

**HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER**

A-1031 WIEN

KUNDMANNGASSE 21

POSTFACH 600

TELEX 138682 hvsvt a

DVR 0024279

VORWAHL Inland: 0222, Ausland: 43-1

TEL 711 32 / KI. 1211 DW

TELEFAX 711 32 3780

Zl. 12-42.01/95 Gm/En

Wien, 4. Oktober 1995

An das
Präsidium des NationalratsParlament
1017 Wien

Betrifft GESETZENTWURF	
Zl. 12-42.01/95	-GE/19.....
Datum:	9. OKT. 1995
Verteilt	10. 10. 95

Dr. Hajek

Betr.: Entwürfe von Bundesgesetzen, mit denen
das ASVG (53. Novelle zum ASVG),
das Entgeltfortzahlungsgesetz,
das B-KUVG (24. Novelle zum B-KUVG),
das GSVG (21. Novelle zum GSVG),
das BSVG (20. Novelle zum BSVG),
das Betriebshilfegesetz (9. Novelle zum BHG),
das FSVG (9. Novelle zum FSVG) und
das Notarversicherungsgesetz 1972 (8. Novelle zum NVG 1972)
geändert werden

Bezug: Schreiben des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales
an den Hauptverband vom 7. August 1995, Zl. 20.353/21-1/95,
21.144/2-1/95, 20.624/1-11/95, 20.799/3-11/95, 20.588/1-11/95,
21.358/2-1/95

Sehr geehrte Damen und Herren!

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales hat uns ersucht, Ihnen 25 Ausfertigungen unserer Stellungnahme zu übersenden.

Wir übermitteln Ihnen hiemit die erbetenen Kopien.

Hochachtungsvoll

Der Generaldirektor:

Beilagen

**HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER**

A-1031 WIEN

KUNDMANNGASSE 21

POSTFACH 600

TELEX 136682 hvsvt a

DVR 0024279

VORWAHL Inland: 0222, Ausland: 43-1

TEL. 711 32 / KI. 1211 DW

TELEFAX 711 32 3780

Zl. 12-42.01/95 Gm/En

Wien, 4. Oktober 1995

An das
Bundesministerium für Arbeit
und Soziales

Stubenring 1
1010 Wien

Betr.: Entwürfe von Bundesgesetzen, mit denen
das ASVG (53. Novelle zum ASVG),
das Entgeltfortzahlungsgesetz,
das B-KUVG (24. Novelle zum B-KUVG),
das GSVG (21. Novelle zum GSVG),
das BSVG (20. Novelle zum BSVG),
das Betriebshilfegesetz (9. Novelle zum BHG),
das FSVG (9. Novelle zum FSVG) und
das Notarversicherungsgesetz 1972 (8. Novelle zum NVG 1972)
geändert werden

Bezug: Ihre Schreiben vom 7. August 1995, Zl. 20.353/21-1/95,
21.144/2-1/95, 20.624/1-11/95, 20.799/3-11/95,
20.588/1-11/95, 21.358/2-1/95

Sehr geehrte Damen und Herren!

Zu den ausgesandten Gesetzesentwürfen nimmt der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (unter Berücksichtigung der Stellungnahmen der Sozialversicherungsträger) folgendermaßen Stellung:

Der Hauptverband begrüßt grundsätzlich die Ergänzung der bisherigen Möglichkeiten der Zusammenarbeitsformen von Gesundheitsberufen. Es ist jedoch auch ein Anliegen des Hauptverbandes, daß das Gruppenpraxengesetz nur zusammen mit Begleitmaßnahmen in den Sozialversicherungsgesetzen umgesetzt wird. Dieser Grundsatz wurde auch vom gesundheitspolitischen Ausschuß des Nationalrates in seiner EntschlieÙung zum Gruppenpraxengesetz vom 16. Juli 1994 aufgenommen.

Im Entwurf zum Gruppenpraxengesetz, das vom Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz ausgesandt wurde, sind jedoch etliche Grundsätze nicht aufgenommen worden, die nach Ansicht des Hauptverbandes unbedingt im ASVG verankert gehören. Wir ersuchen Sie, diesbezüglich auch die Stellungnahme des Hauptverbandes zum Gruppenpraxengesetz zu beachten.

Folgende Grundsätze - die der Entwurf zum Gruppenpraxengesetz größtenteils berücksichtigt - müssen auch in Zukunft gelten:

- Die **"interdisziplinären Versorgung"** - insbesondere in medizinisch unterversorgten Gebieten - muß Vorrang haben, da in diesem Fall die Errichtung einer Gruppenpraxis die Erreichbarkeit **einer Vielzahl** von Gesundheitsleistungen verbessern würde (vgl. hierzu auch die Erläuternden Bemerkungen zum Gruppenpraxengesetz - Grundsatz der **wohnnahen Primärversorgung**).
- Der **Organisationsgrad der Gruppenpraxen** muß überschaubar bleiben. Insbesondere ist es wichtig, daß die **Bestimmungen über Ambulatorien** - die besonders im Interesse des Patienten sind - durch die Gründung von Gruppenpraxen **nicht unterlaufen** werden.
- Bei der Zusammenarbeitsform der Gruppenpraxis muß die **freiberufliche Zusammenarbeit** zumindest im Vordergrund stehen. **Es ist auch darauf hinzuweisen, daß nach der Entschließung des Nationalrates zum Gruppenpraxengesetz vom 16. Juli 1994 eine Anstellung von Ärzten keinesfalls in Frage kommt.**

Ausdrücklich sei auf den **Novellierungsvorschlag zu § 153 ASVG** hingewiesen. Dieser Vorschlag soll allfällige Zweifel, die die Sicherheit des Zahnbehandlungsanspruches der Patienten betreffen, ausräumen und das Umfeld dieser Leistungen absichern helfen. Darüber soll die **Leistungseinschränkung für Ambulatorien** gestrichen werden, weil diese Einschränkung angesichts der medizinischen Entwicklung nicht mehr tragbar erscheint.

Der Hauptverband möchte überdies darauf hinweisen, daß eine Reihe von Änderungsvorschlägen, die nach den Erläuterungen des vorliegenden Entwurfes ihm zugeschrieben werden, in dieser Form nicht von ihm stammen (z. B. zu § 33 ASVG, § 238 ASVG). In den Erläuterungen wird mehrmals davon gesprochen, daß ein Novellierungsvorschlag auf den Hauptverband zurückginge (z. B. "aus EDV-technischen Gründen").

Es trifft zwar zu, daß über die genannten Themen in der Vergangenheit (teilweise auch) mit dem Hauptverband gesprochen wurde, dies bedeutet aber nicht, daß sich der Hauptverband (auf welcher Entscheidungsebene immer) mit den Entwürfen in der ausgesandten Form einverstanden erklärt hätte. Der Hauptverband hält es für bemerkenswert, daß zwar er zitiert wird, daß bei anderen Novellierungsanregungen - die nach dem Informationsstand des Hauptverbandes von Interessenvertretungen stammen - diese Stellen in den Erläuterungen nicht erwähnt sind.

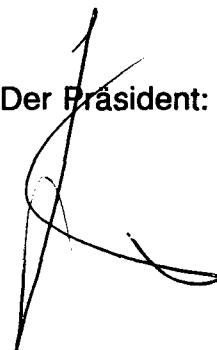
Wunschgemäß haben wir an das Präsidium des Nationalrats 25 Kopien unserer Stellungnahme übermittelt.

Hochachtungsvoll

Der Generaldirektor:



Der Präsident:



Stellungnahme

zum Entwurf der 53. ASVG-Novelle

Zu Art I Z 4, 5, 6, 9, 11, 28, 35, 44 und 56 usw. - Zitatänderungen:

Wiederverlautbarungen (wie z. B. das im Entwurf häufig erwähnte Wehrgesetz) sind auch ohne Novellierung bereits nach § 544 ASVG "in ihrer jeweils geltenden Fassung" anzuwenden. Das Wehrgesetz hätte daher schon bisher im ASVG mit "Wehrgesetz 1990" zitiert werden müssen.

Die häufigen Änderungen, die nur darauf beruhen, daß der Name eines Gesetzes geändert wird, sind unnötig und könnten entfallen.

Der Novellentext würde dadurch leichter lesbar.

Das sieht auch Art. 49a Abs. 3 des Bundes-Verfassungsgesetzes vor: Es gilt der wiederverlautbarte Text eines Gesetzes und damit auch sein neuer Name, ohne daß das in anderen Gesetzes noch eigens erwähnt werden müßte.

Auf die Tätigkeit der Rechtsbereinigungskommission, die für die Sozialversicherungsgesetze beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales eingerichtet wurde, sei verwiesen.

**Zu Art. I Z 1 - § 4 Abs. 1 Z 5 ASVG:
Vollversicherung - Doppelversicherung**

Hinsichtlich dieser Regelung stellt sich die Frage, ob diese Bestimmung nicht auch um

- die **berufliche Ausbildung der Altenbetreuung**,
- die berufliche Ausbildung der **Pflegehelfer** sowie
- um die **Nostrifikanten** im Sinne des Bundesgesetzes betreffend die Regelung des Krankenpflegefachdienstes, der medizinisch-technischen Dienste und der Sanitätshilfsdienste sowie des Hebammengesetzes

erweitert werden soll.

Überdies führt die derzeitige Regelung des § 4 Abs. 1 Z 5 in der Praxis häufig zu **Doppelversicherungen**. Dies ist dann der Fall, wenn

- Bezieher von Stiftungs- oder Arbeitslosengeld,
- Beihilfenbezieher gemäß § 35 AMSG,
- Bezieher von Übergangsgeld,
- Rehabilitanden im Sinne der §§ 198, 303 ASVG

eine Ausbildung im Sinne des § 4 Abs. 1 Z 5 absolvieren. Diesbezüglich müsste nach Ansicht des Hauptverbandes eine Ausnahmebestimmung getroffen werden, um eben diese Doppelversicherungen zu vermeiden.

**Zu Art. I Z 2 - § 4 Abs. 1 Z 12 ASVG:
Vollversicherung**

Personen, die eine Geldleistung nach dem Militärberufsförderungsgesetz beziehen, sollen vollversichert sein.

Im Entwurf fehlt allerdings eine Regelung

- über den Beginn und das Ende der Versicherung (§ 10 ASVG)
- sowie über die örtliche Zuständigkeit der Gebietskrankenkasse (§ 30 ASVG).

Ergänzend sei darauf hingewiesen, daß gemäß § 51a Abs. 1 ASVG für die in der Pensionsversicherung pflichtversicherten Personen für den Ausgleichsfonds der Pensionsversicherungsträger ein Zusatzbeitrag von 4,3 % der allgemeinen Beitragsgrundlage zu entrichten ist. Hinsichtlich dieses Zusatzbeitrages ist keine paritätische Beitragsbelastung vorgesehen. Hingegen erwähnen die Erläuterungen, daß die für diese Personengruppe zu entrichtenden Beiträge in der Kranken- und Pensionsversicherung je zur Hälfte vom Bund und vom Versicherten zu tragen sind. Dies stimmt daher mit der Rechtslage nur grob überein.

In Anbetracht der derzeitigen Rechtslage geht der Hauptverband davon aus, daß sich diese Erklärung nicht auf den Zusatzbeitrag in der Pensionsversicherung bezieht.

**Zu Art. I Z 4 - § 4 Abs. 3 Z 11 ASVG:
Vollversicherung - Tierärzte**

Wie die Praxis der Sozialversicherungsträger gezeigt hat, bereiten die Bestimmungen über Beginn und Ende der Pflichtversicherung für die Ermittlung der Beitragsgrundlagen für die sogenannten Wohnsitzärzte oftmals Probleme. Die nunmehr beabsichtigte Einbeziehung von **Tierärzten** in die Bestimmung des § 4 Abs. 3 Z 11 ASVG würde hinsichtlich der Durchführung der Versicherung gleichartige Schwierigkeiten nach sich ziehen. Unter diesem Gesichtspunkt sollte daher sowohl für "Wohnsitzärzte" als auch für "Vertretungstierärzte" eine **feste Beitragsgrundlage** vorgesehen werden.

**Zu Art. I Z 7 - § 8 Abs. 1 Z 3 lit b ASVG:
Teilversicherung - fachkundige Laienrichter**

Der betroffene Personenkreis übt hoheitliche Funktionen aus und ist damit schon in terminologischer Hinsicht eher dem Versichertenkreis des B-KUVG zuzuordnen.

In Anbetracht dessen sollten die **fachkundigen Laienrichter** in Arbeits- und Sozialrechtssachen sowie die fachmännischen Laienrichter gemäß § 20 GerichtsorganisationsG in die gesetzliche **Unfallversicherung** nach dem B-KUVG einbezogen werden.

