, Ausland: +43-1

TEL. 711 32 / Kf. 1211

TELEFAX 711 32 3775

Zl. 12-REP-43.00/10 Sd/Ht

Wien, 17. November 2010

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

**Per E-Mail**

An das  
Bundesministerium für **Gesundheit**

**Per E-Mail**

An das  
**Präsidium des Nationalrats**

**Per E-Mail**

Betr.: Budgetbegleitgesetz 2011 – 2014;  
Arbeit- und Gesundheit-Gesetz u. a.

Bezug: BMASK: Ihr E-Mail vom 28. Oktober 2010,  
GZ: BMASK-433.001/0083-VI/AMR/1/2010

Sehr geehrte Damen und Herren!

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger nimmt wie folgt Stellung:

**Zum Arbeit-und-Gesundheit-Gesetz – AGG****Grundsätzliche Tendenz positiv**

Die mit dem vorliegenden Entwurf beabsichtigten Grundlagen und Rahmenbedingungen stellen wichtige Maßnahmen aus Sicht der Sekundärprävention dar. Der gegenständliche Entwurf ist grundsätzlich zu begrüßen.

Im Vorblatt zum AGG-Entwurf wird darauf hingewiesen, dass dieses Bundesgesetz u. a. den koordinierten Mitteleinsatz in der Gesundheitsförderung zum Erhalt von Arbeitsfähigkeit zum Ziel hat. Die Schaffung eines Gesundheitsförderungsgesetzes, wie es im Regierungsprogramm vorgesehen ist, wird damit allerdings nicht

Rechnung getragen. Wenngleich der *betriebliche* Lebensraum für die Gesundheitsförderung ein überaus wichtiger ist, so kann mit dem vorliegenden Entwurf nur ein Ausschnitt der Prävention abgedeckt werden.

Die Krankenversicherungsträger, die AUVA und die Sozialpartner fördern und unterstützen im Rahmen des österreichischen Netzwerks für Betriebliche Gesundheitsförderung bereits jetzt Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung.

Mit dem vorliegenden Entwurf scheint auf bereits bestehende Arbeitsstrukturen, mögliche Schnittstellen oder Synergien nicht ausreichend Bezug genommen zu werden. Im Sinne der (lt. Vorblatt als Ziel definierten) Effektivitäts- und Effizienzsteigerung sollten im Entwurf im Sinn der Vermeidung von Doppelgleisigkeiten, entweder der Rahmen für die beschriebenen Interventionen trennschärfer formuliert, oder Synergien zu bestehenden Angeboten und Strukturen in der sozialen Krankenversicherung entsprechende Niederschlag finden.

Der Entwurf hat im Prinzip zwei Ziele: Zum einen soll ein Case-Management-System für Menschen, die lange arbeitsunfähig waren, aufgebaut werden, um frühzeitige Intervention zu ermöglichen. Zum anderen soll generell eine Sensibilisierung für eine „gesunde Arbeitswelt“ und Information und Bewusstseinsbildung bei Erwerbstätigen und Betrieben erfolgen. Für beide Bereiche soll das Bundessozialamt zuständig sein, das sich bei seiner Aufgabenerfüllung der Dienste Dritter bedienen darf.

Beides wird begrüßt, dient es doch Zielen, die der sozialen Kranken- und Pensionsversicherung zu Gute kommen, nämlich der Verbesserung der Gesundheit, der Weiterbeschäftigung der Versicherten und weniger Krankenständen. Die positiven Auswirkungen für den Menschen (Versicherten) seien an dieser Stelle als ebenso wichtig erwähnt.

### **Keine Parallelstrukturen aufbauen, vorhandene Ressourcen nützen**

Allerdings möchten wir darauf hinweisen, dass – was die generelle betriebliche Gesundheitsförderung betrifft – keine Parallelstrukturen aufgebaut werden sollten, zumal es bereits akzeptierte und erfolgreiche Akteure in diesem Bereich gibt. So arbeiten z. B. im österreichischen Netzwerk BGF (betriebliche Gesundheitsförderung) die Krankenversicherungsträger, die AUVA, der Hauptverband und die Sozialpartner

zusammen. Dieses Netzwerk besteht seit 2000 und wird in der betrieblichen Gesundheitsförderung als kompetenter und relevanter Partner wahrgenommen. Es sollte daher unbedingt vermieden werden, dass es zwischen neu zu schaffenden Angebotsstrukturen und bestehenden Einrichtungen, in denen alle Krankenversicherungsträger bereits maßgeblich mitarbeiten, zu einer Konkurrenzsituation kommt. Vielmehr sollte eine diesbezügliche Zusammenarbeit unterstützt, gefördert und für einen weiteren Ausbau von betrieblichen Angeboten genutzt werden. Insofern ist der Hinweis in den Erläuterungen, dass hier keine Versorgung und somit Bedarf bestehe, unrichtig.

An dieser Stelle möchten wir anmerken, dass auch im Bereich des Case Managements (inkl. Arbeitsunfähigkeits-Management) in Oberösterreich eine Kooperation der OÖGKK mit dem Verein „miteinander“ (Präventionsmanagement) besteht, wobei dieser Verein mit dem Bundessozialamt zusammen arbeitet.

Für interessierte Betriebe werden bereits seit Jahren Informations- und Unterstützungsleistungen im Kontext mit der betrieblichen Gesundheitsförderung von den Mitgliedsorganisationen des Österreichischen Netzwerkes für betriebliche Gesundheitsförderung (ÖNBGF) erfolgreich angeboten, durch welche Betriebe beratend und operativ in der Umsetzung und Nachhaltigkeitssicherung von Betrieblicher Gesundheitsförderung (BGF) unterstützt werden. Das ÖNBGF ist mit Regionalstellen meist bei den Krankenversicherungsträgern angesiedelt, in jedem Bundesland vertreten. Diesbezüglich haben Regionalstellen Kompetenzen und Ressourcen aufgebaut.

Inhaltlich gleicht das Vorhaben „Fit2Work“ dem in Niederösterreich seit Jahren etablierten Pilotversuch „Workfit“, an dem auch die Case Manager der NÖGKK teilgenommen haben. Auch auf Grund dieser Erfahrungen wird die Umsetzung des gegenständlichen Entwurfes befürwortet.

Eine Zielgruppe für „Fit2Work“ sollen auch Betriebe mit im Branchenvergleich überdurchschnittlichen Krankenständen bzw. einem Beratungsbedarf für Gesundheit am Arbeitsplatz bilden. So wird in den Projekten der NÖGKK auch auf besondere Unternehmensstrukturen (z. B. Kleinbetriebe) Rücksicht genommen. Hinzu kommt, dass die Aktivitäten der Krankenversicherungsträger im Zusammenhang mit der BGF den internationalen Qualitätsstandards entsprechen. Für diesen Bereich wären daher die Krankenversicherungsträger im Gesetz als gleichwertige Partner auszuweisen.

Auf der Seite vier der Erläuterungen wird ausgeführt, dass die Erstellung von Gutachten oder arbeitsmedizinischen Befunden nicht durch die Case Manager erfolgt, sondern über die Partner (wie etwa die Gebietskrankenkassen). Dabei wird ein Basis-Check unter Berücksichtigung multipler Problemlagen und auch der privaten Gesundheitsrisiken (bio-psycho-soziales Entstehungsmodell von Krankheiten) durch arbeitsmedizinisch, arbeitspsychologisch und berufsdiagnostisch ausgebildetes Personal durchgeführt. Ob dies von den Gebietskrankenkassen geleistet werden kann, sei in Frage gestellt.

Nicht angeführt ist im vorliegenden Entwurf, auf welche Weise das Bundessozialamt zu den Betroffenen kommt (Informationspflicht der Krankenversicherungsträger, die ja primär von längeren Arbeitsunfähigkeiten Kenntnis haben?).

Als positiv wird gewertet, dass versucht wird, eine taugliche datenschutzrechtliche Grundlage für die Verwendung der Daten festzuschreiben.

### **Arbeitsmodelle für Menschen mit eingeschränkter Leistungsfähigkeit sind notwendig**

Es wird zu bedenken gegeben, dass die Verhinderung eines frühzeitigen Ausscheidens aus dem Erwerbsleben bei Personen mit eingeschränkter Gesundheit nicht wirklich sinnvoll ist, solange keine speziellen Arbeitsmodelle zur Integration von Menschen mit eingeschränkter Leistungsfähigkeit geschaffen werden.

Bei entsprechender Verwirklichung sind die Veränderungen aus Sicht der Sozialversicherung jedoch begrüßenswert.