**Zu Art. I Z 12 - § 19 Abs. 1 Z 4 ASVG:
Selbstversicherung in der Unfallversicherung**

In diesem Textvorschlag wird der Begriff des Entgeltes verwendet und auf § 49 ASVG verwiesen. Aus der Definition des Entgeltes im Sinne des § 49 Abs. 1 ASVG geht jedoch eindeutig hervor, daß es sich dabei um Bezüge handelt, die aufgrund eines Dienstverhältnisses geleistet werden. Da es im vorliegenden Fall aber gerade um den Versicherungsschutz von Personen geht, die nicht in einem Dienstverhältnis zur **Rettungsorganisation** stehen, wird im Sinne der Diktion des ASVG folgender Text vorgeschlagen:

- "4. Personen, **die aufgrund Ihrer Tätigkeit** im Rahmen organisierter Rettungsdienste, deren **Zweckwidmung** auf Einsätze zur Leistung erster ärztlicher Hilfe in Notfällen im Inland ausgerichtet ist, **Bezüge (ausgenommen Bezüge im Sinne des § 49 Abs. 3 ASVG) erhalten**; alle diese Personen jedoch nur, wenn sie ihren Wohnsitz im Inland haben und nicht schon in dieser Tätigkeit in der Unfallversicherung pflichtversichert sind."

Zu Art. I Z 14 - § 31 Abs. 4 Z 5 ASVG:**Dokumentation über die Verwaltungskörper der Sozialversicherung**

Es soll eine eindeutige Rechtsgrundlage dafür geschaffen werden, daß der Hauptverband mit Hilfe der EDV eine Dokumentation über die in die Verwaltungskörper der einzelnen Sozialversicherungsträger (des Hauptverbandes) entsendeten Versicherungsvertreter und ihre Stellvertreter aufbauen und aktuell führen kann.

Diese Tätigkeit beruht auf einem Wunsch des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales. Dem Vernehmen nach stand bei dem entsprechenden Wunsch der Gedanke im Hintergrund, klarzustellen,

- wer für die Sozialversicherungsträger geschäftsführungs- und vertretungsbefugt ist und
- wen allenfalls Haftungen treffen können (§ 424 ASVG),

weil die Sozialversicherungsträger und ihre Organe nicht in vergleichbaren öffentlichen Registern enthalten sind (keine Firmenbucheintragung etc.).

Es wird daher sicherzustellen sein, daß die zu erwartenden Weisungen nur solche Daten für die Speicherung vorsehen, die für diese Zwecke auch tatsächlich notwendig sind (und keine Privatdaten, wie Wohnanschrift, Bankverbindung usw.).

Im Detail sei darauf hingewiesen, daß die Bestellung der Versicherungsvertreter der Verwaltungskörper der Versicherungsanstalt des österreichischen Notariates (Hauptversammlung, Vorstand) nicht auf Grund einer Entsendung erfolgt. Die Hauptversammlung setzt sich vielmehr gemäß § 72 Abs. 1 NVG 1972 aus den jeweiligen (gewählten) Mitgliedern des Delegiertentags der Österreichischen Notariatskammer und zehn gewählten ehemaligen Notaren zusammen. Die Mitglieder des Vorstandes werden von der Hauptversammlung gewählt (§ 72 Abs. 4 Z 1 und 2 NVG 1972). Die Rechnungsprüfer der Versicherungsanstalt, welche ebenfalls von der Hauptversammlung gewählt werden, sind kein eigener Verwaltungskörper.

**Zu Art. I Z 18 - § 33 Abs. 1 ASVG:
An- und Abmeldung der Pflichtversicherten**

Die gegenständliche Bestimmung (mit ihren komplizierten und detaillierten Regelungen) könnte wesentlich vereinfacht und gekürzt werden.

Nach Ansicht des Hauptverbandes würde es ausreichen, eine einheitliche **Meldefrist von**

- **7 Tagen** für **Anmeldungen** und
- **14 Tagen** für **Abmeldungen, Änderungsmeldungen** usw.

vorzusehen.

Die bisherigen Regeln stammen aus einer Zeit, in der es noch keine EDV-Lohnverrechnung und auch keine Telefaxe gab, sodaß Differenzierungen notwendig waren.

Die heutige Praxis zeigt, daß mit den oben genannten Fristen ausgedungen werden kann: diese Fristen werden in mehreren Bundesländern bereits jetzt satzungsmäßig verwendet, ohne daß es zu größeren Schwierigkeiten gekommen wäre.

Die im Entwurf vorhandene Frist von **30 Tagen** ist **jedenfalls zu lange** - es ist unvorstellbar, daß in der heutigen Zeit ein Dienstgeber oder eine sonstige meldepflichtige Stelle diesen Zeitraum tatsächlich notwendig hätte, um ein Schriftstück mit den Grunddaten eines Versicherungsverhältnisses abzufertigen.

**Zu Art. I Z 19 - § 36 Abs. 1 Z 8 ASVG:
Militärkommanden als meldepflichtige Stellen**

In Österreich bestehen mehrere Militärkommanden, es müßte eine Ergänzung um das Wort "jeweilige" getroffen werden.

Zur Vereinfachten Abwicklung der Meldungen wird darauf hingewiesen, daß es sozialversicherungsintern möglich ist (§ 321 ASVG), Meldungen an verschiedenen Stellen einzubringen.

**Zu Art. I Z 22 - § 42 Abs. 1 erster Satz Z 2 ASVG:
Auskunftspflicht der Dienstgeber**

Die Dienstnehmereigenschaft ergibt sich oft erst nach der Feststellung, daß Entgelt zugeflossen ist. Diese Bestimmung sollte daher folgendermaßen lauten:

"2. Personen, die Geld- bzw. Sachbezüge gemäß § 49 Abs. 1 bis 4 leisten oder geleistet haben, unabhängig davon, ob der Empfänger als Dienstnehmer tätig war oder nicht,"

Der Entwurfstext trifft nämlich nicht den Fall, in dem noch gar nicht klar ist, ob der Empfänger als Dienstnehmer tätig war. Das Sachverhaltselement "Dienstnehmereigenschaft" sollte daher auf die Auskunftspflicht keinen Einfluß haben (dem gleichen Grundsatz folgen die Auskunftspflichtbestimmungen der Bundesabgabenordnung §§ 161 ff, besonders § 165, § 169 BAO).

In den Erläuterungen sollte klar zum Ausdruck kommen, daß dies beispielsweise und nicht in "erster Linie" bei Bankangestellten der Fall ist.

**Zu Art. I Z 25 - § 44 Abs. 2 ASVG:
Verkürzung der Beitragszeiträume**

Die Möglichkeit, auch kürzere Beitragszeiträume vorzusehen, sollte ersatzlos gestrichen werden, weil dies in der Praxis nicht vorkommt und auch nicht mehr notwendig ist.

Um eine bundeseinheitliche Vorgangsweise bei den geringfügig Beschäftigten sicherzustellen, sollte die Verlängerungsmöglichkeit auf ein Jahr im Gesetz festgeschrieben werden; es sollte hierfür keine Satzungsermächtigung geschaffen werden. Anstelle des Wortes "Jahr" sollte das Wort "Kalenderjahr" verwendet werden.

Die beste Lösung zur gesetzlichen Absicherung der derzeitigen Praxis bei geringfügig Beschäftigten - die von allen Beteiligten als befriedigend angesehen wird - wäre allerdings die, daß (anstelle der **Verlängerung** des Beitragszeitraumes) die **Zahlungsfälligkeit** des UV-Beitrages erst nach Ablauf des Kalenderjahres im Gesetz festgeschrieben wird. Beitragszeitraum sollte in diesem Fall auch für die geringfügig Beschäftigten der Kalendermonat sein.

Wegen des Aufwandes, der mit der Administration der vergleichsweise niedrigen Beitragszahlungen geringfügig Beschäftigter Personen verbunden ist, wird zur Diskussion gestelle, die **Belträge zu pauschalleren**.

**Zu Art. I Z 29 - § 59 Abs. 1 ASVG:
Verzugszinsen - prime rate**

Bei der Festsetzung der Höhe des Zinssatzes ist zunächst darauf zu achten, daß dieser Prozentsatz jedenfalls **wesentlich höher sein muß als der Zinssatz für Kredite.**

Dadurch soll eine billige Zwischenfinanzierung ("ein billiger Kredit durch die Nichtzahlung von Sozialversicherungsbeiträgen") ausgeschlossen werden.

Aus diesem Grund sollte daher die "prime rate" zumindest um **2 Prozentpunkte** erhöht werden.

In diesem Zusammenhang sollte jedoch auch die **Basis der Verzugszinsberechnung** aktualisiert werden. Eine Rundung auf volle Schilling 10,-- hat in Zeiten des EDV-Einsatzes keine Berechtigung mehr, eine Rundung auf volle Schilling erscheint sinnvoll.

Aufgrund der vorliegenden Formulierung kann die Verlautbarung der Höhe der Verzugszinsen immer nur rückwirkend erfolgen. Eine **gesetzliche Ermächtigung für das rückwirkende Festsetzen** ist allerdings nicht vorhanden und im Sinne der Rechtssicherheit wohl auch problematisch.

Um diese Schwierigkeit zu beseitigen, sollte daher nicht auf das darauffolgende Kalenderhalbjahr abgestellt werden, sondern an den **Verlautbarungszelpunkt** Bezug genommen werden. Es könnte z. B. lauten:

"... vom Hauptverband festzusetzen und in der Fachzeitschrift Soziale Sicherheit mit Wirkung ab dem folgenden Monatsersten zu verlautbaren."

Damit wäre die prime rate von Ende Dezember mit Verzugszinsenverlautbarung im Jänner ab Februar maßgebend, was vertretbar erscheint.

**Zu Art. I Z 30 - § 67 Abs. 5 ASVG:
Haftung für Beitragsschuldigkeiten**

Der Hauptverband hat Verständnis dafür, daß im Interesse der Betriebs- und Arbeitsplatzhaltung versucht wird, auch im Insolvenzverfahren möglichst "schuldenfreie" Betriebe veräußern zu können.

Allerdings ist zusätzlich zu bedenken, daß für die Sozialversicherungsträger auch dann Leistungsverpflichtungen entstehen, wenn keine Beiträge gezahlt werden.

Anders als die Bundesabgabenordnung kann daher das Sozialversicherungsrecht mit **Verzichts-/Erlöschensregeln für Beitragsverpflichtungen nicht sehr großzügig** umgehen.

**Zu Art. I Z 36 - § 90 Abs. 2 ASVG:
Vermeidung von Doppelbezügen - Ruhensbestimmungen**

Der Hauptverband ist der Meinung, daß - unabhängig von der jeweiligen Konstellation des Falles - ein Doppelbezug aus Mitteln der Sozialversicherung, wofür im allgemeinen keine sachliche Rechtfertigung vorliegt, vermieden werden sollte.

Zusätzlich zu der beabsichtigten Änderung wird daher angeregt, § 90 in der Weise zu novellieren, daß **alle Doppelbezüge** bei Pensionsleistungen aus eigener Versicherung und Krankengeld ausgeschlossen werden.

Das ist derzeit nämlich dann noch nicht der Fall, wenn ein Pensionsvorschuß aus der Arbeitslosenversicherung bezogen wird und es erst später zu einem Krankengeldbezug kommt.

Nach dem Entwurf wäre es so, daß nach Wiederaufleben einer vorzeitigen Alterspension ein Doppelbezug von Eigenpension und Krankengeld erschwert wird, jedoch nicht ausgeschlossen ist. Lebt z. B. die vorzeitige Alterspension vor Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses wieder auf, führt das nachfolgende Krankengeld zu keinem Ruhen der Pension.

Zu Art. I Z 37 - § 91 ASVG:**Definition des Begriffes "Erwerbseinkommen"**

Für den Bereich des Beitragsrechtes ist die Definition des Einkommens aus selbständiger Erwerbstätigkeit zu ungenau. Mangels einer entsprechenden Regelung im Beitragsbereich wäre aber § 91 anzuwenden, sodaß sich aus der vorgeschlagenen Formulierung unerwünschte Auswirkungen in einem anderen Gesetzesbereich ergäben.

Die ausgesandte Formulierung ist so allgemein, daß sie auch für das Beitragswesen des ASVG gelten würde, wo aber bisher andere Einkommensdefinitionen galten (§ 25 Abs. 2 und § 44 ASVG). Die Formulierung müßte daher eingeschränkt werden auf

"... Erwerbseinkommen nach diesem Abschnitt ..."

Es sei überdies erwähnt, daß die im Entwurf enthaltene Definition des Begriffes "Erwerbseinkommen" den Bestimmungen des Absatzes 3 des ehemaligen § 94 ASVG entspricht. Eine wie seinerzeit im Abs. 5 des § 94 enthaltene Bestimmung, nach der für die Dauer eines Krankengeldanspruches im Anschluß an einen Entgeltbezug das zuletzt erzielte volle Entgelt für die Ermittlung des Zurechnungszuschlages gemäß § 261a ASVG bzw. für die Feststellung eines Teilpensionsanspruches gem. § 253 Abs. 2 ASVG heranzuziehen ist, fehlt aber. Diesbezügliche Erweiterungen der Bestimmungen der §§ 261a und 253 Abs. 2 ASVG sind im Novellenentwurf auch nicht enthalten.

Wenn die vorliegende Fassung unverändert in Kraft träte, könnte die bisherige Vorgangswise der Pensionsversicherungsträger (fiktive Berücksichtigung des letzten Entgelts für die Dauer des Krankengeldanspruches bei Anwendung der §§ 261a und 253 Abs. 2 ASVG) mangels rechtlicher Deckung nur schwer aufrecht erhalten werden.

Aufgrund des letzten Satzes (Bezügegesetz) könnten die gleichlautenden Regelungen in anderen Bestimmungen entfallen (z. B. §§ 253a, b und d). Nur im § 253 Abs. 2 ASVG müßte der Text verblieben, da hier auch die Gleichstellung mit einer versicherungspflichtigen Erwerbstätigkeit subsumiert wird.

Zu Art. I Z 39 - § 103 Abs. 1 Z 3 ASVG:**Aufrechnung - Vorschüsse**

Das Zitat des § 368 Abs. 2, das nach dem Entwurf entfallen soll, ist - vom Wortlaut des Gesetzes her betrachtet - nur ein Verweis auf Regelungen über Vorschüsse.

Es ist nicht zu erkennen, warum durch den Entfall dieses Zitates die Rechtslage im gewünschten Sinn verändert werden sollte.

Durch die vorgeschlagene Änderung wird das nach den "Erläuterungen" angestrebte Ziel, den Versicherungsträgern die Aufrechnung auch dann zu ermöglichen, wenn Vorschüsse gewährt worden sind, obwohl der Leistungsanspruch dem Grunde nach nicht feststand, keinesfalls erreicht. Im Gegenteil, eine Vorschußaufrechnung im Bereich der Pensionsversicherung würde künftig jeder Rechtsgrundlage entbehren.

Um das vom Gesetzgeber angestrebte Ziel zu erreichen, müßte § 103 Abs. 1 Z 3 unverändert weitergelten.

Zu novellieren wäre allerdings § 368 Abs. 2 ASVG :

Neben der **Verpflichtung**, Pensionsleistungen zu bevorschussen, sollten die Pensionsversicherungsträger auch **berechtigt** werden, in bestimmten Fällen bis zum endgültigen Nachweis über den Leistungsanspruch (z. B. Höhe des Einkommens aus selbständiger Erwerbstätigkeit) Vorschüsse unter Berücksichtigung von Erklärungen des Leistungswerbers zu gewähren. Damit würde die derzeitige Praxis legalisiert werden.

Zu Art. I Z 41 - § 104 Abs. 2 ASVG: Auszahlung der Leistungen

Eine Erleichterung für alle Beteiligten (Pensionisten, Pensionsversicherungsträger und Banken) könnte durch eine Änderung des **Personenstandsrechtes** erreicht werden:

Die Pensionsversicherungsträger **erfahren es derzeit nämlich nicht automatisch, wenn ein Pensionist stirbt** (Probleme ähnlicher Art haben die übrigen Sozialversicherungsträger).

Die Versicherungsträger müssen derzeit nicht amtlich von Todesfällen verständigt werden und haben deswegen seit Jahrzehnten mit den Banken entsprechende Rückzahlungsvereinbarungen getroffen, um wenigstens eine gewisse Sicherheit zu haben.

Wenn die **Personenstandsbehörden** verpflichtet wären, den Pensionsversicherungsträgern Todesfälle direkt zu melden, wäre die Gefahr ungerechtfertigter Pensionsauszahlungen gemildert.

Man müßte sich dann nicht mehr auf den bisherigen (**von den Banken bereits gekündigten!**) Bankenvertrag verlassen oder darauf hoffen, daß sich ein Todesfall (über das teilweise langwierige Verlassenschaftsverfahren) bis zum Pensionsversicherungsträger "herumspricht".

Die Gefahr, daß Pensionen an Verstorbene überwiesen werden (und dann nicht mehr von den Erben zurückgezahlt würden), wäre damit deutlich verringert.

Es wird daher vorgeschlagen, zur **Vermeldung ungerechtfertigter Pensionsauszahlungen** die Verwaltungshilfebestimmung in § 360 ASVG um folgenden Abs. 4 zu ergänzen (die anderen Sozialversicherungsgesetze verweisen auf diesen Paragraphen). Der Text folgt dem geltenden § 17 Abs. 3 der Personenstandsverordnung zu § 38 Personenstandsgesetz:

"(4) Die Personenstandsbehörde, die das Sterbebuch führt, hat den Tod oder die Todeserklärung eines Menschen möglichst auf auto-

matlonsunterstütztem Weg der Gebietskrankenkasse Ihres Zuständigkeitsbereiches mitzutellen."

Die entsprechenden Mitteilungen wären dann sozialversicherungsintern an die zuständigen Versicherungsträger weiterzuleiten (§ 321 ASVG usw.). Für die Administration sind die bereits bestehenden Informationsrechte nach § 49 Abs. 6 ASVG oder § 9 Z 2 NamensänderungsG als Vorbild zu sehen. Details des Übermittlungsverfahrens wären - falls notwendig - durch Verordnung festzulegen (Art. 18 Abs. 2 B-VG).

Auslandsüberweisungen

Für Überweisungen an im Ausland lebende Pensionsbezieher kommen derzeit folgende Anweisungsarten in Betracht:

- Überweisungen im Rahmen des Direktzahlverfahrens (BRD);
- Überweisungen mittels Orderscheck (Italien, Schweiz usw.);
- Überweisungen auf freie Schillingkonten (alle anderen Staaten).

Die beabsichtigte Fassung des § 104 Abs. 2 ASVG würde bedeuten, daß **Direktanweisungen bzw. Anweisungen mittels Orderscheck nicht den gesetzlichen Bestimmungen entsprechen würden**. Überweisungen ins Ausland könnten nur auf freie Schillingkonten erfolgen, sofern die vertragliche Verpflichtung seitens der Kreditinstitute besteht, dem Versicherungsträger die infolge des Todes des Anspruchsberechtigten zu Unrecht überwiesenen Geldleistungen zu ersetzen.

Wenn eine derartige Verpflichtung der Banken nicht erreichbar wäre, könnten auch Anweisungen auf freie Schillingkonten nicht mehr durchgeführt werden.

Pensionsauszahlung per **Postanweisung ins Ausland** wären (wenn überhaupt nach dem Devisenrecht zulässig) die mögliche Folge - angesichts der damit verbundenen Kosten ist dies ein Weg, der keinesfalls ins Auge gefaßt werden sollte.

Es wird daher dringend vorgeschlagen, § 104 Abs. 2 ASVG so zu formulieren, daß er nur für **Pensionsanweisungen im Inland** gilt.

Zu Art. I Z 45 - § 123 Abs. 9 ASVG:**Ausschluß beitragsfreier Mitversicherung für freiberuflich Erwerbstätige**

Um sachlich nicht zu rechtfertigende beitragsfreie Mitversicherungen hintanzuhalten, sollten **andere freiberuflich tätige** Berufsgruppen, wie z. B. ErgotherapeutInnen, PhysioherapeutInnen, PsychologInnen, PsychotherapeutInnen ebenfalls mit einbezogen werden.

**Zu Art. I Z 46 - § 123 Abs. 11 ASVG:
Pflegekinder - Minderjährige**

Es sei darauf hingewiesen, daß durch das Wort "Minderjährige" gemäß § 21 ABGB Personen gemeint sind, die das **19. Lebensjahr** noch nicht vollendet haben. Die Einführung einer weiteren Altersgrenze bei der Angehörigeneigenschaft erscheint dem Hauptverband nicht zweckmäßig.

Es wäre hingegen überlegenswert, ob die Pflegekinder nicht durch § 123 Abs. 4 ASVG, der auf § 123 Abs. 2 Z 2 bis 6 ASVG verweist, einbezogen werden könnten.

**Zu Art. I Z 47 bis 49 - § 129 Abs. 1, 3 und 4 ASVG:
Wohnsitz - Hauptwohnsitzgesetz**

Dem Auftrag zur Anpassung der gesetzlichen Bestimmungen an das nunmehr geltende Hauptwohnsitzgesetz wird durch die vorgeschlagenen Bestimmungen nicht entsprochen.

**Zu Art. I Z 50 - § 131 Abs. 3 ASVG:
Kostenerstattung - Vertragseinrichtung**

Der Klammerausdruck "Vertragseinrichtung" sollte nicht nur im Abs. 3 des § 131 ASVG, sondern auch im Abs. 1 des Paragraphen entfallen, weil dieser Klammerausdruck insbesondere in der Literatur zu mißverständlichen, für die Sozialversicherung nachteiligen Auslegungen, geführt hat.

**Zu Art. I Z 52 - § 131 Abs. 5 und 6 ASVG:
Kostenerstattung - (Wahl-)Gruppenpraxis**

Im vorletzten Satz des Abs. 6 ist festgehalten, daß eine Gruppenpraxis nur dann eine Wahlgruppenpraxis ist, "wenn sie für den betroffenen Leistungsbereich keinen Vertrag abgeschlossen hat". Der Hauptverband vertritt hiezu die Ansicht, daß es überflüssig ist, auf den betroffenen Leistungsbereich abzustellen. Es reicht, die Gruppenpraxis als Wahlgruppenpraxis zu definieren, "wenn sie keinen Vertrag abgeschlossen hat".

Würde man die Bestimmung so belassen, wie sie derzeit formuliert ist, könnte man daraus ableiten, daß eine Gruppenpraxis einerseits Vertragsgruppenpraxis und andererseits für einen anderen Leistungsbereich Wahlgruppenpraxis sein kann. Dies wird vom Hauptverband jedoch auf jeden Fall abgelehnt.

Es wäre überdies sicherzustellen, daß der Leistungsbereich der Wahlgruppenpraxis gleichwertig mit jenem einer Vertragsgruppenpraxis sein muß, wenn die Kostenerstattung an die Honorarsätze einer Vertragspraxis anknüpfen soll.

Zu Art. I Z 53 - § 134 Abs. 3 ASVG:**Dauer der Krankenbehandlung**

Diese Bestimmung ist nicht verständlich und dürfte auf eine frühere (nicht ausgesandte) Version des Entwurfes zurückgehen.

Die Zitierung ist falsch, weil der § 122 Abs. 2 ASVG keine Ziffer 3 hat. Der Abs. 3 leg. cit. kann aber nicht gemeint sein, weil in den Erläuterungen von der "Gruppe der gemäß § 12 Abs. 3 lit g AIVG nicht als arbeitslos geltenden Personen" die Rede ist, die in Abs. 3 nicht vorkommt (Mutter-schaftsschutzfrist!).

Denkbar wäre, daß die §§ 471f ff. ASVG aufgehoben werden sollten (eine Regelung fehlt) und der § 122 Abs. 2 ASVG um eine Z 3 ergänzt werden sollte (eine Regelung fehlt). Nur dann wäre die Änderung des § 134 Abs. 3 ASVG der Entwurfassung verständlich.

**Zu Art. I Z 55 - § 140 ASVG:
Anrechnung von Zeiten auf die Höchstdauer des
Krankengeldanspruches**

Der Verweis auf § 143 Abs. 2 ASVG ist falsch; richtig wäre ein solcher auf § 143 Abs. 1 ASVG.

Zu § 153 ASVG: Grundlagen der Zahnbehandlungsleistungen

Zu § 153 Abs. 1 und 2:

§ 153 Abs. 1 und 2 ASVG wurden in den Jahrzehnten seit Inkrafttreten des ASVG so interpretiert, daß die (wichtigen und grundlegenden) Leistungen der Zahnbehandlung und des (abnehmbaren) Zahnersatzes **Pflichtleistungen** der Krankenversicherungsträger seien, während für andere zahnärztliche Arbeiten, insbesondere festsitzenden Zahnersatz (Brücken, Kronen etc.) **Zuschüsse** möglich seien.

Nunmehr wird in der Rechtsprechung die Ansicht vertreten, daß auf Zuschüsse zu festsitzendem Zahnersatz **Anspruch** besteht und daß diese Zuschüsse mindestens 50 % der Kosten betragen müßten.

Das wurde bisher nicht als Ziel des Gesetzes gesehen, hierfür ist die finanzielle Situation der Krankenversicherungsträger auch nicht eingerichtet - derartige Zuschüsse würden angesichts der bestehenden Beitragssätze den finanziellen Leistungsrahmen der Kassen übersteigen.

Das Problem wurde durch eine Änderung der Mustersatzung gelöst.

Um jedoch jegliche Zweifel auszuschließen, wäre eine klarstellende Regelung auch im Gesetz zweckmäßig.

Zu § 153 Abs. 3:

§ 153 Abs. 3 **letzter Satz ASVG** enthält eine für die Patienten (und damit für die Sozialversicherung) **untragbare Einschränkung**.

Er sollte deshalb neu gefaßt werden, weil die derzeitige **Behinderung der Zahnbehandlungsleistungen in Ambulatorien wegen ihrer Bindung** an die Verträge mit den Zahnbehandlern die Situation der Patienten unzumutbar beeinträchtigt.

Derzeit hat es die ärztliche Standesvertretung in der Hand, die Leistungserbringung in den Ambulatorien massiv zu behindern, indem sie bei

den Zahnärzteverträgen die Vereinbarung neuer (und sinnvoller!) Leistungen zu gerechtfertigten Honoraren verweigert. **Die geltende Rechtslage hält den Umfang von Ambulatoriumsleistungen auf dem Niveau des 31. Dezember 1972 fest.** Angesichts der inzwischen eingetretenen medizinischen Entwicklung der letzten Jahrzehnte ist das nicht mehr vertretbar.