### **Kritische Sicht durch Verwendung von Schlagworten**

Es sei aber nicht verhohlen, dass der Entwurf eine Reihe von Schlagworten (z. B. „Intervention“) verwendet, bei denen erst in der Praxis erkennbar sein wird, welche Inhalte sich aus ihnen ergeben. Für ein betont „niederschwelliges und freiwilliges Informations-, Beratungs- und Unterstützungsangebot“ sind konkrete Maßnahmen zu setzen, um es wirksam werden zu lassen.

Lediglich die Erläuterungen lassen das mögliche Ausmaß der Beratungstätigkeiten erahnen, wobei hinsichtlich der Case ManagerInnen allerdings im Unklaren bleibt, aufgrund welcher Vorgaben diese rekrutiert werden sollen, außer dass eine entsprechende „Gender- und Diversitykompetenz“ vorhanden sein muss.

Es wird daher vorgeschlagen, die Erläuterungen zumindest im Allgemeinen Teil etwas mehr „down to earth“ zu formulieren, der Arbeitsbereich „fit to work“ hat durchaus konkret umschreibbare Aktivitäten gesetzt, wie die Erfahrungen aus der Praxis zeigen.

### **Finanzierung, Vermeidung von Doppelgleisigkeiten**

Von der SVA der Bauern wurde vorgeschlagen sicherzustellen, dass auch hinkünftig die finanzielle Beteiligung durch andere Sozialversicherungsträger (als PVA und AUVA) freiwillig bleiben solle.

Infolge verschiedener – schon jetzt bestehender - Projekte (z. B. Präventionsmanagement Vorarlberg vom Bundessozialamt mit „a-plus“ etc.) soll eine bundesweite Struktur für ein solches Beratungsangebot geschaffen werden. Die finanzielle Beteiligung der Krankenversicherungsträger ist nicht verpflichtend vorgeschrieben, wird jedoch laut Erläuterungen (§ 6) im Rahmen von Vereinbarungen mit AUVA und PVA „gewünscht“ (welche Rechtsqualität sollen diese Vereinbarungen haben: in VfSlg 17.172 hat sich der VfGH kritisch dazu geäußert, weil sie nicht mit dem nach dem B-VG vorgegebenen Handlungsrahmen übereinstimmen). Die VGKK hat dazu festgehalten, dass die Ziele des AGG von ihr unterstützt werden, da aber derzeit schon verschiedene Projekte und Maßnahmen der Krankenversicherungsträger – insbesondere auch der VGKK – für diese Bereiche durchgeführt werden, besteht die Gefahr von Doppelgleisigkeiten und wäre zu deren Verhinderung Vorsorge zu treffen.

### **Zu § 1 AGG**

Der Entwurf gibt keinen Aufschluss darüber, wie das Informations-, Beratungs- und Unterstützungsangebot tatsächlich ausgestaltet ist. Der Entwurf sieht lediglich vor, dass die Steuerungsgruppe bei der Ausschreibung des Informations-, Beratungs- und Unterstützungsangebotes das Leistungsverzeichnis abnimmt.

Um Unklarheiten über das Leistungsspektrum zu vermeiden, wird daher vorgeschlagen, zumindest die wesentlichen Leistungen bzw. die Kernpunkte im Gesetz zu verankern.

Außerdem sollte der erste Satz des Abs. 1 wie folgt lauten:

„(1) Ziel dieses Bundesgesetzes ist der **möglichst langfristige Erhalt der Arbeits- oder Erwerbsfähigkeit erwerbstätiger oder geeigneter arbeitsloser Personen**.“

Dies würde auch den Erläuterungen zu § 1, insbesondere mit der Einbeziehung der dort genannten Zielgruppe von arbeitslosen Personen, entsprechen.

In Abs. 1 und 4 sollte der Ausdruck „gesundheitsförderlich“ durch das Wort „**gesundheitsfördernd**“ ersetzt werden.

### **Zu § 3 AGG**

Schon alleine deswegen, dass dem Hauptverband die Wahrung der allgemeinen und gesamtwirtschaftlichen Interessen im Vollzugsbereich der Sozialversicherung obliegt, ist es unverständlich, dass der Hauptverband keine Koordinierungs- und Steuerungsfunktion erhalten soll. Laut Entwurf hat auch der Hauptverband in den nachfolgenden Bestimmungen weitreichende Aufgaben hinsichtlich Pseudonymisierung, Erstellung von Statistiken usw. zu erfüllen. Dies allein rechtfertigt schon eine Vertretung in der Steuerungsgruppe.

Zusätzlich ist es unverständlich, dass auch die Krankenversicherungsträger nicht in der Steuerungsgruppe vertreten sein sollen. Wenn mit diesen Maßnahmen Ziele wie Wiedereingliederung nach langen Krankenständen, frühzeitige Verhinderung von Arbeitslosigkeit aus gesundheitlichen Gründen usw. verfolgt werden, ist die Mitarbeit der Krankenversicherungsträger Voraussetzung für den Erfolg dieses Projektes.

Zusätzlich wäre zu hinterfragen durch welche Institution die anderen Pensionsversicherungsträger vertreten werden. Es ist davon auszugehen, dass auch bei den übrigen Pensionsversicherungsträgern ein frühzeitiges Ausscheiden aus den Erwerbsleben verhindert werden soll.

Es fällt auf, dass in jedem Fall die drei Ministeriumsvertreter die beiden Sozialversicherungsvertreter überstimmen können und beliebig über deren finanzielle Anteile verfügen könnten (§ 4 Abs. 6 Z 6). Da die Steuerungsgruppe kein geschäftsführendes Organ ist, werden diese Ergebnisse nicht verbindlich sein. Es sollte daher ein sechstes Mitglied (samt Stellvertreter) aus dem Bereich der Krankenversicherungsträger in die Steuerungsgruppe nominiert werden.



Entweder sollte dieser Vertreter durch die Trägerkonferenz des Hauptverbandes nominiert werden oder aus dem Bereich der Wiener Gebietskrankenkasse sein. Die Wiener Gebietskrankenkasse wäre einerseits der größte Krankenversicherungsträger und andererseits hätte sie auch Erfahrung durch den erfolgreichen Pilotversuch „Service, Arbeit und Gesundheit“ (siehe auch die Erläuterungen des Entwurfs, Allgemeiner Teil, Abs. 4, Finanzielle Erläuterungen, Abs. 2). Dementsprechend sollte in Abs. 2 der Gesetzestext mit einer Z 6 ergänzt werden.

Außerdem sollte neben dem Vertreter eines Krankenversicherungsträgers, ausdrücklich zusätzlich ein Vertreter eines Sonderkrankenversicherungsträgers bestellt werden.

In Abs. 3 wäre die Z 3 entbehrlich, wenn der Vertreter der Krankenversicherungsträger als Mitglied der Steuerungsgruppe normiert wird. Stattdessen sollte das AMS Österreich ein Mitglied (und einen Stellvertreter) in den Beirat nominieren, zumal es auch wesentlich durch das Ziel dieses Gesetzes betroffen ist und mit 40 % am Gesamtaufwand beteiligt sein soll.

Abs. 5 sollte lauten:

*„(5) Die Mitglieder und stellvertretenden Mitglieder der Steuerungsgruppe sowie des Beirates haben ihr Amt gewissenhaft und unparteiisch auszuüben. Die (stellvertretende) Mitgliedschaft ist ein Ehrenamt.“*

Damit sollten auch etwaige Entschädigungsfragen klargestellt sein. In den Erläuterungen könnte dies noch mit der Anführung des Reisekostenersatzes ergänzt werden.

#### **Zu § 4 AGG**

Es ist davon auszugehen, dass die Mitglieder der Steuerungsgruppe und des Beirates den allgemeinen Regeln der Amtsverschwiegenheit unterliegen, dies schließt Berichte an die jeweils entsendenden Stellen nicht aus. In Abs. 8 sollte jedoch auch auf die Verschwiegenheitspflichten des § 7 Abs. 5 verwiesen werden, weil auch personenbezogene Daten Teil der Beratungsunterlagen sein könnten.

#### **Zu § 6 AGG**

Die erforderlichen Mittel für die Tätigkeit der Träger des Informations-, Beratungs- und Unterstützungsangebots sollen zu 40 Prozent durch die Sozialversiche-

Träger, zu 40 Prozent durch das Arbeitsmarktservice und zu 20 Prozent durch das Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen aufgebracht werden. Der Anteil der Sozialversicherungsträger soll von der PVA zu zwei Dritteln und von der AUVA zu einem Drittel getragen werden. Eine Verpflichtung anderer Sozialversicherungsträger zur Kostenbeteiligung besteht offenbar nicht. Betriebskrankenkassen sollen überhaupt nicht als Krankenversicherungsträger zählen. Von diesem Projekt werden allerdings Personen aller Sozialversicherungsträger betroffen sein.