Der letzte Satz des heutigen § 153 Abs. 3 ASVG sollte ersatzlos entfallen. Es wird daher vorgeschlagen, die zitierten Absätze des § 153 ASVG folgendermaßen zu formulieren:

Zahnbehandlung und Zahnersatz

§ 153. (1) Zahnbehandlung und unentbehrlicher Zahnersatz sind nach Maßgabe der Satzung zu leisten. Zahnersatz ist der abnehmbare und in medizinisch begründeten Fällen auch der festsitzende Zahnersatz. Leistungen der Zahnbehandlung sind:

1. chirurgische Zahnbehandlung
2. konservierende Zahnbehandlung
3. Kieferregulierungen, soweit sie
 - zur Verhütung von schweren Gesundheitsschädigungen oder
 - zur Beseitigung von berufsstörenden Verunstaltungen notwendig sind.

(2) Der Umfang der Leistungen sowie allfällige Kostenbeteiligungen der Versicherten sind unter Berücksichtigung

-der finanziellen Leistungsfähigkeit des Versicherungsträgers sowie

-des wirtschaftlichen Bedürfnisses der Versicherten

festzusetzen. Die Satzung hat in diesem Rahmen Zuschüsse für bestimmte medizinisch notwendige Leistungen vorzusehen, die in einem bestehenden Vertrag nicht enthalten sind. Zahnbehandlung und Zahnersatz können in der Satzung von der Erfüllung einer Wartezeit abhängig gemacht werden. Die Wartezeit kann nach Versicherungsart, wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit und gezahlten Beiträgen unterschiedlich gestaltet werden.

(3) ... (der bisherige letzte Satz wird aufgehoben).

**Zu Art. I Z 57 - § 176 Abs. 1 Z 7 ASVG:
Arbeitsunfällen gleichgestellte Unfälle - Entgeltbegriff**

Es ist davon auszugehen, daß für die betroffene Tätigkeit dem Ausübenden kein "Entgelt" im Sinne § 49 ASVG zufließt. Dies entspricht auch der Systematik angesichts der Erweiterung der freiwilligen Unfallversicherung nach § 19 ASVG.

Aus den erläuternden Bemerkungen ergibt sich, daß diese Tätigkeiten **altruistisch** ausgeübt werden müssen. Der Begriff "altruistisch" bedeutet selbstlos. Gerade die Fälle (Hubschrauber, Notärzte), die der Erweiterung der Selbstversicherung nach § 19 ASVG zugrundeliegen, haben jedoch gezeigt, daß die Auslegung der "Selbstlosigkeit" unterschiedlich ist.

Die Notärzte, die die Tätigkeit aufgrund eines Werkvertrages (freien Dienstvertrages) ausüben und für **einen 10- bis 12-stündigen Einsatz eine Entschädigung von ungefähr S 2.000,- bis S 3.000,-** erhalten, bezeichnen ihre Tätigkeit als selbstlos, weil sie diese Tätigkeit primär nicht wegen der Entschädigung ausüben und ihrer Auffassung nach diese Beträge nur einen Aufwandsersatz darstellen.

Nach § 49 ASVG würde es sich aber auch bei diesen Beiträgen um Entgelt handeln.

Der Versicherungsschutz für Tätigkeiten, für die ein Entgelt geleistet wird, so gering es auch sein mag, kann jedoch nicht im Wege des § 176 Abs. 1 Z 7 ASVG geschützt sein. Dies vor allem im Hinblick auf die dem ASVG zugrundeliegende Systematik, daß entgeltliche Tätigkeiten nur bei Vorliegen einer Pflichtversicherung vom Versicherungsschutz erfaßt sind.

Diese Klarstellung könnte dadurch erreicht werden, daß am Ende der Z 7 nach dem Ausdruck "bezwecken;" der Halbsatz angefügt wird:

"..., alle diese Tätigkeiten jedoch nur, wenn hieraus keine Bezüge (ausgenommen Bezüge im Sinne § 49 Abs. 3) zufließen;"

Der Ausdruck "Bezüge" bzw. "Bezüge im Sinne § 49 Abs. 3" wird deswegen anstelle des Ausdruckes "Entgelt (§ 49)" verwendet, weil der Ausdruck "Entgelt" nach der Diktion des ASVG für Einkünfte aus unselbständiger

Erwerbstätigkeit (Dienstverhältnisse) gilt. Es könnte daher zu Unrecht die Rechtsauffassung bewirkt werden, daß Einkünfte aufgrund werkvertraglicher Tätigkeit den Versicherungsschutz nicht hindern, weil diese Einkünfte nicht unter die Definition des Ausdruckes "Entgelt" fallen.

Zu Art. I Z 59 - § 185 ASVG:**Mittel der Unfallversicherung für die Förderung anderer Einrichtungen**

Im Zusammenhang mit der gegenständlichen Regelung schlägt der Hauptverband vor, § 24 Abs. 2 dritter Satz ASVG nach dem Wort "beteiligen" um die Wendung "**bzw. solche Einrichtungen zu fördern**" zu ergänzen.

Der Hauptverband vertrat nämlich bislang die Rechtsauffassung, § 24 Abs. 2 ASVG in der geltenden Fassung würde die langjährig geübte Praxis rechtfertigen, durch Verträge mit anderen Krankenanstaltenträgern eine dem Auftrag des § 189 Abs. 1 ASVG adäquate ambulante Versorgung der Versicherten sicherzustellen.

Insbesondere hat die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt es - bislang auch von der Aufsichtsbehörde unbeanstandet - erfolgreich unternommen, durch zinsengünstige Darlehen und Subventionen die apparative Ausstattung ihrer Vertragseinrichtungen auf einen dem Gesetzesauftrag entsprechenden Standard anzuheben.

Die in Verbindung mit der einschlägigen Regelung des § 24 ASVG zu den Einrichtungen der Arbeitsmedizin zu sehende Bestimmung des § 24 Abs. 2 dritter Satz ASVG brachte aber das Sozialministerium zur Erkenntnis, daß die unterschiedliche Textierung, namentlich das Fehlen der Wendung "**bzw. solche Einrichtungen zu fördern**", bei den Einrichtungen der Unfallheilbehandlung eine weitere Subventionierung nicht zuließe.

Eine Bereinigung wie vorgeschlagen würde eine Beibehaltung der bisher bewährten Praxis ermöglichen.

Ein Abgehen von dieser langjährigen Praxis ließe auch bei einem geänderten Krankenanstaltenfinanzierungssystem befürchten, daß die von der Anstalt und mittelbar von ihren Vertragspartnern berechtigt geforderte **Qualität der Unfallheilbehandlung** nicht mehr erbracht werden kann.

**Zu Art. I Z 60 - § 189 Abs. 2 ASVG:
Unfallheilbehandlung - Reise- und Transportkosten**

Die Reise- und Transportkosten im Rahmen der medizinischen Rehabilitation sollte nach denselben Voraussetzungen erfolgen wie bei anderen Leistungen (Satzungsbestimmung, vgl. § 135 Abs. 4 und 5 ASVG).

**Zu Art. I Z 65 - § 227a ASVG:
Anrechnung von Kindererziehungszeiten**

Im § 227a ASVG wurde die Einschränkung bezüglich der Widerlegung der "gesetzlichen Vermutung" logischerweise nicht vorgesehen, da alle in Frage kommenden Kinder das 19. Lebensjahr bereits vollendet haben. Die Widerlegung könnte daher - nach wie vor - bis zur bescheidmäßigen Erledigung des Pensionsantrages eines Elternteiles erfolgen.

Für Kindererziehungszeiten nach § 227a ASVG bestünde hingegen überhaupt kein Widerlegungsrecht, wenn das Kind im Zeitpunkt des Inkrafttretens der Novelle das 19. Lebensjahr bereits vollendet hat, es sei denn, Abs.7 soll in diesen Fällen zur Anwendung gelangen. Bei der vorgesehenen Novellierung des Abs. 5 und 6 müßte dann auch eindeutig ersichtlich sein, für welche Geburtsjahrgänge dies gelten soll, da sonst Abs. 7 der neuen Regelung entgegensteht.

Fraglich ist, wann die Widerlegungsfrist endet, wenn das Kind vor dem 19. Lebensjahr stirbt.

Es ist zu erwarten, daß von der Widerlegungsmöglichkeit aus Unkenntnis bzw. weil bei Ablauf der Frist noch kein Naheverhältnis zur Pension besteht, kaum Gebrauch gemacht werden würde. Das hätte zur Folge, daß durch eine nicht mehr widerlegbare, aber falsche gesetzliche Vermutung, die Ersatzzeiten dem Elternteil zugute kämen, der das Kind nicht erzogen hat und der **eigentliche Erzieher leer ausgehen** würde.

Diese Auswirkung widerspricht aber eindeutig den Intentionen des Gesetzgebers bei der Einführung der Kindererziehungszeiten.

**Zu Art. I Z 66 - § 230 ASVG:
Unwirksame Belträge**

In den Erläuterungen wäre richtig "§ 230 Abs. 2 lit. g" zu zitieren.

Zu Art. I Z 70 - § 253c ASVG:**Tellzeitbeschäftigungen mit reduzierter Arbeitszeit neben der Gleitpension**

Nach der beabsichtigten Formulierung des § 253c ASVG ist nicht erkennbar, ob nach der Verringerung der wöchentlichen Gesamtarbeitszeit aus mehreren Teilzeitbeschäftigungen, neben der Gleitpension nur eine oder mehrere Beschäftigungen mit reduzierter Arbeitszeit ausgeübt werden dürfen.

Sollte beabsichtigt sein, die Gleitpension neben mehreren unselbständigen Erwerbstätigkeiten mit verringerter Arbeitszeit zu ermöglichen, sollte auch § 253c Abs. 6 ASVG in der Richtung überdacht werden, ob es nicht auch erlaubt sein sollte, eine weitere Beschäftigung aufzunehmen, wenn dadurch das zulässige Ausmaß einer Arbeitszeit nicht überschritten wird.

§ 253c Abs. 4 ASVG wäre nicht mehr zutreffend.

Die im § 276c Abs. 2 ASVG vorgesehene Ergänzung - abgesehen vom Leistungszuschlag gemäß § 284 Abs. 5 ASVG - müßte auch im § 253c Abs. 2 ASVG erfolgen.

Zu Art. I Z 71 - § 264 ASVG: Hinterbliebenenleistungen

Die bisher gemachten Erfahrungen im "Hinterbliebenenrecht ab 1. Jänner 1995" haben gezeigt, daß diese Bestimmungen schwer vollziehbar sind und Rechtsunsicherheiten nach sich ziehen. Besonders betrifft das § 264 Abs. 5 Z 10 sowie Abs. 6 ASVG.

Nach **Abs. 5 Z 10** ergeben sich **Schwierigkeiten** daraus, daß nicht genau bekannt ist, welche

"öffentlich-rechtlichen Körperschaften, Fonds, Stiftungen, Anstalten und Betriebe, die von **den Organen** einer Gebietskörperschaft verwaltet werden,"

überhaupt existieren und welche Stellen davon Dienstgeberpensionen auszahlen. In diesem Zusammenhang wird auf das Schreiben des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales vom 11. August 1995, Zl. 23.994/8-2/95, verwiesen.

Weiters konnte bisher keine Klarstellung zu folgenden Punkten (**Abs. 6**) erreicht werden:

-Bei der Ermittlung von Pensionsleistungen eines Dienstgebers besteht häufig eine Abhängigkeit von der Leistung aus der gesetzlichen Pensionsversicherung. Die (erhöhte) Witwen(Witwer)-pension kann nach Abs. 6 jedoch erst nach Kenntnis der Leistung des Dienstgebers ermittelt werden.

In der Praxis ist es nämlich oft so, daß eine Dienstgeberpension von der ASVG-Pension abhängt, weil es sich bei Dienstgeberpensionen meist um Zuschußleistungen zur ASVG-Leistung handelt.

Wenn jetzt die ASVG-Leistung von der Dienstgeberpension abhängig ist, die Dienstgeberpension aber wiederum von der ASVG-Leistung, **gehen die entsprechenden Verweisungen "im Kreis"**.

-Bei Bezug mehrerer (erhöhter) Hinterbliebenenleistungen würde es nach den Bestimmungen des Abs. 6 zu einer wechselseitigen Kürzung kommen, wenn diese nicht als Einheit betrachtet werde. Zusätzlich mußte noch festgestellt werden, daß für den Bund (bzw.

Länder) etwas abweichende Bestimmung bezüglich der Ermittlung der Erhöhung gelten.

Diesbezüglich wird auf das Schreiben des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales vom 4. Juli 1995, Zl. 23.994/7 - 2/95, verwiesen.

**Zu Art. I Z 72 - § 265 Abs. 4 ASVG:
Wiederaufleben der Witwen(Witwer)pension**

Die Formulierung "Eine Zurechnung zum Nettoeinkommen erfolgt" ist in bezug auf § 265 Abs. 4 ASVG nicht passend. Es wird daher folgende Textfassung vorgeschlagen: **"Eine Anrechnung laufender Unterhaltsleistungen erfolgt ..."**.

§ 265 Abs. 4 ASVG vorletzter Satz müßte ebenfalls geändert werden: **" ... ein Viertel des Betrages ..."** statt **"... ein Zwölftel des Betrages ..."**. Eine gleichlautende Bestimmung ist auch in § 215a Abs. 4 ASVG einzufügen.

**Zu Art. I Z 85 - § 300 Abs. 1 ASVG:
Rehabilitation für Bezieher und BezieherInnen einer vorzeitigen
Alterspension bei geminderter Arbeitsfähigkeit**

Durch die vorgeschlagene Fassung des § 300 Abs. 1 ASVG hätte der Pensionsversicherungsträger auch für die Rehabilitation von BezieherInnen eine vorzeitige Alterspension bei geminderter Arbeitsfähigkeit vorzusehen.

Dies würde bedeuten, daß für Bezieher einer vorzeitigen Alterspension gemäß § 253d ASVG bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres, für BezieherInnen einer solchen Leistung immerhin auch noch bis zur Vollendung des 60. Lebensjahres Rehabilitationsmaßnahmen vorzusehen wären.

Es erscheint nicht zielführend, BezieherInnen einer Leistung gemäß § 253d ASVG in den Personenkreis des § 300 ASVG einzubeziehen, da die in der Rehabilitationszielsetzung der Pensionsversicherungsträger geforderte "möglichst **dauerhafte** Wiedereingliederung in das **Berufsleben**" bei dieser Personengruppe ebenso unwahrscheinlich ist wie bei BezieherInnen einer Berufsunfähigkeitspension nach Erreichen des Anfallsalters für eine vorzeitige Alterspension.

Darüber hinaus würde die beabsichtigte Neuregelung des § 300 Abs. 1 ASVG im Zusammenhang mit der medizinischen Rehabilitation zur Folge haben, daß z. B. auf dem Sektor Hilfsmittel vom Pensionsversicherungsträger Kosten übernommen werden müßten, die bisher eindeutig dem Krankenversicherungsträger zur Last gefallen sind.

Zu Art. I Z 87 - § 308 Abs. 6 ASVG: Überweisungsbetrag und Beitragserstattung

In der Aufzählung der Bemessungsgrundlage ist § 244a ASVG nicht anzuführen. Die Zitierung ist nicht zutreffend, da es sich um keine Bemessungsgrundlage handelt, sondern lediglich um eine Sonderbestimmung bezüglich der Ermittlung der Gesamtbeitragsgrundlage.

Aufgrund der Änderung des § 308 Abs. 6 müßte auch § 314 Abs. 4 ASVG neu textiert werden (hier ist weiterhin von der für Arbeiter in Betracht kommenden Berechnungsgrundlage die Rede).

Die vorgeschlagene Änderung des § 308 Abs. 6 ASVG hätte folgende **finanzielle Auswirkungen**:

Vergleichsberechnungen in 175 Fällen haben ergeben, daß die Summe der zu leistenden Überweisungs- und Erstattungsbeträge um 5,63 % höher wäre, wenn die Berechnung in der vorgeschlagenen Fassung erfolgt wäre. Bezogen auf das Jahr 1994, in dem z. B. die Pensionsversicherungsanstalt der Angestellten 1,121 Milliarden Schilling an Überweisungs- und Erstattungsbeträgen ausbezahlt hat, würde dies einen **Mehraufwand von über 63 Millionen Schilling** bedeuten.

Hinzu kommen die Kosten, die durch den nicht unbeträchtlich erhöhten Verwaltungsmehraufwand entstehen würden.

Wenn schon von der **pauschalierten** Berechnungsgrundlage in Verfahren nach § 308 ASVG zu einer **individuellen** Feststellung von Überweisungs- und Erstattungsbeträgen auf Basis der Bemessungsgrundlage nach § 238 ASVG übergegangen wird, sollte dieselbe Vorgangsweise auch für Verfahren nach § 311 ASVG vorgesehen werden. Die Pensionsversicherungsanstalt der Angestellten vereinnahmt in diesem Verfahren Überweisungsbeträge auf Basis des *letzten* sozialversicherungspflichtigen Entgelts des Versicherten. Im Regelfall ist dieses Entgelt im letzten Monat des Dienstverhältnisses aber durch den Entfall von Entgeltsbestandteilen - insbesondere Vergütungen für Mehrdienstleitungen - *geringer* als in der Zeit zuvor.

Als Beitragsgrundlage für die vom öffentlich-rechtlichen Dienstgeber überwiesenen Zeiten gilt aber das tatsächlich erhaltene Entgelt, das in der Regel nicht dem vor dem Zeitpunkt des Ausscheidens aus dem pensionsversicherungsfreien Dienstverhältnis durchschnittlich bezogenen Monatsentgelt entspricht.

Es wird daher vorgeschlagen, die geplanten Bestimmungsvorschriften des § 308 Abs. 6 ASVG auch für Verfahren gemäß § 311 ASVG einzuführen.

**Zu Art. I Z 89 - § 338 Abs. 1 ASVG:
(Gesamt-)Verträge**

Die Unterteilung in Ziffer 1 und Ziffer 2 wird grundsätzlich begrüßt, weil damit klargestellt wird, daß Verträge nicht nur mit "freiberuflich" tätigen Vertragspartner abgeschlossen werden können (der geltende Gesetzestext würde dies nahelegen, obwohl es nicht gemeint war).

Im Entwurfstext sollte darauf geachtet werden, daß die Einrückung **hinter** 1. richtig vorgenommen wird, weil sonst beim raschen Lesen Mißverständnisse mit dem Schlußteil des Textes auftreten.

**Zu § 342 ASVG:
Gesamtverträge mit Gruppenpraxen**

Die Gesamtverträge mit Gruppenpraxen müssen eine Begrenzung der Ausgaben der Krankenversicherungsträger für Vertragsgruppenpraxen (einschließlich wahlärztliche Hilfe) enthalten.

Die Vergütung der ärztlichen Tätigkeit in den Vertragsgruppenpraxen sollte daher im allgemeinen pauschal vereinbart werden, um die Kostenentwicklung rasch erkennbar zu machen. Eine solche Regelung ist insbesondere dadurch bedingt, daß von der Gruppenpraxis oft ein "Behandlungspaket" angeboten wird.

Der Hauptverband schlägt daher zu § 342 ASVG folgenden neuen Abs. 3 vor:

"§ 342. ...

(3) Die Vergütung der ärztlichen Tätigkeit in den Gruppenpraxen deckt alle Leistungen ab, die ihrer Art nach unter ärztliche Hilfe fallen. Die Vereinbarungen über die Vergütung der ärztlichen Leistungen sind in Honorarordnungen zusammenzufassen; sie sind Bestandteil der Gesamtverträge. Die Gesamtverträge müssen eine Begrenzung der Ausgaben der Krankenversicherungsträger für die vertragsärztliche Tätigkeit in den Gruppenpraxen enthalten, bei der die Rückvergütungen für wahlärztliche Hilfe (§ 131 Abs. 7) einzurechnen sind."

**Zu Art. I Z 91 - § 343 Abs. 1 erster Satz ASVG:
Auswahl der Vertragsärzte und Einzelverträge**

Anlaß für die neue Formulierung des Einleitungssatzes in § 343 Abs. 1 ASVG ist die Tatsache, daß die Ausschreibung von 30 freien Vertragsarztstellen aufgrund der geltenden Rechtslage von der Tiroler Ärztekammer verhindert werden konnte.

Der Hauptverband geht davon aus, daß dann, wenn die Ausschreibung freier Arztstellen allein durch den Krankenversicherungsträger möglich wird, bei der vorgesehenen Auswahl der Bewerber und beim Vertragsabschluß keine Schwierigkeiten mehr entstehen.

Vor diesem Hintergrund bestehen gegen den ausgesandten Vorschlag keine Einwände.

**Zu Art. I Z 93 - § 343 Abs. 2 ASVG:
Einzelverträge - Erlöschen**

Zu § 343 Abs. 2 ASVG besteht seitens des Hauptverbandes grundsätzliches Einverständnis, allerdings sollte folgendes berücksichtigt werden:

Die gegenständlichen Bestimmungen über die Vertragsparallelität beziehen sich nur auf die Konstellation "Vertrag hinsichtlich einer Einzelordination - Gesellschafter einer Gruppenpraxis". Nicht umfaßt ist die Konstellation "Vertrag in der Einzelordination - Zweitordination" sowie Ausdehnung der ärztlichen Tätigkeit um ein weiteres Sonderfach.

Hingewiesen wird, daß sich die Problematik "Ausweitung um ein Fach" aufgrund eines Judikates des Verfassungsgerichtshofes wesentlich verschärfen wird: Das Höchstgericht hat ausgesprochen, daß es verfassungswidrig ist, wenn sich ein Arzt für Allgemeinmedizin nicht **gleichzeitig** als Facharzt in die Ärzteliste eintragen lassen kann (derzeit nicht möglich!). Die Entscheidung betraf eine "Altfassung" des Ärztegesetzes, ist aber nach Ansicht des Hauptverbandes auch für die geltende Fassung relevant - eine Gesetzesänderung, wird wohl notwendig werden.

Deshalb schlägt der Hauptverband vor, daß nachfolgende Regelungen noch unbedingt im § 343 Abs. 2 Z 7 ASVG aufgenommen werden:

- c) wenn der Arzt einen zweiten Berufssitz ohne vorherige Zustimmung des Krankenversicherungsträgers und der Ärztekammer begründet,**
- d) wenn der Vertrag eines Arztes hinsichtlich eines zweiten Berufssitzes ohne Aufgabe dieses Berufssitzes endet oder**
- e) wenn der Arzt seine ärztliche Tätigkeit um ein weiteres Sonderfach ohne vorherige Zustimmung des Krankenversicherungsträgers und der Ärztekammer ausdehnt.**

Begründend läßt sich hierzu folgendes ausführen:

Das Gesetz sieht seit Jahrzehnten vor, daß Vertragsärzte mit ihren Ordinationssitzen eine bestimmte örtliche Verteilung haben sollen (§ 342 Abs. 1 Z 2). Dies sichert

- einerseits den Patienten zumindest grundsätzlich einen ärztlichen Behandler **In örtlicher Nähe** (und nicht nur in Ballungszentren) und
- andererseits den Vertragsärzten der Sozialversicherung einen gewissen **Gebietsschutz**, der ihr wirtschaftliches Auskommen fördert.

Diese Kombination ist für das Vertragsarztsystem, dem ja auch Aufgaben anderer Rechtsbereiche zukommen (z. B. die Krankenschreibung durch den Arzt hat unmittelbare Auswirkungen auf Dienstverhältnisse) notwendig. Eine ausgewogene Verteilung der Vertragsärzte liegt unmittelbar im öffentlichen Interesse.

Die Niederlassungsfreiheit wird durch diesen Vorschlag nicht berührt.

Ein Arzt, der die gesetzlichen **Vorgaben für das Vertragssystem nicht akzeptiert**, darf aber nicht damit rechnen, Kassenverträge zu erhalten oder zu behalten. Bestrebungen, die örtliche Verteilung zu unterlaufen, sollen (im Interesse der Patienten, aber auch der anderen Vertragsärzte usw.) eindeutige Sanktionen auslösen (auch in jenen Fällen, in denen ein Arzt seine Ordination um ein ärztliches Sonderfach ausdehnt, ohne sie örtlich zu verändern).

Es sollte daher - analog der Eröffnung einer Zweitordination - eine **sozialversicherungsrechtliche** Regelung geschaffen werden, die vorsieht, daß Vertragsärzte nur dann im Rahmen weiterer Sonderfächer tätig werden dürfen, wenn Sozialversicherungsträger und Ärztekammer zustimmen. Diese Tätigkeit muß dann natürlich vom Vertrag umfaßt sein.

Diese Regelung wäre insbesondere deshalb notwendig, um die Sicherheit, die die Vertragsarztorganisation dem Patienten bringt, zu gewährleisten. Ein Vertragsarzt darf nicht zusätzlich zu seiner Vertragsordination (vielleicht sogar im gleichen Ort) eine Privatpraxis eröffnen können, in der er - je nach seiner wirtschaftlichen Präferenz - die finanziell "lukrativeren" Leistungen nur gegen Barzahlung (= als Wahlarzt) erbringt.

Das ist den Patienten, die ja nicht von vornherein zu den begüterten Bevölkerungsschichten gehören, nicht zuzumuten.

Verletzungen der gleichmäßigen Zugänglichkeit vertraglicher Leistungen sollten entsprechende Konsequenzen nach sich ziehen.

Das Vertragsrecht der Sozialversicherung muß hier **getrennt vom ärztlichen Standesrecht** gesehen werden: Sozialversicherungsrecht muß auf die **Situation des Patienten** Rücksicht nehmen.

Flankierend zum "Erlöschen" sollte jedoch auch eine zusätzliche ausdrückliche Bestimmung aufgenommen werden, unter welchen Voraussetzungen der Vertragsarzt

- einen **zweiten Berufssitz** begründen kann (siehe Abs. 5) bzw.
- seine ärztliche Tätigkeit auf ein **weltes Sonderfach** ausdehnen kann (siehe Abs. 6).

Der Vorschlag des Hauptverbandes hierzu würde folgendermaßen lauten:

"§ 343. ...

(5) Ein Vertragsarzt eines Krankenversicherungsträgers darf einen zweiten Berufssitz (§ 19 Abs. 3 Ärztegesetz) nur mit ausdrücklicher Zustimmung der für diesen Berufssitz örtlich zuständigen Ärztekammer und des Krankenversicherungsträgers begründen. Nach Zustimmung gilt der Vertragsarzt auch für seinen zweiten Berufssitz als Vertragsarzt, wenn und solange an diesem Berufssitz nur eine Einzelordination geführt wird. Wird der zweite Berufssitz im Rahmen einer Gruppenpraxis begründet, kann die Zustimmung nur erteilt werden, wenn mit dieser Gruppenpraxis ein Vertrag abgeschlossen wurde. Der Arzt ist verpflichtet, dem Krankenversicherungsträger vor Abschluß eines Einzelvertrages bekanntzugeben, ob ein zweiter Berufssitz besteht oder geplant ist.

(6) Ein Vertragsarzt eines Krankenversicherungsträgers darf seine ärztliche Tätigkeit nur mit ausdrücklicher Zustimmung der örtlich zuständigen Ärztekammer und des Krankenversicherungsträgers um ein weiteres Sonderfach ausdehnen. Nach Zustimmung gilt der Vertragsarzt

auch für dieses Fach als Vertragsarzt, wenn und solange an seinem Berufssitz nur eine Einzelordination geführt wird. Wird das weitere Sonderfach im Rahmen einer Gruppenpraxis begründet, kann die Zustimmung nur erteilt werden, wenn mit dieser Gruppenpraxis ein Vertrag abgeschlossen wurde. Der Arzt ist verpflichtet, dem Krankenversicherungsträger vor Abschluß eines Einzelvertrages, spätestens jedoch drei Monate vor Beginn der entsprechenden Tätigkeit bekanntzugeben, ob er seine Tätigkeit um eine weiteres Sonderfach erweitern wird."

**Zu Art. I Z 95 - § 347 Abs. 1 ASVG:
Vertreter In Schiedskommissionen**

Der Verfassungsgerichtshof hat im Erkenntnis vom 4. Oktober 1994 zum Ausdruck gebracht, daß die Beiziehung von Vertretern der Ärzteschaft in die Schiedskommissionen jenen Zweck hat, **ärztliches Wissen bzw. ärztlichen Sachverstand** in die Beratung und Entscheidung der Kommission einzubringen.

Dem trägt der ausgesandte Entwurf nicht ganz Rechnung.

Der Hauptverband verweist dazu auf seine Stellungnahme, die er zu diesem Thema bereits dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales übermittelt hat (Schreiben vom 8. Juni 1995, Zl. 12-42.01/95 Rf/En).

Zu Art. I Z 96 - § 349 Abs. 3 ASVG:**Gesamtverträge**

Der ausgesandte Text scheint zunächst auf ein Mißverständnis zurückzugehen, es fehlt jedoch eine wesentliche Bezugnahme auf das allgemeine Vertragsrecht:

§ 342 Abs. 3 und § 343 Abs. 5 und 6 müssen auch im vorliegenden Zusammenhang gelten. Der Verweis auf § 341, wie er im geltenden Text vorhanden ist, müßte um diese Bestimmungen erweitert werden. Er hätte zu lauten:

"... Hierbei finden die Bestimmungen der §§ 341, 342 Abs. 3 und 343 Abs. 5 und 6 mit der Maßgabe sinngemäß Anwendung ..."

Überdies lesen die Entwurfsverfasser offenbar den geltenden § 349 Abs. 3 ASVG so, daß das Wort "können" bedeutet, daß nur das Instrumentarium des Gesamtvertrages zur Verfügung steht - ohne Gesamtvertrag keine vertraglichen Beziehungen. Diese Rechtsauffassung würde nach sich ziehen, daß Berufsgruppen, die keine gesetzliche berufliche Interessenvertretung haben, von jeglicher Vertragsbeziehung ausgeschlossen wären.

Nach Ansicht des Hauptverbandes wurde § 349 Abs. 3 ASVG immer in einem anderen Sinne verstanden - es wird die **Möglichkeit** vorgesehen, Gesamtverträge abzuschließen. Für "gesamtvertragsfähige" Berufsgruppen ergeben sich daher drei Möglichkeiten:

- Nur Gesamtvertrag.
- Gesamtvertrag mit Einzelvertrag.
- Nur Einzelvertrag.

Für andere Berufsgruppen bleibt aber immer noch die Möglichkeit eines Einzelvertrages.

Das, was die geplante Novellierung offensichtlich erreichen will, ist daher schon nach der derzeitigen Rechtslage gewährleistet.

Die Verwirklichung des Vorschlages hätte eine Einschränkung der Vertragskompetenz der Sozialversicherung zur Folge! Besteht eine berufliche Vertretung, wäre nur mehr ein Gesamtvertrag (eventuell mit Einzelvertrag) möglich.

Die Konstruktion "Einzelvertrag ohne Gesamtvertrag" wäre ausgeschlossen.

Das ist weder im Sinn der Patienten, denen ja ein möglichst umfassender Schutz - unabhängig von Vertragsrechtskonstruktionen - zur Verfügung gestellt werden soll, aber auch nicht im Sinn einer zweckmäßigen Verwendung von Versicherungsbeiträgen.

**Zu Art. I Z 97 - § 351f ASVG:
Einzelverträge für Gruppenpraxen**

Die Ziffer 3 des § 351f Abs. 1 ASVG ist entbehrlich. In der Z 3 des Abs. 2 wäre "Personen" durch "Angehörige von Gesundheitsberufen" zu ersetzen.

Zu Art. I Z 97 - § 351g ASVG:**Vertragsgruppenpraxis - Auflösung des Vertragsverhältnisses**

Analog § 343 Abs. 2 sollte auch dieser Paragraph durch eine ausdrückliche Bestimmung dahingehend ergänzt werden, daß Gesellschafter einer Vertragsgruppenpraxis nur mit Zustimmung des Krankenversicherungsträgers einen zweiten Berufssitz begründen können (siehe Novellierungsvorschlag des Hauptverbandes zu § 343 Abs. 5 ASVG).

Als Z 7 sollte aufgenommen werden:

"7. wenn die Gruppenpraxis Ihre Berufsbefugnis erweitert oder einen zweiten Berufssitz gründet".

Zu § 360 ASVG:

Mitteilungen der Personenstandsbehörden bei Todesfällen

Es wird auf den Novellierungsvorschlag verwiesen, der bereits bei § 104 vorgelegt wurde.

**Zu Art. I Z 99 - § 412 Abs. 6 ASVG:
Einspruchsverfahren**

Die derzeitige Regelung ist - wie die Praxis zeigt - nicht befriedigend. Der Hauptverband schlägt daher vor, daß die in Abs. 6 Z 1 und Z 2 vorgesehenen Möglichkeiten nicht alternativ, sondern kumulativ vorliegen müssen.

**Zu Art. I Z 106 - § 442a Abs. 3 ASVG:
Geschäftsführungskompetenz der Verbandskonferenz im Hauptverband**

Auszugehen ist davon, daß der Hauptverband nach § 442c Abs. 1 ASVG vom Vorstand vertreten wird. Diese gesetzliche Bestimmung könnte nach der vorliegenden Regelung aufgeweicht werden, ohne daß dies entsprechend zu publizieren wäre.

Das Gesetz soll sichere Gewähr geben, wer die Verantwortung trägt.

Der Entwurf würde die Zuständigkeitsgrenzen zwischen Vorstand und Verbandskonferenz und damit die Verantwortlichkeit verwischen.

Die in den Erläuterungen erwähnten Beweggründe lassen die vorgeschlagene Kompetenzverschiebung nicht notwendig erscheinen. Das vorliegende Thema erfordert keine Gesetzesänderung.

**Zu Art. I Z 110 - § 453 ASVG:
Satzung der Versicherungsträger**

Die Wortfolge "für den Bereich der Krankenversicherung" sollte gestrichen werden, weil die Mustersatzung bereits gemäß § 455 Abs. 2 ASVG nur für die Krankenversicherungsträger aufzustellen ist.

Für die Vollziehung erscheint überdies der gesamte Vorschlag nicht notwendig, weil rückwirkende Verschlechterungen für die Versicherten schon nach § 127 ASVG ausgeschlossen sind.

**Zu Art. I Z 114 - §§ 461 bis 471 ASVG:
Entfall der Versicherung für "unständig Beschäftigte"**

Zur vorgesehenen Aufhebung der Bestimmung für die "Versicherung der unständig beschäftigten Arbeiter in der Land- und Forstwirtschaft" befindet sich in den Erläuterungen keine Anmerkung. Da keine Übergangsbestimmung erkennbar ist, muß zumindest darauf hingewiesen werden, daß z. B. bei der Salzburger Gebietskrankenkasse derzeit noch **zwei unständig Beschäftigte** gemeldet sind.

**Zu Art. I Z 119 - § 560 ASVG:
Übergangsbestimmungen**

Zu § 560 Abs. 1 Z 1 ASVG:

Anstelle des § 31 Abs. 4 Z 5 bis 8 sollte richtigerweise **§ 31 Abs. 4 Z 6 bis 8** zitiert werden. Der Vollständigkeit halber wird vorgeschlagen, § 122 Abs. 2 Z 2 um lit a zu ergänzen; gleiches gilt für § 264 Abs. 5 Z 10 sowie die Z 7 in § 243 Abs. 2 ASVG.

Zu § 560 Abs. 1 Z 1 und Z 2 ASVG:

Mit § 560 Abs. 1 Z 2 ASVG soll der geänderte Wortlaut des § 264 Abs. 5 Z 10 lit a ASVG rückwirkend ab 1. Jänner 1995 in Kraft treten.

Gleichzeitig soll gemäß § 560 Abs. 1 Z 1 ASVG der § 264 Abs. 5 Z 10 ASVG mit 1. Jänner 1996 in Kraft treten. Der Hauptverband geht davon aus, daß § 264 Abs. 5 Z 10 ASVG in Z 1 des § 560 Abs. 1 ASVG irrtümlich aufgenommen wurde.

Zu § 560 Abs. 1 Z 2 ASVG:

Auch hier wird der Vollständigkeit halber vorgeschlagen, § 51 Abs. 1 Z 1 ASVG um lit a zu ergänzen.

**Zu Art. I Z 120 - Zur Anlage 1 Nr. 39 zum ASVG:
Von Tieren auf Menschen übertragene Krankheiten**

Gegen die vorgeschlagene Änderung im Sinne einer Berücksichtigung der Krankheitsübertragung durch Umgang mit kontaminiertem Material bestehen grundsätzlich keine Bedenken, auch wenn diese Änderung möglicherweise weit über den Anlaßfall der alveolären Echinokokkose hinausgeht.

Zu Art. I Z 121 - Zur Anlage 1 Nr. 47 zum ASVG: Erkrankung durch Überlastung der Sehnenscheiden

Eine diagnostische Abklärung dieser Erkrankungen ist äußerst schwierig, weil in der überwiegenden Zahl der Fälle die Symptomatik sich lediglich über die subjektive Befindlichkeit des Patienten manifestiert, also mit dem Repertoire der klinischen Medizin nicht nachweisbar ist.

Der Entwurf zur 53. ASVG-Novelle sieht die Erweiterung der Liste der Berufskrankheiten um eine laufende Nummer 47 vor, wobei

- a) eine Erkrankung durch Überlastung der Sehnenscheiden,
- b) eine Erkrankung durch Überlastung des Sehnengleitgewebes und
- c) eine Erkrankung der Sehnen- und Muskelansätze angeführt wird.

Diese Aufsplitterung entspricht der Diktion der europäischen Liste der Berufskrankheiten im Sinne der Empfehlung der Kommission vom 22. Mai 1990, 90/326/EWG. Die Aufsplitterung dieser Erkrankung in drei eigene Positionen einer Liste ist nicht sinnvoll, da es im Hinblick auf das Kriterium der Festlegung einer Berufskrankheit nur darauf ankommt, eine bestimmte Art einer Erkrankung festzuschreiben; es ist unmaßgeblich, ob die Sehnenscheiden selbst, das Sehnengleitgewebe oder die Sehnen- und Muskelansätze betroffen sind, zumal es sich dabei um ein und dasselbe organisch-funktionelle Gebilde handelt.

Auch in der deutschen Liste der Berufskrankheiten wird diese Erkrankung **nicht in drei Teile** aufgeteilt, sondern unter der BK-Nummer 2101 als "Erkrankungen der Sehnenscheiden oder des Sehnengleitgewebes sowie der Sehnen- und Muskelansätze, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung und das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können" geführt.

Die genannte Erkrankung ist in ihrer Entstehung und ihrem Krankheitsverlauf objektiv kaum erfaßbar bzw. im Hinblick auf akusale oder kausale Faktoren nicht abgrenzbar.

Nach der Judikatur des Obersten Gerichtshofes hat der Versicherte (Kläger) bezüglich der in der Anlage 1 aufgezählten Berufskrankheiten den

Beweis des ersten Anscheins für sich. Diese Beweisthemensverschiebung bewirkt in der gerichtlichen Praxis, daß der Unfallversicherungsträger zu beweisen hat, daß sich der Versicherte die jeweilige Erkrankung nicht durch seine berufliche Beschäftigung zugezogen hat; ein Beweis, der nur äußerst selten gelingen kann.

Die Aufnahme der Sehnenscheiden-Berufskrankheit kommt daher unseres Erachtens erst dann in Betracht, **wenn eine eindeutige medizinische Abgrenzung in der Praxis verwirklicht werden kann**, um kausale und akusale Faktoren bei Entstehung dieser Krankheit trennen zu können. Brauchbare Abgrenzungskriterien sind bisher noch nicht gefunden worden. Bei tatsächlicher Einfügung einer nicht näher definierten Sehnenscheiden-Berufskrankheit kommt es daher zwangsweise zur Übernahme und Entschädigung akusal verursachter Krankheitsbilder durch die Mittel der gesetzlichen Unfallversicherung.

Eine Sehnenscheiden-Berufskrankheit bedarf genauer Kriterien und sollte daher - erst wenn genaue und gesicherte Abgrenzungskriterien gefunden worden sind - eine Listenposition der Berufskrankheitenliste bilden.

Gemäß der oben zitierten Empfehlung der Kommission vom 22. Mai 1990 legen die Mitgliedsstaaten selbst die Kriterien für die Anerkennung jeder einzelnen Berufskrankheit gemäß ihren Rechtsvorschriften oder den nationalen Gepflogenheiten fest. Somit erweist sich die europäische Liste der Berufskrankheiten gleichsam als "leeres Gerüst", an dem die einzelnen Mitgliedsstaaten die weiteren Kriterien anbringen sollen.

In der vorgeschlagenen Fassung ist kein einschränkendes Kriterium getroffen worden.

In der deutschen Liste der Berufskrankheiten ist diese Berufskrankheit erst dann entstanden, **wenn sie zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen hat, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können**. Sollte in Zukunft die oben besprochene Möglichkeit der Findung von Abgrenzungskriterien verwirklicht werden können, sollte die dann neu zu schaffende Sehnenscheiden-Berufskrankheit nur unter ähnlichen Kriterien wie derzeit in

Deutschland als Berufskrankheit anerkannt werden können, zumal es nur sinnvoll ist, die schwersten Fälle dieser Erkrankung auch zu entschädigen.

Im übrigen erscheint die Existenz eines einheitlichen Berufskrankheitenrechtes der Europäischen Union bzw. der EWR-Staaten noch in ferner Zukunft zu stehen. Gerade Art 57 der EG-Verordnung 1408/71 enthält detaillierte Kollisionsvorschriften unter Berücksichtigung der nationalen Rechtssysteme; erst durch eine einheitliche, verbindliche Berufskrankheitenliste wäre die zitierte Kollisionsnorm obsolet, was jedoch in naher Zukunft kaum der Fall sein wird.

Eine Erkrankung der Sehnenscheiden wird dann geheilt, wenn die betroffenen Gliedmaßen über eine gewisse Zeit ruhig gestellt werden. Gerade in Zeiten eines angespannten Arbeitsmarktes würde die Meldung des Dienstgebers oder Arztes über eine "Berufskrankheit" der Sehnenscheiden in vielen Fällen rasch zu einem Verlust des Arbeitsplatzes des Betroffenen führen. Aufgrund der in den meisten Fällen möglichen raschen Ausheilung der Erkrankung bei Ruhigstellung der betroffenen Bereiche wäre eine rentenbegründende Minderung der Erwerbsfähigkeit selten zu erreichen.

Für den Versicherten würde sich diese neu geschaffene Berufskrankheit somit tendenziell sogar als nachteilig darstellen.

Die größte Belastung der Unfallversicherungsträger ergäbe sich nicht im Bereich der Rentenzahlung, sondern

- bei Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation - nämlich bei der Umschulung der Versicherten,
- abgesehen von dem (mit der Vielzahl der zu erwartenden Anträge, die nur in geringem Maß zu Leistungen führen würden) verbundenen spürbar erhöhten Verwaltungsaufwand.

Stellungnahme

zum Entwurf einer Änderung des EFZG

**Zu Art. III Z 1 - § 17 Abs. 1 letzter Satz EFZG:
Erstattungsausschuß - Einschränkung der Selbstverwaltung**

Bei der Aufzählung der Aufgaben des Erstattungsausschusses wurde das Wort "insbesondere" gestrichen.

Dadurch werden die Agenden des Ausschusses nunmehr taxativ im Gesetz aufgezählt, womit sein Kompetenzbereich eingeschränkt wird.

Die Erläuterungen geben keine überzeugende Begründung hierfür, sodaß diese **Einschränkung der Selbstverwaltung** entfallen sollte.

**Zu Art. III Z 3 - § 17 Abs. 3 EFZG:
Erstattungsausschuß**

Die Geschäftsordnung des Erstattungsausschusses des Hauptverbandes soll durch die Verbandskonferenz bestimmt werden.

Der Erstattungsausschuß beim Hauptverband ist ein selbständiger Verwaltungskörper (im Gegensatz zu den Erstattungsausschüssen bei den einzelnen Krankenversicherungsträgern).

Die Verwaltungskörper bestimmen ihre Geschäftsordnungen auf Basis der Mustergeschäftsordnungen des Hauptverbandes selbst.

Dieses Prinzip sollte daher auch für diesen Ausschuß gelten.

Stellungnahme

zum Entwurf der 24. B-KUVG-Novelle

**Zu Z 4 - § 7 B-KUVG:
Ruhens der Versicherung**

Im § 5 Abs. 3 B-KUVG muß in diesem Zusammenhang der Ausdruck "Ruhens" durch den Begriff "Unterbrechung" ersetzt werden.

**Zu Z 7 - § 19 Abs. 4 B-KUVG:
Valorisierung der Beitragsgrundlage**

Die nunmehr vorgesehene Valorisierung der Beitragsgrundlage wird vom Hauptverband grundsätzlich begrüßt; angesichts der Tatsache, daß die Novellierung erst mit 1. 1. 1996 in Kraft treten soll und keine Übergangsbestimmung vorgesehen ist, bringt sie jedoch nur zum Teil das gewünschte Ergebnis.

Demnach käme es nämlich auch in jenen Fällen, wo der Karenzurlaub bereits vor etlichen Jahren angetreten wurde, erstmals ab dem 1. 1. 1996 zu einer Valorisierung - dies unter Zugrundelegung der seinerzeit bestehenden Beitragsgrundlage.

Zur Beseitigung unerwünschter und nicht mehr zeitgemäßer Privilegien sollte daher hinsichtlich des Wirksamkeitsbeginnes der Valorisierung auf den Zeitpunkt des Beginnes des Karenzurlaubes abgestellt werden.

**Zu Z 8 - § 22 Abs. 4 B-KUVG:
Aufteilung der Beitragslast**

Die geplante Novellierung des § 22 Abs. 4 B-KUVG wird begrüßt, jedoch bestehen insofern legitime Bedenken, als unter anderem § 19 Abs. 5 B-KUVG nicht dahingehend geändert wurde, daß die Mindestbeitragsgrundlage entfällt.

**Zu Z 16 - § 63 Abs. 2 B-KUVG:
Ärztliche Hilfe - Behandlungsbeitrag**

Es wird darauf hingewiesen, daß es im Rahmen des B-KUVG keine Zuzahlungen zu Leistungen der ärztlichen Hilfe gibt. Im Hinblick darauf ist der Begriff "Zuzahlungen" durch den Ausdruck "Behandlungsbeitrag" zu ersetzen.

Zu Z 17 - § 96 Abs. 2 Z 5 B-KUVG:**Reise- (Fahrt-) und Transportkosten bei Unfallheilbehandlung**

Im Hinblick darauf, daß Angehörige nicht in den Genuß von Reise- (Fahrt-) oder Transportkosten aus der gesetzlichen Unfallversicherung kommen, sind die beiden letzten Wörter der Ziffer 5 ("bzw. Angehörigen") zu streichen.

Darüber hinaus sollte im Interesse einer einheitlichen Terminologie der in den §§ 82 und 83 aufscheinende Begriff "Reise- (Fahrt-) und Transportkosten" auch hier gewählt werden, zumal auch § 96 Abs. 3 B-KUVG darauf verweist.

**Zu § 128 B-KUVG:
Beziehungen zu den Vertragspartnern**

Diese Regelung sollte an dem im Entwurf vorgesehenen Text des § 338 ASVG angepaßt werden.

Stellungnahme

zum Entwurf der 21. GSVG-Novelle

Zu Z 2 - § 4 Abs. 1 Z 1 GSVG:**Ausnahmen von der Pflichtversicherung - Ruhen des Gewerbebetriebes**

Da es nicht im Interesse der Sozialversicherung liegen kann, Personen, die keiner (selbständigen) Erwerbstätigkeit nachgehen, in die Sozialversicherung einzubeziehen, sollte trotz des Erkenntnisses des Verwaltungsgerichtshofes vom 12. April 1994, Zl. 91/08/0090 eine Ausnahme von der Kranken- und Pensionsversicherung nach dem GSVG in einem für die Administration praktikablen Zeitraum zulässig sein.

Die zeitliche Begrenzung der Rechtswirksamkeit einer rückwirkenden Nichtbetriebsanzeige auf maximal 6 Monate vor dieser Anzeige erscheint völlig ungenügend, zumal damit die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft in sehr vielen Fällen eines nicht oder verspätet gemeldeten Nichtbetriebes des Gewerbes (§ 93 GewO 1994 ist nur eine Ordnungsvorschrift) zu Beitragsvorschreibungen gezwungen wäre, die weder aufgrund einer fehlenden selbständigen Erwerbstätigkeit noch hinsichtlich der Einbringlichkeit der Beiträge der Realität entsprechen würden.

Viele administrative Schwierigkeiten würden bei dieser sehr kurz bemessenen Halbjahresfrist auch deshalb auftreten, weil bei Einstellung eines Betriebes in Insolvenzfällen und längeren Auseinandersetzungen mit den Masseverwaltern erhebliche Verzögerungen und Verluste bei der Beitragseinbringung eintreten würden, die noch dazu die Verwaltungskosten unnötig erhöhen würden. Diese Überlegungen sprechen dafür, eine **sehr lange Frist** für die Zulässigkeit einer rückwirkenden Ruhensanzeige vorzusehen.

Sollte das Sozialministerium aber der Meinung sein, im Gesetzeswortlaut eine bestimmte Frist vorzusehen, so sollte - in Anlehnung an die in der gesamten Rechtsordnung - siehe z. B. § 1486 ABGB, § 40 Abs. 1 GSVG - sehr gebräuchliche Verjährungsfrist von **3 Jahren** auf die Bedürfnisse der Verwaltungspraxis abgestellt werden.

**Zu Z 6 - § 10 Abs. 3 GSVG:
Familienversicherung - Beginn**

Zur Ausschaltung von Mißverständnissen sollte in § 10 Abs. 3 das Wort "ausdrücklich" entfallen, um nicht unnötige Beweisschwierigkeiten hervorzurufen.

**Zu Z 25 - § 85 Abs. 6 GSVG:
Art der Leistungserbringung**

Mit der vorgeschlagenen Erweiterung des § 85 GSVG um den Abs. 6 soll offensichtlich ASVG-spezifisches Leistungsrecht in das GSVG transferiert werden. Die vorgeschlagenen Regelungen sind mit dem Leistungsrecht der gewerblichen Krankenversicherung nur bedingt in Einklang zu bringen. Dies beginnt damit, daß dem GSVG ein Ausdruck "Wahlgruppenpraxis" oder "Wahlarzt" fremd ist. Hinsichtlich der Art der Leistungserbringung differenziert § 85 GSVG lediglich zwischen Geld- und Sachleistungen. Die Definition, was Sachleistungen sind, ergibt sich aus § 85 Abs. 3 GSVG. Ebenso legt § 85 GSVG fest, in welchen Fällen Leistungen für alle Versicherten oder nur eine bestimmte Gruppe von Versicherten als Geldeistungen zu erbringen sind.

Zwecks Übereinstimmung mit der bisherigen Rechtslage für die geldleistungsberechtigten Versicherten wird daher folgende Regelung vorgeschlagen:

In Art. I Z 25 (§ 85 Abs. 6) haben die ersten beiden Sätze und der vorletzte Satz dieser Bestimmung zu entfallen. Der dritte Satz ist zu ändern.

Es verbleibt daher folgende Regelung:

§ 85 Abs. 6 soll lauten:

"(6) Anspruch auf Geldeistungen für Gruppenpraxisleistungen besteht nur dann, wenn die erbrachte Leistung und der Gesellschafter der Gruppenpraxis, in dessen Verantwortungsbereich diese Leistung erbracht wurde, auf der Rechnung festgehalten sind. § 91 Abs. 1 zweiter Satz gilt auch für Leistungen approbierter Ärzte in Gruppenpraxen."

**Zu Z 34 - § 116a Abs. 8 GSVG:
Ersatzzeilen für Wahl- oder Pflegekind**

Der letzte Satz ist sprachlich unklar. Es wird daher folgende Fassung vorgeschlagen:

"Als Beitragsgrundlage gilt jene, die in § 227a Abs. 8 zweiter Satz ASVG genannt ist."

**Zu Z 47 und Z 71 - § 134 und § 264 Abs. 1 Z 1 GSVG:
Hinzurechnung von Versicherungszelten**

Die bloß rückwirkende Inkraftsetzung des Abs. 2 des § 134 würde an und für sich nicht ausreichen, um nach der alten Rechtslage rechtskräftig ergangene Entscheidungen aus der Welt zu schaffen.

Daher sollte § 264 Abs. 1 Z 1 GSVG dahingehend ergänzt werden, daß die Rechtskraft bereits ergangener Entscheidungen einer Neufeststellung von Leistungsansprüchen nicht entgegensteht.

**Zu Z 55 - § 153 Abs. 4 GSVG:
Ausgleichszulage - Überbezug**

In § 153 Abs. 4 wäre nicht nur der Terminus "Pensionsversicherung", sondern auch der Begriff "Pensionsnachzahlung" auf **"Nachzahlung einer Leistung aus der gesetzlichen Kranken-, Unfall- oder Pensionsversicherung"** zu ändern.

Im übrigen sollte auch noch dahingehend eine Bestimmung aufgenommen werden, daß Ausgleichszulagenüberbezüge auch mit laufenden Leistungen aufgerechnet werden dürfen, zumal bereits im zwischenstaatlichen Sozialversicherungsbereich der Oberste Gerichtshof (vgl. SSV-NF 2/82) eine solche Vorgangsweise bejaht hat.

**Zu Z 57 - § 164 Abs. 1 GSVG:
Übergangsgeld - Anfall**

Da es bei der Frage des Zeitpunktes des Anfalles des Übergangsgeldes bei der Gewährung von Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation unterschiedliche Auffassungen von Sozialversicherungsträgern gibt, sollte **keine überellte Einzelmaßnahme** in das Gesetz aufgenommen werden, sondern in Abstimmung mit allen Sozialversicherungsträgern ein einheitlicher Novellierungsvorschlag erfolgen.

Zu § 193 GSVG:**Beziehungen zu den Vertragspartnern - Art der Leistungserbringung**

Diese Regelung sollte an den im Entwurf vorgesehenen Text des § 338 ASVG angepaßt werden.

Es sei darauf hingewiesen, daß die unterschiedliche Art der Leistungsgewährung für Versicherte mit bzw. ohne Sachleistungsanspruch auch im Falle der Inanspruchnahme von Gruppenpraxisleistungen beibehalten werden sollte. Die nachstehend zitierten Bestimmungen sind bei Geldleistungsberechtigten nicht anzuwenden.

§ 193 GSVG sollte dementsprechend um die folgende Ziffer 7 erweitert werden:

"7. § 351c Abs. 2 Z 3 lit. a und § 351f Abs. 2 Z 5 ASVG nicht anzuwenden sind, wenn Anspruch auf Geldleistungen im Sinne des § 85 Abs. 2 lit. c besteht."

**Zu § 263 Abs. 2 GSVG:
Übergangsbestimmung - Strukturanpassungsgesetzes 1995:**

Aus verfassungsrechtlichen Gründen (Vertrauensschutz) und aus finanziellen Überlegungen sollte zu Art. XXX Z 10, Z 14 und Z 17 des Strukturanpassungsgesetzes folgende **Übergangsbestimmung** geschaffen werden:

"In § 263 Abs. 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 297/1995 ist die Wortfolge '30. Juni 1993' durch den Ausdruck '31. Dezember 1995' zu ersetzen."

Mit dem Strukturanpassungsgesetz, BGBl. Nr. 297/1995, wurde nur im Bereich des GSVG bzw. beim Vorliegen von nach dem GSVG versicherungspflichtigen Erwerbstätigkeiten bei vorzeitigen Alterspensionen die Wegfallsbestimmung erheblich verschärft, wovon nur Pensionsbezieher, deren Stichtag vor dem 1. Juli 1993 gelegen ist, ausgenommen wurden.

Da aber jene Pensionisten mit Stichtagen ab diesem Zeitpunkt im Vertrauen auf die alte Rechtslage (Dazuverdienst bis zur Geringsfügigkeitsgrenze) Dispositionen vorgenommen haben, wäre das unveränderte Inkrafttreten vorhin genannter Bestimmungen des Strukturanpassungsgesetzes ab 1. Jänner 1996 ein Eingriff in den verfassungsrechtlich gewährleisteten Vertrauensschutz, weil diese Pensionisten sich nicht so kurzfristig darauf einstellen konnten.

Aus finanzieller Sicht wird bemerkt, daß diese betroffenen Pensionsbezieher (etwa 800 bis 900) aufgrund ihrer weiteren (eingeschränkten) selbständigen Erwerbstätigkeit Sozialversicherungsbeiträge bezahlen. Wenn etwa 90% dieses Personenkreises nach einer Umfrage aufgrund der Verschärfung der Rechtslage ihre Berechtigungen zurücklegen würden, würde ein Ausfall an Beitragseinnahmen von ca. 20 Millionen Schilling eintreten, während beim Wegfall vorzeitiger Alterspensionen von 10% der Pensionsbezieher bei Stichtagen vom 1. Juli 1993 bis 31. Dezember 1995 nur etwa 2 Millionen Schilling eingespart werden könnten.

Aus diesen Überlegungen sollte daher die Modifikation des Artikel XXX Z 19 des Strukturanpassungsgesetzes vorgenommen werden.

**Zu Z 71 - § 264 Abs. 1 GSVG:
Übergangsbestimmung**

In § 264 Abs. 1 Z 1 soll der Strichpunkt durch einen Punkt ersetzt werden. Danach sollte noch folgender Satz angefügt werden, um derzeit bestehende Härten nach abgeschlossenen Verfahren beheben zu können:

"Die Rechtskraft bereits ergangener Entscheidungen steht einer Neufeststellung von Leistungsansprüchen nach der vorhin genannten Gesetzesstelle nicht entgegen."

**Zu Z 71 - § 264 Abs. 4 GSVG:
Übergangsbestimmung**

Der Ausschluß der Pensionsbezieher gemäß § 3 Abs. 1 GSVG von der neuerlichen Möglichkeit der mit 30. Juni 1996 befristeten Antragstellung zur Pflichtversicherung in der Krankenversicherung nach dem GSVG wäre verfassungswidrig, weil kein sachlicher Grund hierfür vorliegt. Die in den Erläuterungen ins Treffen geführten Spekulationen sind objektiv nicht erkennbar. Außerdem sollten gerade bei Pensionsbeziehern nicht zusätzliche Härtefälle provoziert werden.

Stellungnahme

zum Entwurf der 20. BSVG-Novelle

**Zu Art. I Z 4 - § 20 Abs. 1 BSVG:
Auskunftspflicht der Versicherten und der
Leistungs-(Zahlungsempfänger)**

In Ergänzung zur dort getroffenen Klarstellung der Auskunfts- und Vorlagepflicht sollten für den Bereich des BSVG zusätzlich außer den in § 2 Abs. 1 Z 1 genannten Betriebsführern auch andere dort nicht genannte Personen als Betriebsführer sowie die Grundeigentümer, die ihre land- bzw. forstwirtschaftlichen Flächen zu 100 % verpachtet haben, in die Melde- und Auskunftspflichten einbezogen werden, um die für das jeweilige Versicherungsverhältnis bedeutsamen Fakten leichter feststellen zu können.

**Zu Art. I Z 9 - § 34 Abs. 1 BSVG:
Beitragszuschlag**

Aus Gründen einer geordneten Administration sollte hinsichtlich des Inkrafttretens der novellierten Bestimmung über den Beitragszuschlag gemäß § 34 Abs. 1 BSVG mit einer **Übergangsbestimmung** sichergestellt werden, daß die neue Bestimmung auch auf solche Forderungen, die **vor dem 1. Jänner 1996** entstanden sind, anzuwenden ist.

**Zu Art. I Z 19 - § 71 Abs. 8 BSVG:
Zahlungsempfänger**

Zusätzlich wird angeregt, die **Z 1** des § 71 Abs. 1 zu ändern, damit ein Gleichklang in der gesamten Bestimmung hergestellt wird, der auch mit der Praxis der Sozialversicherungsanstalt der Bauern übereinstimmt.

**Zu Art. I Z 26 und Z 66 - § 90a und § 253 Abs. 2 BSVG:
Kostenanteil des Versicherten bei Anstaltspflege**

Der mit der Neuregelung des verminderten Kostenanteiles bei Anstaltspflege auf 10% vorgesehene Wirksamkeitsbeginn mit 1. Juli 1995 würde die vollziehende Sozialversicherungsanstalt der Bauern vor massive administrative Probleme stellen, zumal seit dem 1. Juli 1994 zwei Rechtslagen zu beachten wären. Um diesen unnötigen Verwaltungsaufwand zu vermeiden, sollte diese Bestimmung rückwirkend mit 1. Juli 1994 in Kraft gesetzt werden. Eine Mehrbelastung für den Bund ergäbe sich nicht, zumal der Bundesbeitrag in der bäuerlichen Krankenversicherung seit 1993 mit einem valorisierten Fixbetrag festgesetzt ist.

**Zu Art. I Z 34 - § 107a Abs. 5 und 6 BSVG:
Ersatzzelt - Kinder**

Es besteht für eine solche Neuregelung weder ein sachlicher Grund noch eine zivilrechtliche Verpflichtung über die Begrenzung der Widerlegung der gesetzlichen Vermutung der Kindererziehung, sodaß dieser Novellierungsvorschlag ersatzlos entfallen sollte.

**Zu Art. I Z 48 - § 137 Abs. 4 BSVG:
Wiederaufleben der (Witwen)Witwerpension**

In § 137 Abs. 4 sollte auch beim Abfindungskapital (anstelle einer laufenden Unterhaltsleistung) auf die Differenzierung zwischen laufender Pension und Sonderzahlungen Bedacht genommen werden.

**Zu § 181 BSVG:
Beziehungen zu den Vertragspartnern**

Diese Regelung sollte an den im Entwurf vorgesehenen Text des § 338 ASVG angepaßt werden.

Stellungnahme

zum Entwurf der 9. BHG-Novelle

Zu Art. II Z 1 - § 4a Abs. 5 BHG:**Teilzeitbeihilfe - Übergangsbestimmung**

Nach den Erläuterungen zu dieser geplanten Novellierung soll eine Anpassung infolge der Änderung des § 4a Abs. 4 BHG durch das Strukturanpassungsgesetz, BGBl. Nr. 297/1995, vorgenommen werden. Da aber in einer Reihe von Fällen der Anspruch auf (oder erhöhte) Teilzeitbeihilfe vor dem 1. Jänner 1996 entstanden ist, bedarf es einer **Übergangsbestimmung**, um diese Ansprüche zu wahren.

Stellungnahme

zum Entwurf der 9. FSVG-Novelle

Zu Z 1 - § 4 Abs. 1 Z 1 FSVG:**Krankenversicherung der Pensionisten - Übergangsbestimmung**

Wünschenswert erscheint eine **Übergangsbestimmung**, die sicherstellt, daß FSVG-Pensionisten, die auf Grund der bisherigen Rechtslage in die Krankenversicherung nach dem GSVG einbezogen wurden, die Voraussetzungen für diese Krankenversicherung aber nach der Neufassung des § 4 Abs. 1 Z 1 FSVG durch die 9. FSVG-Novelle nicht mehr erfüllen, weiterhin in der genannten Krankenversicherung versichert sind (vgl. z. B. Art. II Abs. 1 der 10. GSVG-Novelle).

Zu Z 2 - § 5 Z 2 FSVG:**Ausnahmen von der Pflichtversicherung in der Pensionsversicherung
- Übergangsbestimmung**

Die hiemit vorgesehene Neuregelung ist grundsätzlich zu begrüßen, jedoch muß bedacht werden, daß es mit Inkrafttreten dieser Neuregelung zur Einbeziehung von nach der früheren Fassung dieser Ausnahmebestimmung von der Pflichtversicherung ausgenommenen Personen in verhältnismäßig fortgeschrittenem Alter kommen kann, welche unter Umständen nicht mehr die Möglichkeit haben werden, durch den Erwerb künftiger Pensionsansprüchen nach dem FSVG einen Pensionsanspruch zu realisieren. Notwendig erscheint daher jedenfalls die Schaffung einer diesbezüglichen **Übergangsbestimmung**, derzufolge Personen, die im Zeitpunkt der Einbeziehung in die Pflichtversicherung bereits ein bestimmtes Lebensalter vollendet haben, sich über befristeten Antrag von dieser Pflichtversicherung befreien lassen können (vgl. § 16 Z 1 FSVG bzw. Art. II Abs. 14 lit. a der 25. GSPVG-Novelle i. V. m. § 233 Abs. 2 GSVG).

Stellungnahme

zum Entwurf der 8. NVG-Novelle

**Zu Z 16 - § 103 Abs. 1 NVG:
Übergangsbestimmung**

Es sollte folgende Präzisierung vorgenommen werden:

§ 103. (1) Die §§ 7, 14 Abs. 1 Z 2, 20 Abs. 1, 42 Abs. 1 Z 4, 45 Abs. 2 Z 3, 73 Abs. 3, 87 und 88 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. xxx/1995 treten mit 1. Jänner 1996 in Kraft.

**Zu Z 16 - § 103 Abs. 4 NVG:
Übergangsbestimmung**

Es sollte folgende Präzisierung vorgenommen werden:

§ 103. ...

"(4) Der §§ 48 Abs. 8, 55 Abs. 5, 58 und 61 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl.Nr. xxx/1995 sind ab 1. Jänner 1995 auch auf Leistungsansprüche anzuwenden, die am 31. Dezember 1994 bereits bestanden haben."

**Ergänzend ersucht der Hauptverband aus Anlaß
der 8. Novelle zum NVG 1972 noch um folgende Richtigstellung:**

Zu § 48 Abs. 7 NVG:

Im § 48 Abs. 7 hat anstelle des Klammerausdruckes "(§ 65 Z 2)"
der Klammerausdruck "(§ 65)" zu lauten.

§ 99 Z 5 des Arbeits- und Sozialgerichtsgesetzes - ASGG, BGBl. Nr.
104/85, hat nämlich mit Wirkung vom 1. 1. 1987 die Ziffern 1 und 2 im § 65
aufgehoben.