Es wird angeregt, alle Sozialversicherungsträger nach dem Verbandsbeitragspunkten an der Kostentragung zu beteiligen, soweit eine entsprechende Mitsprache sichergestellt werden kann.

### **Zu § 8 Abs. 3 AGG**

Fraglich ist, wie die in § 8 Abs. 3 AGG vorgesehene Datener- und -übermittlung erfolgen soll. Diese dürfte sich als *höchst aufwendig* (z. B. Z 1 lit. d - Krankenstandstage inkl. Diagnose und Aufwand für Krankengeld, abgesehen davon, dass bei Entgeltfortzahlung für Angestellte teilweise Krankenstände gar nicht bekannt werden!) bis *unmöglich* (z. B. Z 1 lit. g - Aufwand des KV-Trägers für Krankenhausaufenthaltstage, weil diese Abrechnungen nach § 447f ASVG pauschaliert sind) erweisen.

Die in Z 1 lit. c angeführte Bezeichnung „Angaben über die Beitragsgrundlage“ ist zu unbestimmt. Die Gebietskrankenkassen wissen keine aktuelle bzw. monatliche Beitragsgrundlage, da diese durch die Dienstgeber nicht gemeldet wird. Sie verfügen nur über Jahresbeitragsgrundlagen bzw. bei Abmeldung eines Versicherten über die in einem Kalenderjahr bei diesem Dienstgeber erworbenen Gesamtgrundlagen. Diese sind aber ohnehin im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger zentral gespeichert und müssen daher nicht gesondert beim Krankenversicherungsträger abgefragt werden.

Aus unserer Sicht hätte diese Bestimmung ersatzlos zu entfallen.

### **Übergangsbestimmung zum AGG**

Eine Übergangsbestimmung ist notwendig, weil das entsprechende Angebot erst 2013 flächendeckend eingeführt werden kann (siehe die Erläuterungen, Allgemeiner Teil, Abs. 2). Auch wenn das Gesetz selbst keinen individuellen Rechtsan-



spruch mit Durchsetzbarkeit im Rechtsweg einräumt, wäre es aus rechtsstaatlicher Sicht zumindest geboten, ein Übergangsrecht zu schaffen, da beim generellen Inkrafttreten mit 1. Jänner 2011 noch keine gesamtstaatlichen Strukturen vorhanden sein werden.

Folgende Formulierung wird vorgeschlagen:

*„§ 11. Das Informations-, Beratungs- und Unterstützungsangebot gemäß § 1 Abs. 1 bis 3 wird in drei Stufen in den Jahren 2011 bis 2013 eingeführt.“*

### **Zum ArbeitslosenversicherungsG – AIVG**

#### **Zu Art. 1 Z 2 - § 18 Abs. 2 lit. c AIVG**

In Übereinstimmung zu den §§ 198 und 303 ASVG sollte statt „einer Maßnahme der beruflichen Rehabilitation ....“ folgender Wortlaut gewählt werden: „einer beruflichen Maßnahme der Rehabilitation ...“

Da sich die Bezugsdauer des Arbeitslosengeldes auf 78 Wochen nach Absolvierung einer beruflichen Maßnahme der Rehabilitation erhöht, sollte klargestellt werden, wann eine berufliche Maßnahme der Rehabilitation als absolviert gilt.

Es ist zu hinterfragen, ob die Höchstbezugsdauer von 78 Wochen tatsächlich nur mehr nach Absolvierung einer beruflichen Maßnahme der Rehabilitation zur Anwendung gelangt und das Alter sowie die Langzeitversicherung des Arbeitslosen/der Arbeitslosen gänzlich außer Acht gelassen werden sollen.

#### **Zu Art. 1 Z 4 - § 27 Abs. 4 AIVG**

Der Kostenersatz bei Blockzeitregelungen ab 2011 wird von 55 auf 50 % gesenkt. Der abzugeltende Anteil bei kontinuierlicher Arbeitszeitverkürzung bleibt mit 90 Prozent des zusätzlichen Aufwandes gleich. Dadurch wird die Aufrechterhaltung der Beschäftigung älterer Personen mit verkürzter Arbeitszeit bei teilweisem Lohnausgleich gefördert.

#### **Zu Art. 1 Z 5 - § 28a Abs. 2 AIVG**

Das Aktivierungsgeld ist eine Leistung an den Arbeitgeber, der Langzeitarbeitslose in Beschäftigung am ersten Arbeitsmarkt bringt. Diese Personen befinden sich in entlohnenden Arbeitsverhältnissen und sind daher nicht mehr arbeitslos. Die Hö-

he des in Abs. 2 genannten Aktivierungsgeldes für den Arbeitsgeber müsste daher auf das fiktive Arbeitslosengeld abgestellt werden.

### **Art. 1 Z 6 - § 79 Abs. 110 AIVG**

Im Zusammenhang mit dem In Kraft treten der neuen Bestimmungen wurde dem § 79 AIVG der Abs. 110 angefügt, aus dem hervorgeht, dass die geänderten Bestimmungen jeweils mit 01. 01. 2011 in Kraft treten sollen. In dieser Bestimmung ist jedoch § 27 Abs. 4 AIVG nicht aufgezählt. Diesbezüglich handelt es sich offensichtlich um ein Versehen.

### **Zum SonderunterstützungsgG – SUG**

#### **Zu Art. 1 Z 1 - § 6 Abs. 1 SUG**

Die Ergänzung des § 6 Abs. 1 AIVG um die Z 8 „Aktivierungsgeld“ sollte um den Klammerausdruck (an den Arbeitgeber gemäß § 28a) ergänzt werden, da alle anderen (Z 1 – 7) taxativ aufgezählten Geldleistungen dem Arbeitslosen/der Arbeitslosen gewährt werden. Beim Aktivierungsgeld jedoch handelt es sich gemäß § 28a AIVG um eine Geldleistung an den Arbeitgeber.

#### **Zu Art. 2 Z 4 - § 18 Abs. 3 SUG**

Gemäß § 18 Abs. 3 SUG ist ab 1. 1. 2011 von den Ansprüchen auf Sonderunterstützung zusätzlich (zu den bereits bestehenden 3 %) ein Beitrag in der Höhe von 1,5 % in Abzug zu bringen. Sollte diese Gesetzesänderung in der Weise interpretiert werden, dass ab 1. 1. 2011 von den Ansprüchen insgesamt 4,5 % in Abzug gebracht werden, würde die Änderung keinerlei Probleme darstellen. Müsste der Abzug jedoch getrennt in Höhe von 3 % und 1,5 % erfolgen, würde eine Realisierung (laut Rücksprache mit der Pensionsversicherungsanstalt, über deren EDV-Anwendung der Abzug erfolgt) mit 1. 1. 2011 zu administratorischen und zeitlichen Problemen führen.

### **Ergänzungsvorschlag zu § 5 Abs. 4 und 5 SUG**

Durch die 75. Nov. zum ASVG ändert sich auch der § 105 Abs. 1 bis 4 ASVG (Sonderzahlungen aliquot und 2. SZ im Oktober). Darum ist im Sonderunterstützungsgesetz der § 5 Abs. 4 in der Weise zu ändern, dass der Monat September auf den Monat Oktober zu ändern ist. Da die §§ 105 und 108h ASVG auch für Bezieher/innen einer Sonderunterstützung (§ 5 Abs. 4 und 5 SUG) zu tragen kommen, gel-

- 11 -

ten die weiteren Änderungen (SZ aliquot, Anpassungsverzögerung und SU-Erhöhung, § 658 Abs. 5) vollinhaltlich.

### **Zu Art. 2 Z 6 – Art. V Abs. 25 SUG**

Laut Wortlaut des Artikel V Abs. 25 gilt als Zugangsalter für neue Ansprüche auf Sonderunterstützung ab 1. 1. 2011 ausnahmslos das 52. Lebensjahr (§ 1 Abs. 1 SUG und Sozialplanfälle gem. Art. V Abs. 7 SUG). Es wird jedoch auch festgelegt, dass diese Bestimmung nur für jene Personen Gültigkeit hat, die erstmals nach Ablauf des 31. 12. 2010 eine diesbezügliche Leistung beantragen. Wird der Gesetzesentwurf in der Weise interpretiert, bleibt bei einer Antragstellung bis 31. 12. 2010 für alle Personen, welche die Voraussetzungen der Sonderunterstützung nach Art. V Abs. 7 zu einem in der Zukunft gelegenen Zeitpunkt erfüllen, das Zugangsalter 50. Lebensjahr gewahrt. Ist das beabsichtigt?

Mit freundlichen Grüßen  
Für den Hauptverband:

