

**HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER**

1031 WIEN KUNDMANNGASSE 21 POSTFACH 600 TEL. 0222/711 32 TELEX 136682 hvsvt a TELEFAX 711 32 249 DVR 0024279  
Kl. 232 dw

Zl. 12-42.01/90 Sa/De

Wien, 30. März 1990

An das  
Bundesministerium für  
Arbeit und Soziales

Stubenring 1  
1010 Wien

BUNDESGESETZENTWÜRFE	
Zl.	26. GE 9. 90
Datum:	2. APR. 1990
Verteilt:	

**Betr.:** Ministerialentwürfe zur  
49. Novelle zum ASVG,  
20. Novelle zum B-KUVG,  
17. Novelle zum GSVG,  
15. Novelle zum BSVG;  
Begutachtungsverfahren

**Bezug:** Ihre Schreiben vom 16. Februar 1990,  
Zl. 20.049/3-1/90 (ASVG),  
Zl. 21.140/1-1/90 (B-KUVG),  
Zl. 20.620/1-2/90 (GSVG),  
Zl. 20.796/1-2/90 (BSVG)

Der Hauptverband übermittelt seine Stellungnahme zu den oben angeführten Ministerialentwürfen. Bei der Ausarbeitung dieser Stellungnahme wurden die Stellungnahmen der dem Hauptverband angehörenden Sozialversicherungsträger berücksichtigt.

Wir ersuchen dringend, folgende bereits erstattete Novellierungsvorschläge zu Bestimmungen des ASVG zusätzlich in die Regierungsvorlage aufzunehmen:

- § 41a (neu) - Versicherungskonto
- § 113 Abs. 1 und 2 - Beitragszuschlag
- § 113 Abs. 3 (neu) - Beitragszuschlag
- § 131 Abs. 1 - Kostenerstattung für wahlärztliche Hilfe
- § 131 Abs. 2 - Erstattung von Kosten der Krankenbehandlung
- § 135 Abs. 3 und 4 - kassenfreier Raum
- § 153 Abs. 3 - Leistungsumfang der Zahnambulatorien
- § 342 Abs. 2 - Kostenbegrenzungen in den Gesamtverträgen

- § 447a Abs.3 - Beitragssatz zum Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger
- § 447b Abs.5 und 7 - Zuschüsse aus dem Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger

In diesem Zusammenhang rufen wir auch unser Schreiben vom 29. Jänner 1990, Zl. 42-54.3/90/Tu/Mr, in Erinnerung, worin wir vorgeschlagen haben, die Begriffe "Höherversicherung" und "besonderer Steigerungsbetrag" durch die Ausdrücke "Zusatzversicherung" und "Zusatzpension" zu ersetzen.

Die angeführten dringenden Novellierungsvorschläge sind in der Beilage zusammengefaßt.

Ferner übermitteln wir Ihnen Novellierungsvorschläge, mit denen Sie bisher nicht befaßt wurden. Wir ersuchen, auch diese Vorschläge in die Regierungsvorlage aufzunehmen.

Von diesen Vorschlägen sind folgende vordringlich:

- § 117 Abs.2 - Krankenordnung
- § 231 Z.2 - Leistungswirksame Ersatzzeiten
- § 248a - Leistungswirksame Ersatzzeiten
- § 251a Abs.4 litb - Leistungswirksame Ersatzzeiten

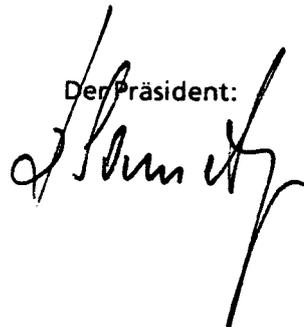
Abschließend verweist der Hauptverband auf die Notwendigkeit, § 148 Z.3 ASVG (nochmals) als Grundsatzbestimmung zu beschließen. Derzeit ist diese Bestimmung verfassungswidrig (siehe RdW 1990/3, S.85 f.).

25 Ausfertigungen dieser Stellungnahme werden dem Präsidium des Nationalrates direkt übermittelt.

Der Generaldirektor:



Der Präsident:



Beilagen

Stellungnahme zur 49. Novelle zum ASVG

Zu Art.VII Abs.5

Es sollte klargestellt werden, daß die außerordentliche Sonderzahlung bei der Berechnung des Jahresausgleiches gem. § 296 Abs.6 ASVG außer Betracht zu bleiben hat.

Zu Art.VII Abs.3

Für Hinterbliebene nach Pensionisten mit Pensionsbeginn 1.7.1990 (Tod im Juni 1990) würde keine Berechnungsbasis bestehen, da im Juni keine Hinterbliebenenpension bezogen wurde.

Der Hauptverband schlägt deshalb vor, die außerordentliche Sonderzahlung in diesen Fällen von den fiktiven Junipensionen der Hinterbliebenen zu bemessen.

**Zu Art. VII des Entwurfes - Schlußbestimmungen  
- Außerordentliche Erhöhung der Unfallrenten**

Die Textierung des Abs.1 der Schlußbestimmungen läßt den Schluß zu, daß Renten, die nach festen Beträgen bemessen sind, nicht der außerordentlichen Erhöhung ab 1. Juli 1990 unterliegen.

Hingegen geht aus der Formulierung des Abs.3 der Schlußbestimmungen hervor, daß auch für diese Renten eine außerordentliche Sonderzahlung für die Monate Jänner bis Juni 1990 gebühren kann.

Aus systematischen Gründen kann aber nur zu einer solchen Rente eine außerordentliche Sonderzahlung gebühren, die auch ab 1. Juli 1990 erhöht wird.

Die Schlußbestimmungen wären daher so zu formulieren, daß eindeutig kargestellt wird, ob eine Rente, die nach festen Beträgen bemessen wird, bei Zutreffen der sonstigen Voraussetzungen ab 1. Juli 1990 außerordentlich erhöht wird und ob somit zu dieser Rente auch eine außerordentliche Sonderzahlung gebührt.

- 7) Die Erhöhung der Beitragsgrundlage ist nur für die Gesamtzahl der nach Abs.6 in Betracht kommenden Zeiten zulässig.
- 8) Anträge können nur bis längstens 31. Dezember 1991 bei sonstigem Ausschluß gestellt werden.
- 9) Die sich aufgrund der Neufeststellung der Beitragsgrundlage ergebenden Beiträge gelten als wirksam entrichtet, wenn sie innerhalb von drei Monaten ab Bewilligung des Antrages bezahlt werden.
- 10) Die zu entrichtenden Beiträge sind mit dem jeweiligen Faktor (§ 47 GSVG) aufzuwerten, der im Kalenderjahr der Antragstellung für das Kalenderjahr festgesetzt ist, für das die Beiträge gelten.
- 11) Die sich nach Abs.6 bis 10 ergebende Beitragsgrundlage ist in Anwendung der Bestimmungen dieses Bundesgesetzes der Beitragsgrundlage gemäß § 25 gleichzuhalten.
- 12) Die Bestimmungen der Abs.6 bis 10 sind auf Antrag auch auf bescheidmäßig zuerkannte Leistungsansprüche anzuwenden, die am 30. Juni 1990 bereits bestanden haben. Eine sich daraus ergebende Erhöhung der Leistungsansprüche gebührt ab 1. Juli 1990, wenn der Antrag bis 31. Dezember 1990 gestellt wird".

Zu Art.VI Abs.6 und 7 (§ 17 Abs.5 lit.a GSPVG oder  
§ 25 Abs.5 Z.1 GSVG

Der vorliegende Entwurf entspricht im Grundsatz einem vom Hauptverband im Zusammenwirken mit den Pensionsversicherungsträgern ausgearbeiteten Vorschlag.

Wir schlagen folgende Textierung vor:

Artikel ....

Übergangsbestimmungen

- "6) Für Personen, die Beiträge zur Pflichtversicherung in der Pensionsversicherung nach dem Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz bzw. nach dem Gewerblichen Selbständigen-Pensionsversicherungsgesetz aufgrund einer Beitragsgrundlage gemäß § 25 Abs.5 Z.1 in der bis zum 31.12.1986 geltenden Fassung bzw. gemäß § 17 Abs.5 lit.a GSPVG entrichtet haben, kann die Beitragsgrundlage für jene Monate, für die Beiträge nach einer solchen Beitragsgrundlage entrichtet wurden, auf Antrag bis auf die nach den damaligen Vorschriften jeweils geltende Höchstbeitragsgrundlage erhöht werden. Die Erhöhung ist in den angeführten Fällen nur soweit zulässig, als der Versicherte für die betreffenden Zeiträume ein der beantragten höheren Beitragsgrundlage entsprechendes Einkommen nachweist; hiebei sind die für die Bemessung der Einkommensteuer herangezogenen Einkünfte des Pflichtversicherten aus einer die Pflichtversicherung nach dem Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz bzw. dem Gewerblichen Selbständigen-Pensionsversicherungsgesetz begründenden Erwerbstätigkeit zuzüglich von Hinzurechnungsbeträgen gemäß § 25 Abs.1 bzw. Abs.2 des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes bzw. gemäß § 17 Abs.1 des Gewerblichen Selbständigen-Pensionsversicherungsgesetzes in der jeweiligen Fassung maßgebend.

Zu Art.VI Abs.2:

Die Formulierung scheint unpräzise zu sein. Es müßte heißen:  
Beiträge zur Weiterversicherung gem. .... für Personen,  
die während der Zeit der Weiterversicherung ..... sind unwirk-  
sam. Für diese Zeit zu Ungebühr entrichtete Beiträge .....

Die in dieser Bestimmung enthaltene Verjährungsfrist scheint  
zu kurz zu sein. Eine erstmalige Verjährung (für Beiträge ab  
Jänner 1988) würde bereits im Jänner 1991 eintreten.

Der Hauptverband schlägt daher vor, anstelle der vorge-  
sehenen dreijährigen eine fünfjährige Verjährungsfrist vorzu-  
sehen.

**Zu Art. V Z.18 lit. b) und c)**  
**Erweiterung der Berufskrankheitenliste**

Die gewählten Formulierungen lassen jede Berufsbezogenheit der Hauterkrankung bzw. der Erkrankung an allergischem Asthma bronchiale vermissen.

Um Fehlinterpretationen hintanzuhalten, werden folgende Textierungen vorgeschlagen:

- "19. Hauterkrankungen, wenn und solange sie zur Aufgabe schädigender beruflicher Tätigkeiten zwingen" bzw
- "30. Erkrankungen an allergischem Asthma bronchiale, wenn und solange sie zur Aufgabe schädigender beruflicher Tätigkeiten zwingen".

(Neue Bestimmung)

§ 506 d ASVG ist einzufügen:

Umrechnung von ausländischen Einkünften

§ 506 d. (1) Der Bundesminister für Arbeit und Soziales hat - unbeschadet Abs.2 - mit Wirksamkeit ab 1. Jänner jedes Jahres die zur Umrechnung von ausländischen Einkünften in Schilling in Betracht kommenden Kurse nach Maßgabe des Abs.3 durch Verordnung festzusetzen. § 506 c ASVG bleibt hievon unberührt.

(2) Bei Änderung eines Kurses um mehr als 10 % gegenüber der letzten Feststellung ist dieser Kurs mit Wirksamkeit ab dem Monatsersten des auf die Verlautbarung zweitfolgenden Monats durch Verordnung neu festzusetzen.

(3) Der Verordnung sind die an der Wiener Devisenbörse notierten Kurse nach Maßgabe des Abs.4 zugrunde zu legen. Bei Währungen, die nicht an der Wiener Divisenbörse notieren, ist für die Kursfestsetzung der Kurs des US-Dollar (Devise New York) maßgebend.

(4) Bei Erlassung der Verordnung ist auf die Entwicklung der Devisengeldkurse Bedacht zu nehmen.

**Zu Art. V Z. 16**  
**- Umrechnung von ausländischen Einkünften**  
**(§ 506d )**

Der Hauptverband hat dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales im Jahre 1988 den beiliegenden Novellierungsvorschlag zu § 506d ASVG übermittelt.

Der nunmehr vorliegende Entwurf weicht in folgenden wesentlichen Punkten vom Vorschlag des Hauptverbandes ab:

1. Während aufgrund der bisherigen Praxis jährlich im Herbst vom Hauptverband mit Wirksamkeit ab 1. Jänner des Folgejahres ein Fixkurs ermittelt wurde, der eine generelle Basis für die Beobachtung der Kursänderungen war, ist eine derartige Festlegung im Entwurf nicht enthalten, wodurch eine entsprechende Ausgangsbasis für die Kursbeobachtung nicht gegeben ist.
2. Im Gegensatz zum Vorschlag des Hauptverbandes enthält der Entwurf keine Vorschrift darüber, ab welchem Zeitpunkt bei einer Kursänderung um mehr als 10 v. H. gegenüber der letzten Feststellung der Kurs neu festzusetzen ist.
3. Die im Vorschlag des Hauptverbandes enthaltene Regelung, wonach für Währungen, die nicht an der Wiener Börse notieren, der Kurs des US-Dollar (Devise New York) maßgebend ist, wurde nicht aufgenommen. Für die Umrechnung von Währungen, die nicht an der Wiener Börse notieren, ist somit keine gesetzliche Basis vorhanden.
4. Während im Vorschlag des Hauptverbandes vorgesehen ist, daß § 506d ASVG den § 506c ASVG unberührt läßt, fehlt im Entwurf eine entsprechende Einschränkung.

Der Hauptverband begrüßt grundsätzlich die gegenständliche Regelung. Die oben angeführten Punkte müßten aber - in welcher Form auch immer - berücksichtigt werden.

entsprechend dem ICD 9-Code den Sozialversicherungsträgern übermitteln, um eine verwaltungstechnisch und statistisch einfache Vorgangsweise zu erreichen.

Der Hauptverband schlägt daher vor, im § 460c ASVG vorzusehen, daß die Träger der Krankenanstalten bei der Abrechnung der stationären Fälle mit den Sozialversicherungsträgern den ICD 9-Code in der VESKA-Version anzuwenden haben. Dies müßte in Form einer **Grundsatzbestimmung** beschlossen werden.

Hiedurch würde eine wesentliche Verwaltungsvereinfachung bewirkt werden.

**Zu Art. V Z. 14 des Entwurfes  
Datenübermittlung durch die Sozialversicherungsträger  
an die Krankenanstalten  
(§ 460c)**

Durch die vorgeschlagene Änderung sollen die Sozialversicherungsträger datenschutzrechtlich zur Übermittlung der für die Einhebung des Kostenbeitrages gemäß § 27a Bundes-KAG notwendigen Daten an die Träger der Krankenanstalten ermächtigt werden.

**Auskünfte können jedenfalls nur aus den beim Versicherungsträger vorhandenen Datenbeständen gegeben werden. Eine Verarbeitung von für Sozialversicherungszwecke nicht relevanter Daten durch einen Sozialversicherungsträger würde § 6 DSG widersprechen. Dies sollte in den erläuternden Bemerkungen ausdrücklich erwähnt werden.**

Zu dem Novellierungsvorschlag wird auch angemerkt, daß durch die zweifellos mit großem administrativen Aufwand verbundenen und eine große Anzahl von Personen betreffenden Übermittlungen den Krankenversicherungsträgern ein nicht unerheblicher finanzieller Aufwand entsteht. **Der Hauptverband hält es daher für unumgänglich, im Gesetz eine finanzielle Abgeltung der Mitwirkungspflicht der Sozialversicherungsträger an der Vollziehung der Landes-Krankenanstaltengesetze vorzusehen.**

Ergänzend wird folgendes angeregt:

Die Rechtsträger der Krankenanstalten haben die Diagnosen der in stationärer Behandlung befindlichen Pfleglinge ab 1. Jänner 1989 nach der von der Weltgesundheitsorganisation veröffentlichten internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD), 9. Revision, in der Fassung der Vereinigung Schweizer Krankenhäuser (VESKA) zu erfassen. Die entsprechende Rechtsgrundlage findet sich im § 62d Bundes-Krankenanstaltengesetz.

Im Hinblick darauf, daß gemäß § 66 Abs.4 der Weisungen für die Erstellung der statistischen Nachweisungen für den Bereich der Krankenversicherung auch die Krankenversicherungsträger dieses Diagnoseerfassungssystem anzuwenden haben, erscheint es sinnvoll, daß die Rechtsträgern der Krankenanstalten anlässlich der Abrechnung der Pflageetage die anzugebenden Diagnosen auch

**Zu Art. V Z.12 des Entwurfes  
- Trennung der Erfolgsrechnungen und  
statistischen Nachweisungen nach Versichertengruppen  
(§ 444 Abs.4)**

Der Hauptverband begrüßt nachdrücklich, daß seinem seit langem ventilerten Wunsch auf Streichung des § 444 Abs.4 ASVG Rechnung getragen werden soll.

Die nach § 444 Abs.4 ASVG vorgesehenen Erhebungen führen zu keinen weitergehenden Informationen und ist nur mit einem unnötigen Verwaltungsaufwand verbunden

§ 444 Abs.4 ASVG sollte allerdings rückwirkend mit 1. Jänner 1990 aufgehoben werden.

- 6.) Die Ausdrücke im 2. Absatz "monatlichen Beitragsgrundlagen" und "Jahres" sind unpräzise. Es wird folgende Formulierung vorgeschlagen:

238a (2) ..... wenn die durchschnittliche monatliche Beitragsgrundlage (§ 242 Abs.2) des Beitragsjahres (§ 242 Abs.6) das auf das Jahr des Ausscheidens .... kleiner ist als die durchschnittliche monatliche Beitragsgrundlage des Beitragsjahres .....

- 7.) § 240 Abs.1 müßte um die Bemessungsgrundlage nach § 238a ergänzt werden.
- 8.) § 239 müßte ergänzt werden. " .... anstelle ..... § 238 oder § 238a .....
- 9.) § 242 Abs.1 müßte ebenfalls um § 238a ergänzt werden.

Zu Art.IV Z.3 (§ 238a)

Nach der Textierung des 1. Satzes käme die Neuregelung nur zur Anwendung, wenn vor dem 45.(50.) Lebensjahr nie ein Wechsel des Dienstverhältnisses stattgefunden hat, was aber offensichtlich nicht beabsichtigt ist.

Es ist nicht einleuchtend, daß die Neuregelung nur bei einem Ausscheiden und der erstmaligen Aufnahme eines Dienstverhältnisses Platz greifen soll und nicht auch bei einem Absinken des Verdienstes aus innerbetrieblichen Gründen (Kurzzeitarbeit).

Die Regelung läßt für Zufälligkeiten und Spekulationen zuviel Raum, z.B.:

- 1.) Beschäftigung im Betrieb des Ehepartners.
- 2.) Kurzfristiges Dienstverhältnis vor 50.Lebensjahr mit hohem Gehalt (Saisonarbeiten) und Beendigung nach dem 50.Lebensjahr.
- 3.) Der Schutz würde auch bei freiwilligem Ausscheiden und Aufnahme einer geringer entlohten Beschäftigung aus persönlichen Gründen (Teilzeitarbeit) wirken.
- 4.) Die Neuregelung würde auch gelten, wenn das Ausscheiden im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme einer BU-Pension erfolgt und eine Nebenbeschäftigung (mindestens 36 Monate) aufgenommen wird. Die Bemessungsgrundlage nach § 238a könnte höher sein als die nach § 240 (verkürzte Bemessungszeit).
- 5.) Nach der Textierung des 2. Absatzes: " ..... des Jahres, das auf das Jahr des Ausscheidens ..... folgt", wäre die Neuregelung nur dann anwendbar, wenn das neue Dienstverhältnis innerhalb eines Jahres nach dem Ausscheiden aufgenommen wird. Nach den Erläuterungen zum Entwurf ist dies jedoch nicht beabsichtigt.

Zu Art.IV Z.1 lit.b (§ 227 Abs.1 Z.5)

§ 16 Abs.1 des Arbeitslosenversicherungsgesetzes umfaßt elf Ruhensgründe.

Der Ausdruck "... ausschließlich gemäß § 16 Abs.1 des Arbeitslosenversicherungsgesetzes ..." beruht offensichtlich auf einem Irrtum und sollte "... ausschließlich gemäß § 16 Abs.1 lit.1 ..." lauten.

Es dürfte nicht beabsichtigt sein, auch Zeiten, während der die Geldleistung aus der Arbeitslosenversicherung wegen Haft oder Auslandsaufenthalt ruht, als Ersatzzeiten zu berücksichtigen.

Weiters gibt es eine Reihe von denkbaren Tatbeständen, wo eine Schädigung zwar grob fahrlässig durch den Dienstgeber oder Arbeitsaufseher verursacht wurde, jedoch entweder Arbeitnehmerschutzvorschriften nicht existieren oder ein Betrieb von solchen ausgenommen ist (insbesondere Unfälle im Schulbereich). Nach geltender Rechtslage kommt in diesen Fällen eine Integritätsabgeltung nicht in Betracht.

Die Anstalt erlaubt sich somit anzuregen, § 213a mit § 333 in der Weise zu verknüpfen, daß ein Anspruch auf Integritätsabgeltung lediglich dann gebührt, wenn der Versicherungsfall durch den Dienstgeber, dessen gesetzlichen oder bevollmächtigten Vertreter oder dessen Aufseher im Betrieb grob fahrlässig verursacht wurde.

Gemäß § 213a Abs.3 ist in den Richtlinien auch auf das wirtschaftliche Bedürfnis der Versicherten Bedacht zu nehmen. Da die Integritätsabgeltung dem zivilrechtlichen Schmerzensgeld sehr ähnlich ist, es bei diesem jedoch auf wirtschaftliche Bedürfnisse nicht ankommt, darf daher angeregt werden, dieses Kriterium zu streichen. Überdies führt jede Abstufung nach Einkommensverhältnissen u. dgl. zwangsläufig zu Unbilligkeiten im Einzelfall und kann - handelt es sich doch um einen klagbaren Leistungsanspruch - zu langwierigen und aufwendigen Erhebungen mit mitunter ebenso langwierigen Leistungsstreitverfahren führen, was den Interessen der Versicherten auf rasche Leistungserbringung zuwiderlaufen würde."

**Der Hauptverband ersucht, daß die Anregungen der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt berücksichtigt werden.**

**Zu Art. III Z.3 des Entwurfes  
Verlautbarung der Richtlinien über die Integritätsabgeltung  
(§ 213a Abs.3 ASVG)**

Der Hauptverband erhebt gegen den Novellierungsvorschlag keinen Einwand.

Die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt hat allerdings zur derzeitigen Formulierung des § 213a ASVG folgende schwerwiegende Bedenken vorgebracht:

“Bedenken gegen die derzeitige Formulierung des § 213a ergeben sich dadurch, daß man bei streng grammatikalischer Betrachtung zu dem Schluß kommen kann, daß bei grob fahrlässiger Außerachtlassung von Arbeitnehmerschutzvorschriften etwa durch Dritte (Fremdfirma) oder sogar den Geschädigten selbst ein Leistungsanspruch entsteht. Dies ergibt sich daraus, daß der Abs. 1 keine Aussage darüber enthält, wer in qualifizierter Weise gegen Arbeitnehmerschutzvorschriften verstoßen muß, um die Rechtsfolge der Integritätsabgeltung auszulösen.

Sind im Bereich einer Arbeitsstelle Arbeitnehmer verschiedener Arbeitgeber tätig, hat gemäß § 18 Abs.2 ASchG jeder Arbeitgeber Maßnahmen gegen die aus einer Risikosphäre entspringenden Unfallgefahren zu treffen.

Sichert z. B. einer der Arbeitgeber einen Schacht nicht ab und kommt dadurch ein Arbeitnehmer einer Fremdfirma zu Schaden, so hat der Geschädigte den vollen zivilrechtlichen Schadenersatzanspruch. Bei Anwendung der oben erwähnten Interpretationsmethode hätte dieser im Falle eines grob fahrlässigen Verhaltens des Schädigers auch einen Anspruch auf Integritätsabgeltung, sodaß es jedenfalls hinsichtlich seines Schmerzensgeldanspruches zu einer Doppelliquidation kommen würde.

In den noch zu erlassenden Richtlinien ist - vorbehaltlich der Genehmigung - beabsichtigt, solche Fälle vom Anspruch auf Integritätsabgeltung auszunehmen.

**Zu Art. II Z.3 lit.a und b und Art. VI Abs.1 des Entwurfes  
- Ausschluß von der Angehörigeneigenschaft für Dienstgeber  
(§§123 Abs.1 Z.2 und Z.3)**

Der Hauptverband begrüßt ausdrücklich diesen Novellierungsvorschlag. Dieser sollte aber ergänzt werden:

Die Intention dieses Novellierungsvorschlages ist, Personen, die gesetzlich nicht krankenversichert sind und ihren eigenen Ehepartner als Dienstnehmer anstellen (z. B. als Sekretärin), von der beitragsfreien Mitversicherung in der Krankenversicherung auszuschließen, da eine solche Mitversicherung sozialpolitisch nicht gerechtfertigt wäre.

Als Beispiel für diesen Personenkreis werden GmbH-Geschäftsführer angeführt.

Dienstgeber des Ehegatten eines GmbH-Geschäftsführers ist aber oft nicht dieser, sondern die Gesellschaft.

§ 123 Abs.1 Z. 3 sollte daher wie folgt lauten:

"wenn sie nicht gleichzeitig Dienstgeber des Versicherten oder alleiniger Gesellschafter einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung sind, bei welcher der Versicherte beschäftigt ist".

**Zu Art. I Z. 24 des Entwurfes**  
**- Anpassung der Höchstbeträge für die Integritätsabgeltung**  
**(§ 108g Abs.6)**

Gemäß § 213a Abs.2 ASVG darf die Integritätsabgeltung das Doppelte des bei Eintritt des Versicherungsfalles nach § 178 Abs. 2 ASVG jeweils geltenden Betrages nicht übersteigen. Bei den im § 178 Abs. 2 ASVG genannten Betrag handelt es sich um das 360-fache der täglichen Höchstbeitragsgrundlage (zuzüglich nach § 179 ASVG zu berücksichtigender Sonderzahlungen). Die Höhe der Integritätsabgeltung orientiert sich somit an der Höchstbeitragsgrundlage.

**Die nunmehr vorgesehene Dynamisierung der Integritätsabgeltung mit dem Anpassungsfaktor ist systemwidrig ist, da es sich bei der Integritätsabgeltung um eine einmalige Leistung handelt, die ohne Rücksicht auf eine Bemessungsgrundlage festgestellt wird.**

Für die geplante Anpassung einer Integritätsabgeltung sollte daher die Aufwertungszahl (allenfalls Multiplikation mehrerer Aufwertungszahlen) herangezogen werden, da sich auch die Erhöhung der Höchstbeitragsgrundlage nach der Aufwertungszahl richtet.

**Zu Art. I Z.23 und Art.V Z.15 lit.b und Z.17**  
**- Verfall von Leistungsansprüchen**  
**(§§ 102, 479 Abs.2 Z.1 und 522 Abs.3 Z.1 lit.b)**

Der Hauptverband begrüßt diesen Novellierungsvorschlag.

Im Abs.1 und 2 des § 102 müßte die Wortfolge "Anspruches auf Kostenerstattung oder auf einen Kostenzuschuß" durch "Anspruches auf Kostenerstattung (**Kostenersatz**) oder auf einen Kostenzuschuß" ersetzt werden, da im ASVG in einigen Bestimmungen (z.B. § 131 Abs.1 - Anspruch auf Ersatz der Kosten; Überschrift zu §§ 150 und 150a) der Ausdruck "Kostenersatz" verwendet wird.

Der Hauptverband regt ergänzend an, in den erläuternden Bemerkungen folgende Punkte klarzustellen:

- a) Bei laufenden Geldleistungen (z.B. Krankengeld) gilt als Entstehen des Leistungsanspruches und somit als Beginn der Verfallsfrist der **Eintritt des Versicherungsfalles**.  
Wird somit die Leistung nicht binnen zwei Jahren ab Eintritt des Versicherungsfalles beantragt, gelten sämtliche Zahlungen als verfallen und nicht nur jene, die für länger als zwei Jahre zurückliegende Zeit gebühren; dies bedeutet, daß z.B. ein Krankengeldanspruch nur zur Gänze verfallen kann und nicht auch Teilzahlungen.
- b) Bei Serienbehandlungen (z.B. kieferorthopädische Leistungen), welche sich über einen längeren Zeitraum erstrecken, soll als "Inanspruchnahme der Leistung" die letzte Behandlungsmaßnahme gelten.

**Zu Art. I Z.16 des Entwurfes  
- Verjährung von Beitragsforderungen  
(§ 68 Abs.1)**

Der Hauptverband begrüßt den Novellierungsvorschlag.

Allerdings müßte dieser insofern ergänzt werden, daß die Verjährung auch gehemmt ist, solange ein Verfahren vor den Gerichtshöfen des öffentlichen Rechtes anhängig ist.

Ergänzend stellt der Hauptverband folgendes zur Diskussion:

Entgeltansprüche von Dienstnehmern werden nach Ende des Beschäftigungsverhältnisses oft in einem jahrelang dauernden arbeitsrechtlichen Verfahren festgestellt. In solchen Fällen sind oft große Teile der Beitragsforderungen des Krankenversicherungsträgers verjährt. Im § 68 Abs.1 ASVG sollte daher vorgesehen werden, daß die Verjährung auch während der Dauer eines arbeitsgerichtlichen Verfahrens, in dem über Entgeltansprüche entschieden wird, hinsichtlich der Beitragsforderungen die auf diesen Entgeltansprüchen beruhen, gehemmt ist.

Abfuhrtermine "Letzter" und "10. des Folgemonats" zusammenzuziehen und auf den 3. des Folgemonats zu verlegen. Es wären zwar die zum Monatsende auszuweisenden Treuhandschulden entsprechend höher, die beteiligten Versicherungsträger könnten aber bereits am 3. über die Anzahlungen auf die Gesamtbeitrags-  
einzüge des Kalendermonats verfügen.

Sollte eine Vorverlegung des Abfuhrtermins vom 20. auf den 15. nicht zu verhindern sein, müßten die Krankenversicherungsträger darauf drängen, daß sie die Beiträge zur Krankenversicherung der Pensionisten in Hinkunft nicht wie bisher erst zum 22. erhalten, sondern gleichfalls um 5 Tage früher.

§ 73 Abs.4 ASVG besagt, daß die Beiträge von den Pensionsversicherungsträgern vorschußweise in monatlichen Raten dem Hauptverband zu überweisen sind, welcher die einlangenden Zahlungen auf die zuständigen Träger der Krankenversicherung aufteilt. Ein genauer Termin für die Überweisungen ist nicht festgelegt; die gegenwärtige Praxis wird aber damit begründet, daß die Pensionsversicherungsträger erst dann über die notwendigen Mittel zu der ihnen obliegenden Beitragszahlung verfügen, wenn sie die von den Krankenversicherungsträgern derzeit zum 20. zu leistenden Abschlagszahlungen erhalten haben.

Anlaß zur Unzufriedenheit mit der bestehenden Gesetzeslage; die Vorgangsweise der Kassen ist jedoch gesetzeskonform. Die Überweisung der sog. "3. Dekade" (Anzahlung zum Letzten des Monats) muß spätestens am letzten Arbeitstag vor dem Ultimo durchgeführt werden, zu einem Zeitpunkt, an dem aber erst die Bankauszüge des vorletzten Arbeitstages vorliegen. Die Eingänge, die danach noch (bis inkl. Ultimo) zu verzeichnen sind, können daher von der Anzahlung nicht mehr erfaßt, sondern erst anläßlich der "Restabfuhr" überwiesen werden.

Wenn nun der Anzahlungstermin "10. des Folgemonats" nur für die Abfuhr dieser Restbeiträge vorgesehen ist, müßte dies im Gesetz noch entsprechend präzisiert werden; die vorgesehene Formulierung "...sowie bis zum 10. des Folgemonats Anzahlungen in dem Ausmaß zu leisten, das dem Eingang an Beiträgen ... annähernd entspricht" läßt nämlich den Schluß zu, daß zu diesem Termin auch die Eingänge vom 1. - 9. abzuführen seien. Dies würde aber bedeuten, daß Beitragseingänge aus verschiedenen Monaten vermengt werden, was im Widerspruch zu den monatlich zu erstellenden Beitragsabrechnungen gemäß Vordruck "M" stehen würde. Die Abgrenzung der Beitragseingänge nach den Beitrags- bzw. Berichtsmonaten wäre damit in Frage gestellt.

Zur Vermeidung von Unklarheiten wäre daher folgende Fassung denkbar:

"Auf die abzuführenden Beiträge haben die Träger der Krankenversicherung bis zum 20. und Letzten des jeweiligen Kalendermonats sowie bis zum 10. des Folgemonats Anzahlungen in dem Ausmaß zu leisten, das dem Eingang an Beiträgen zur Unfall- und Pensionsversicherung im Kalendermonat annähernd entspricht." Damit wäre klargestellt, daß die "erste Dekade" im bisherigen Sinne künftig entfielen und die entsprechenden Beträge statt zum 10. des Monats erst zehn Tage später zu überweisen wären. (1989 wurden jeweils zum 10. insgesamt mehr als 5,7 Milliarden Schilling abgeführt.)

Überlegenswert wäre dann allerdings auch eine Variante, die

Die Aufteilung der Abschlagszahlungen auf die beteiligten Versicherungsträger und sonstigen Stellen erfolgt nach einem vorläufigen Schlüssel; erst zum Zeitpunkt der Restabfuhr sind die endgültigen Anteile bekannt. Dies führt zwangsläufig dazu, daß sich bei einzelnen Stellen fallweise auch Überzahlungen ergeben können; schon relativ geringfügige Abweichungen des Aufteilungsverhältnisses (meist verursacht durch fällig gewordene Sonderbeiträge) können zu beträchtlichen Differenzen führen, so daß sich Überzahlungen im Ausmaß von mehr als dreißig Millionen Schilling ergeben können.

Auf Grund der derzeitigen Rechtslage sind solche Überzahlungen insofern unproblematisch, als sie mit der zum gleichen Tag fälligen Abschlagszahlung ("2. Dekade") sofort - in Form eines Zahlungsabzuges - kompensiert werden können. Nach der nunmehr vorgesehenen Neuregelung würde sich aber für die Krankenversicherungsträger die Situation ergeben, daß sie wohl die Restzahlungen zum 20. überweisen müßten, jedoch keinerlei Möglichkeit mehr hätten, erfolgte Überzahlungen sofort zu kompensieren; diese Möglichkeit bestünde frühestens zum Letzten des Monats, unter Umständen erst zum nächsten 10. Dies würde aber nichts anderes bedeuten, als daß die betroffenen Krankenversicherungsträger mit unter Umständen bedeutenden Beträgen mangels Kompensationsmöglichkeit ca. 10 bis 20 Tage in Vorlage treten müßten. Besonders in Zeiten einer angespannten Liquiditätsslage - welche jetzt schon den Regelfall darstellen - würde dies, abgesehen von den entgangenen Zinsen, zu ernsthaften Engpässen führen.

b) Abfuhrtermin "10. des Folgemonats":

Bisher gab der Umstand, daß jene Beitragseingänge, die von der zum Letzten zu leistenden Anzahlung nicht mehr erfaßt werden können, erst rund drei Wochen später, anlässlich der Restabfuhr, abgeführt werden, der Aufsichtsbehörde immer wieder

**Zu Art. I Z. 15 des Entwurfes**  
**- Abfuhr der bei den Krankenversicherungsträgern eingezahlten Beiträge**  
**(§ 63 Abs. 1)**

Die Kassen haben die internen Liquiditätserfordernisse nach den bisherigen Abfuhrterminen ausgerichtet und auch die übrigen Zahlungsverpflichtungen daran angepaßt.

Die Verwirklichung des Novellierungsvorschlages würde bedeuten, daß die Kassen mehr kurzfristige Mittel als bisher zur freien Verfügung halten müßten, wodurch sich unter anderem auch ein Zinsverlust ergeben würde.

In Anbetracht der ungünstigen finanziellen Situation der gesetzlichen Krankenversicherung spricht sich der Hauptverband daher gegen die geplante Verschiebung der gesetzlichen Anzahlungstermine aus.

Die Wiener Gebietskrankenkasse hat die Auswirkungen der geplanten Änderungen wie folgt zusammengefaßt:

" a) Abfuhrtermin 15. (statt bisher 20.) des jeweiligen Kalendermonats:

Auf Grund der Bestimmungen des § 59 ASVG (Beiträge zahlbar innerhalb von elf Tagen nach Fälligkeit), ist das Gros der Beitragseingänge mit Valuta 11. bis 12. (unter Umständen auch 13.) zu verzeichnen, die Abfuhr erfolgt somit (derzeit) zum 20. des betreffenden Kalendermonats. Eine Abfuhr bereits zum 15. würde daher den Verlust von 5 Zinstagen pro Monat bedeuten. Im vergangenen Jahr leistete die Wiener Gebietskrankenkasse zum 20. jeden Monats insgesamt Abschlagszahlungen im Ausmaß von rund 29,2 Milliarden Schilling. Der Verlust von 5 Zinstagen pro Monat würde einen jährlichen Zinsenentgang von mehr als 10 Millionen Schilling zur Folge haben. Jene Beiträge aber, die zwischen dem 15. und 19. des Kalendermonats eingehen und nach der neuen Regelung erst zum Letzten des Monats abzuführen wären, sind im Verhältnis zu gering, als daß sie ein Äquivalent für die frühere Abfuhr des Gros der Beiträge bieten könnten. Die Vorverlegung des Abfuhrtermins "20." für Anzahlungen auf den 15. des Monats hätte aber - vom Zinsenverlust abgesehen - noch eine weitere negative Auswirkung:

geltendes Recht

Änderungsvorschlag

§ 298 Abs.1 lautet:

"(1) Der Pensionsberechtigte, der eine Ausgleichszulage bezieht, ist verpflichtet, jede Änderung des Nettoeinkommens oder der Umstände, die eine Änderung des Richtsatzes bedingen, dem Träger der Pensionsversicherung gemäß § 40 anzuzeigen.

Begründung:

§ 298 Abs.1 in der derzeitigen Fassung verweist bezüglich der Meldefristen auf § 40. Die durch Art.I Z.12 geplante Novellierung des § 40 würde im Ausgleichszulagenrecht je nach Sachverhalt unterschiedliche Meldefristen ergeben. So wäre zum Beispiel die Meldefrist bei Aufnahme einer Erwerbstätigkeit (Nettoeinkommen) sieben Tage und bei Übersiedlung ins Ausland oder Tod des Ehepartners zwei Wochen.

§ 298 Abs.1 sollte lauten:

"(1) Der Pensionsberechtigte, der eine Ausgleichszulage bezieht, ist verpflichtet, jede Änderung des Nettoeinkommens oder der Umstände, die eine Änderung des Richtsatzes bedingen, dem Träger der Pensionsversicherung binnen sieben Tagen anzuzeigen.

Im Gesetz sollte daher festgelegt werden, daß eine Einkommenserhöhung ebenfalls innerhalb der verkürzten Frist zu melden ist.

c) Bei Verwirklichung des Novellierungsvorschlages zu § 40 ASVG wäre nach § 298 ASVG - diese Bestimmung verweist auf § 40 ASVG - die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit von einem Pensionisten, der eine Ausgleichszulage bezieht, innerhalb der verkürzten Frist anzuzeigen. Hingegen hätte der Ausgleichzulagenempfänger für die Mitteilung jeder sonstigen Änderung in den für den Fortbestand der Bezugsberechtigung maßgeblichen Verhältnissen (z.B. Anfall von weiteren Pensionen, Bezug einer Rente, Anspruch auf Sachleistungen usw.) zwei Wochen Zeit. Der Hauptverband schlägt daher vor, im § 298 Abs.1 ASVG eine generelle siebentägige "Anzeigefrist" vorzusehen (siehe den beiliegenden Novellierungsvorschlag).

d) Im Gegensatz zum geplanten § 20 GSVG bzw. zum geplanten § 18 BSVG sind nach der Textierung des Novellierungsvorschlages Waisenpensionsbezieher von der Meldepflicht hinsichtlich der Aufnahme einer Erwerbstätigkeit (§ 40 Z.2 ASVG) ausgeschlossen. Dies ist nicht gerechtfertigt, da insbesondere auch bei solchen Leistungsbeziehern die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit durchaus relevant sein kann (Wegfall der Kindeseigenschaft, Minderung bzw. Wegfall der Ausgleichszulage).

Es wird daher vorgeschlagen, § 40 Abs.1 Z.2 wie folgt zu formulieren:

"2. auf Pensionen aus der Pensionsversicherung mit Ausnahme der Ansprüche auf Knappschaftspensionen und Knappschaftssold haben während des Leistungsanspruches bzw. während des Ruhens des Leistungsanspruches jede Erwerbstätigkeit sowie die Höhe des Erwerbseinkommens und jede Änderung der Höhe des Erwerbseinkommens binnen sieben Tagen dem zuständigen Sozialversicherungsträger anzuzeigen.

Einkommensänderungen, die aufgrund der alljährlichen Rentenanpassung in der Kriegssopfer- und Heeresversorgung bewirkt werden, unterliegen nicht der Anzeigeverpflichtung."

**Zu Art. I Z.12 des Entwurfes  
- Meldefristen  
(§ 40)**

Der Hauptverband begrüßt diesen Gesetzesvorschlag.

Es wird allerdings ersucht, den Novellierungsvorschlag in folgenden Punkten abzuändern bzw. zu ergänzen:

a) Nach der Judikatur zu § 40 ASVG gilt die zitierte Bestimmung nur für **Leistungsempfänger**, nicht aber auch für **Leistungswerber**. Letztere können daher während des Leistungsfeststellungsverfahrens Wegfalls- oder Ruhenstatbestände realisieren, ohne daß sie diese melden müßten.

Der Hauptverband hat daher mehrfach (Novellierungsanregungen des Hauptverbandes im Zusammenhang mit den Vorarbeiten zur 42., 46., 48. sowie zur 49. ASVG-Novelle; Schreiben des Hauptverbandes an das Bundesministerium für Arbeit und Soziales vom 22. Oktober 1987, Zl. 15-42.01/87 Sd/De; Schreiben des Hauptverbandes an das Bundesministerium für Arbeit und Soziales vom 21. Dezember 1988, Zl. 15-42.01/88 Sa/En) auf die Notwendigkeit hingewiesen, die **Meldepflicht nach § 40 ASVG auch auf das Leistungsfeststellungsverfahren zu erstrecken**.

Es wird daher vorgeschlagen, dem § 40 einen Abs. 2 mit folgendem Wortlaut anzufügen:

"Abs. 1 gilt entsprechend für Personen, die eine Leistung beantragt haben oder die nach § 408 zur Fortsetzung des Verfahrens berechtigt sind, wenn sie vom Versicherungsträger nachweislich über den Umfang ihrer Meldeverpflichtung belehrt wurden."

**Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales wird nachdrücklich ersucht, diese Anregung aufzugreifen.**

b) Eine spätere Einkommenserhöhung kann sich ebenso wie die Aufnahme einer Beschäftigung auf den Leistungsbezug auswirken.

**Abschließend weist der Hauptverband darauf hin, daß er zur Bekämpfung der Schwarzarbeit bereits Novellierungsvorschläge zu den §§ 41a und 113 Abs.3 ASVG an das Bundesministerium für Arbeit und Soziales übermittelt hat. Diese Novellierungsvorschläge sind dieser Stellungnahme angeschlossen. Der Hauptverband ersucht dringend, diese Vorschläge in die Regierungsvorlage aufzunehmen.**

**b) Zum geplanten § 33 Abs.3 ASVG:**

Die vorläufige Anmeldung zur Sozialversicherung stellt für die Krankenversicherungsträger ebenfalls eine erheblich administrative Mehrbelastung dar. In den Erläuterungen wird dazu ausgeführt, daß eine wirksame Kontrolle der Meldevorschriften u.a. nur deswegen schwer möglich ist, weil sich viele Dienstgeber auf die 3-Tagefrist berufen, wenn bei ihnen unangemeldet beschäftigte Dienstnehmer angetroffen werden. Zur Eindämmung dieser Problematik soll die 3-Tagefrist durch die Einführung einer vorläufigen Meldepflicht wirksam ergänzt werden.

Dieses Ziel wird durch den vorliegenden Novellierungsvorschlag nicht erreicht werden; der Dienstgeber könnte sich bei Verwirklichung des Novellierungsvorschlages darauf berufen, daß der unangemeldet beschäftigt angetroffene Dienstnehmer "erst seit heute arbeitet und die Anmeldung noch heute erfolgen wird".

**Der vorliegende Novellierungsvorschlag wird daher abgelehnt, weil das angestrebte Ziel (Verbesserung der Meldedisziplin der Dienstgeber und damit Eindämmung der Schwarzarbeit) dadurch keinesfalls erreicht werden wird und nur ein beträchtlicher administrativer Mehraufwand (z.B. neue Meldeformulare; allfälliges Zusammenführen der vorläufigen mit der "regulären" Meldung) für die Krankenversicherungsträger entsteht.**

Ergänzend weist der Hauptverband auch auf folgende Problemkreise im Zusammenhang mit dem Novellierungsvorschlag hin:

- Welche Funktionen hat die vorläufige Anmeldung im Leistungsrecht der Krankenversicherung?
- Welche Auswirkungen hat die vorläufige Anmeldung auf eine Formalversicherung?
- Müssen auch Volontäre vorläufig gemeldet werden?
- Müssen auch Personen gemeldet werden, bei denen der Dienstgeber die Dienstnehmereigenschaft verneint (Werkvertrag)?

**Zu Art. I Z. 11 des Entwurfes**

**a) Unverzügliche Übermittlung einer Abschrift der bestätigten Anmeldung von Ausländern durch den Krankenversicherungsträger an das zuständige Arbeitsamt.**

**b) Vorläufige Anmeldung  
(§§ 33 Abs.1 und 2)**

a) Zum geplanten § 33 Abs.1 ASVG:

Die unverzügliche Übermittlung einer Abschrift der bestätigten Meldung bei Anmeldungen von Ausländern an das zuständige Arbeitsamt stellt eine erhebliche administrative Belastung des Krankenversicherungsträgers dar, die in Anbetracht des geringen Zeitvorsprunges, der durch eine unverzügliche Meldungsübermittlung bewirkt würde, nicht vertretbar scheint.

§ 41 Abs. 2 ASVG verpflichtet die Krankenversicherungsträger, das nach dem Standort des Betriebes zuständige Arbeitsamt von der An- und Abmeldung in Kenntnis zu setzen. Um die für diesen Zweck gedachten - und ursprünglich auch verwendeten - Durchschriften der Meldeformulare einzusparen, haben die Versicherungsträger fast ausnahmslos mit den Landesarbeitsämtern Vereinbarungen abgeschlossen, diesen Gesetzesauftrag in Form der Übergabe von Datenträgern zu erfüllen (Meldungen könnten auch weiterhin nur an die Landesarbeitsämter erfolgen, da der Krankenversicherungsträger oft nicht erkennt, welches Arbeitsamt zuständig ist).

Beispielsweise übermittelt die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse bereits seit mehr als 5 Jahren den Arbeitsämtern einmal wöchentlich EDV-Einzelausdrucke von An- bzw. Abmeldungen, die für Ausländer erstattet wurden.

Die Arbeitsmarktverwaltung erlangt daher schon derzeit innerhalb einer kurzen Frist von von einer Anmeldung eines Ausländers Kenntnis.

In Anbetracht des großen administrativen Mehraufwandes der Krankenversicherungsträger, der in keiner vertretbaren Relation zu einem allfälligen Erfolg stünde, lehnt der Hauptverband den Novellierungsvorschlag nachdrücklich ab.

Es wird daher vorgeschlagen, den kostenlosen Zutritt zur SOZDOK nicht nur den mit Leistungssachen befaßten Gerichten, sondern allen Gebietskörperschaften unter der Bedingung zuzugestehen, daß auch die von diesen Stellen betriebenen Rechtsdatenbanken der Sozialversicherung kostenlos zugänglich sind. Jedenfalls sollte die SOZDOK aber den österreichischen Gerichten kostenlos zugänglich sein.

Es wird daher folgende Ergänzung des § 31 Abs.8 vorgeschlagen:

Statt der heutigen Formulierung "den mit Leistungssachen befaßten Gerichten (§ 354)" sollte es lauten:

"... den Gerichten und anderen Stellen der Gebietskörperschaften, sofern die von letzteren betriebenen Rechtsdokumentationen auch der Sozialversicherung kostenlos zugänglich gemacht werden, ....".

**Zu Art. I Z.10 lit.b des Entwurfes  
- Sozialversicherungsrechtsdokumentation (SOZDOK)  
(§ 31 Abs.8 ASVG)**

Der Hauptverband hat gegen die geplante Änderung keine Einwendungen; die erläuternden Bemerkungen stammen allerdings aus einem früheren Novellierungsvorschlag und sind durch die zeitliche Entwicklung überholt. Statt des derzeit vorhandenen Textes sollte folgende Formulierung in die erläuternden Bemerkungen aufgenommen werden:

“Für die Dokumentation des Sozialversicherungsrechtes werden sowohl beim Hauptverband als auch beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales kostenintensive EDV-Einrichtungen (Betriebssysteme, Geräte etc.) verwendet. Darüber hinaus erfordert die Erfassung der Dokumente dadurch, daß die Texte händisch getippt werden müssen, beim Bundesministerium, aber auch beim Hauptverband (Kontrollprogramme) hohen Aufwand.

Betreiber anderer Dokumentationssysteme bieten ähnliche EDV-Einrichtungen an, die gegen Kostenbeteiligung mitgenutzt werden und damit den technischen Aufwand, aber auch den Eingabe- und Kontrollaufwand reduzieren können.

Der Novellierungsvorschlag soll die Rechtsgrundlage dafür schaffen, daß (unter Wahrung des Inhaltes und der Ziele der Dokumentation) Akommen über Aufbau und Führung der Dokumentation mit den Betreibern anderer Dokumentationssysteme geschlossen und dadurch Kosten eingespart werden können.“

Darüber hinaus ist dem Hauptverband bekannt, daß ähnliche Rechtsdatenbanken auch von anderen Stellen der Bundes- und Landesverwaltung geführt werden: insbesondere ist das Rechtsinformationssystem des Bundes (RIS) derzeit im Aufbau.

Rechtsdatenbanken sind nur dann sinnvoll, wenn sie allen betroffenen Stellen auf möglichst einfache Weise zur Verfügung stehen.

**Zu Art. I Z.10 lit.a, Art. II Z.1,2,6, Art. III Z.1 und Art. V Z.1 und Z. 11**

**- Vorsorgeuntersuchung**

**(§§ 31 Abs.3 Z.18, 116 Abs.1 Z.1 und Abs.2, 117 Z.1, 132 b Abs.1,2 und 4 bis 6, 175 Abs.2 Z.2, 351 a und 438 Abs.1 Z.2)**

Der Hauptverband begrüßt ausdrücklich, daß durch den Terminus **“Vorsorge (Gesunden-)untersuchung”** der Zweck dieser Untersuchung, **“vorsorglich”** nach bisher nicht bekannten Krankheitszuständen zu suchen und somit Krankheiten frühzuerkennen, eindeutig definiert wird.

Zu Art.I Z.7 (§ 18a Abs.1)

Es sollte durch eine Übergangsbestimmung auf jene Fälle Bedacht genommen werden, in denen die Selbstversicherung wegen Vollendung des 27. Lebensjahres des Kindes bereits beendet wurde und das 30. Lebensjahr im Zeitpunkt des Inkrafttretens der 49. Novelle noch nicht erreicht ist.

Im § 18a Abs.3 Z.3 ist das 27. Lebensjahr durch das 30. Lebensjahr zu ersetzen.

Das im Beitragsrecht zur Bekämpfung der Schwarzarbeit beabsichtigte Einfrieren der Geringfügigkeitsgrenzen verhindert durch die Zitierung des § 5 Abs.2 lit c in den §§ 94 Abs.6 , 253a und 253b ASVG auch eine Dynamisierung der für die Durchführung des Jahresausgleiches bzw. für das Entstehen oder den Wegfall einer vorzeitigen Alterspension maßgeblichen Grenzwerte. Eine derartige Einschränkung der bestehenden Möglichkeiten des "Hinzuverdienens" steht jedoch im Widerspruch zu den Intentionen der erst kürzlich beschlossenen 48. Novelle zum ASVG, welche auf eine Lockerung der Ruhensbestimmungen abzielte.

Ein starres Festhalten an den (in Geltung stehenden) Geringfügigkeitsgrenzen forciert auch das Entstehen sogenannter "Zwergleistungen" mit allen sich daraus ergebenden Konsequenzen auf dem Sektor der Zulagen und Zuschüsse aus der Pensionsversicherung.

Darüber hinaus stellt sich im Zusammenhang mit dem Einfrieren der Geringfügigkeitsgrenzen die Frage, ob bei der freiwilligen Weiterversicherung in der Pensionsversicherung an einer Mindestbeitragsgrundlage festgehalten werden soll.

Sollten die Geringfügigkeitsgrenzen tatsächlich nicht mehr valorisiert werden, müßte nach Ansicht des Hauptverbandes zumindest klargestellt werden, daß die oben genannten Konsequenzen ebenfalls gewollt sind - wenn nicht, wären entsprechende Gesetzesänderungen ins Auge zu fassen.

**Zu Art. I Z.2 lit.d des Entwurfes  
Einfrieren der Geringfügigkeitsgrenze  
(§ 5 Abs. 2)**

Es könnte die Auffassung vertreten werden, daß durch das bloße Weglassen des letzten Satzes des § 5 Abs.2 ein Zurückfallen der Geringfügigkeitsgrenze auf die in dieser Bestimmung genannten Beträge (täglich S. 173,---, wöchentlich S 520,-- und monatlich S 2.261,--) bewirkt wird. Sollte das gewollt sein, so wäre durch entsprechende Übergangsbestimmungen ein sicherlich ungewolltes Hineinwachsen jener Personen in die Vollversicherung zu verhindern, deren Entgelt sich zwischen diesen Beträgen und den derzeit geltenden Geringfügigkeitsgrenzen bewegt.

Sollte aber ein Abfallen der Geringfügigkeitsgrenzen nicht beabsichtigt sein, wären die für 1990 geltenden Geringfügigkeitsgrenzen ausdrücklich im Gesetz anzuführen.

In diesem Zusammenhang wäre auch zu überlegen, ob ein neuer, durch Hundert ohne Rest teilbarer Betrag für die monatliche Geringfügigkeitsgrenze festgelegt werden sollte; dieser Betrag sollte auch sowohl durch 30 (tägliche Geringfügigkeitsgrenze) als auch durch 7 (wöchentliche Geringfügigkeitsgrenze) ohne Rest teilbar sein. Aufgrund der Höhe der derzeitigen monatlichen Geringfügigkeitsgrenze (S 2.658,--) wäre eine tägliche Geringfügigkeitsgrenze von S 80,--, eine wöchentliche Geringfügigkeitsgrenze von S 560,-- und eine monatliche Geringfügigkeitsgrenze von S 2.400,-- denkbar.

Es wird weiters angeregt, im nach dem im Entwurf letzten Satz des § 5 Abs. 2 ASVG den Ausdruck "auf unbestimmte Zeit" zu streichen. Dieser Wortlaut schränkt die Anwendung des letzten Satzes des § 5 Abs.2 ASVG auf die Fälle des § 5 Abs. 2 lit. b ASVG ein. Somit sind die in § 5 Abs.2 lit. c. enthaltenen Tatbestände (Leistungs- und Stücklöhner) nicht umfaßt. Dies ist nicht gerechtfertigt.

Ergänzend wird aus der Sicht der gesetzlichen Pensionsversicherung folgendes angemerkt:

**Zu Art. I Z.1, 2 lit.a, 4 und 13 des Entwurfes  
- Sozialversicherung der Ferialpraktikanten  
(§§ 4 Abs.1 Z.11, 5 Abs.1 Z.2, 10 Abs.1 und 44 Abs.1 Z.2)**

Der Hauptverband begrüßt ausdrücklich die Schaffung der Vollversicherungspflicht für alle Ferialpraktikanten, die für ihre Tätigkeit ein über der Geringfügigkeitsgrenze liegendes Entgelt erhalten.

Hiedurch werden sachlich nicht gerechtfertigte Unterscheidungen in der sozialversicherungsrechtlichen Stellung von Ferialpraktikanten beseitigt.

**Dringende Novellierungsvorschläge zum ASVG, die dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales bereits übermittelt wurden.**

§ 41a (neu) hat zu lauten:

Versicherungskonto

§ 41a. (1) Die Dienstgeber oder die sonstigen meldepflichtigen Personen und Stellen (§ 36) haben für jede gegen Geld(Sach)bezüge tätige Person ein Versicherungskonto zu führen. Im Versicherungskonto sind alle wesentlichen Daten anzuführen, die für die Beurteilung und Durchführung einer Pflichtversicherung (Vollversicherung oder Teilversicherung) notwendig sind, auch wenn diese Tätigkeit keine solche begründet oder nach Ansicht des Dienstgebers (der sonstigen meldepflichtigen Person und Stelle) begründen würde. Im Versicherungskonto ist jedenfalls folgendes anzugeben:

- Vor- und Familienname,
- Versicherungsnummer (wenn diese nicht bekannt ist, jedenfalls das Geburtsdatum)
- Wohnsitz,
- Beginn, Ende, allfällige Unterbrechungen und Art der tatsächlichen Tätigkeit,
- Höhe und Art der Berechnung der Geld(Sach)-bezüge sowie deren für eine Versicherung bedeutsame Änderungen.

(2) Sind im Lohnkonto gemäß § 76 EStG alle nach Abs.1 geforderten Angaben enthalten, gilt dieses als Versicherungskonto.

Begründung:

Bei Beitragsprüfungen wird oft festgestellt, daß der Dienstgeber Personen beschäftigt, diese aber nicht zur Sozialversicherung gemeldet hat. Aufgezeichnet hat der Dienstgeber aber nur den Familiennamen und die Höhe des Entgelts. Diese Personen können von den Kassen aber nur ganz selten - und dann nur mit hohem Aufwand - ausgeforscht werden. Es kann also nicht geprüft werden, ob die tat-

sächliche Nichtanmeldung zur Sozialversicherung (z.B. aufgrund eines Werkvertrages oder aufgrund einer geringfügigen Beschäftigung) gerechtfertigt war. Die Kasse kann somit kein Verfahren zur Feststellung der Versicherungspflicht einleiten; außerdem setzt die Beitragseinhebung die Zuordnung zu bestimmten namentlich erfaßbaren Versicherten voraus.

Es ist auch zu beobachten, daß an sich der Vollversicherung unterliegende Dienstnehmer ihre (meist) fallweisen Beschäftigungen unter Verschweigen ihrer persönlichen Daten ausüben und damit eine Einbeziehung in die Versicherung vereiteln. Motiv dafür ist in vielen Fällen ein laufender Leistungsbezug (etwa aus der Arbeitslosenversicherung), zu dessen Wegfall es bei einer ordnungsgemäßen Versicherungsanmeldung käme. Mitunter führen auch steuerrechtliche Überlegungen oder einfach der Wunsch, sich einer Zahlungsverpflichtung (z.B. Alimente) zu entziehen, zu einer Verweigerung der Datenangabe.

Aus diesem Grund soll der Dienstgeber verpflichtet werden - ähnlich wie dem Lohnkonto nach dem EStG -, alle für eine Versicherung wesentlichen Daten aufzuzeichnen. Entscheidend ist dabei, daß der Dienstgeber für alle für ihn tätigen Personen solche Aufzeichnungen zu führen hat; d.h. auch für die Personen, deren Tätigkeit tatsächlich keine Versicherungspflicht begründet (z.B. Tätigkeit aufgrund eines Werkvertrages).

Sind aus dem Lohnkonto nach § 76 EStG alle für eine Versicherung bedeutsamen Daten zu ersehen, hat der Dienstgeber kein eigenes Versicherungskonto zu führen; das Lohnkonto gilt dann als Versicherungskonto.

Kommt der Dienstgeber dieser Aufzeichnungspflicht nicht nach, kann die Kasse einen Beitragszuschlag verhängen (siehe Novellierungsvorschlag zu § 113 Abs.3 ASVG).

Geltendes Recht

Änderungsvorschlag

§ 113 Abs. 1 und 2 lauten:

§ 113. (1) Beitragszuschläge können den in § 111 genannten Personen (Stellen) in folgenden Fällen vorgeschrieben werden:

1. Wenn eine Anmeldung zur Pflichtversicherung nicht erstattet worden ist oder wenn das Entgelt nicht gemeldet worden ist, kann ein Beitragszuschlag bis zum Doppelten jener Beiträge, die auf die Zeit ab Beginn der Pflichtversicherung bis zur Feststellung des Fehlens der Anmeldung bzw. bis zur Feststellung des Entgeltes durch den Versicherungsträger entfallen, vorgeschrieben werden.

2. Wenn eine Anmeldung zur Pflichtversicherung verspätet erstattet worden ist oder wenn das Entgelt verspätet gemeldet worden ist, kann ein Beitragszuschlag bis zum Doppelten jener Beiträge, die auf die Zeit ab Beginn der Pflichtversicherung bis zum Eintreffen der verspäteten Anmeldung bzw. bis zum Eintreffen der verspäteten Meldung des Entgeltes beim Versicherungsträger entfallen, vorgeschrieben werden.

3. Wenn ein zu niedriges Entgelt gemeldet worden ist, kann ein Beitragszuschlag bis zum Doppelten der Differenz zwischen den Beiträgen, die sich aus dem zu niedrig gemeldeten Entgelt ergeben, und den zu entrichtenden Beiträgen vorgeschrieben werden.

Bei der Festsetzung des Beitragszuschlages hat der Versicherungsträger insbesondere die wirtschaftlichen Verhältnisse des Beitragsschuldners und die Art des Meldeverstößes zu berücksichtigen. Der Beitragszuschlag darf jedoch die Höhe der Verzugszinsen nicht unterschreiten, die ohne seine Vorschreibung aufgrund des § 59 Abs. 1 für die nachzuzahlenden Beiträge zu entrichten gewesen wären.

(2) Werden vereinbarte oder satzungsmäßig festgesetzte Fristen für die Vorlage von Versicherungs- oder Abrechnungsunterlagen nicht eingehalten, kann ein Beitragszuschlag bis zur Höhe des Zehnfachen der jeweils nach § 45 Abs. 1 in Geltung stehenden Höchstbeitragsgrundlage vorgeschrieben werden.

§ 113 Abs. 1 und 2 haben zu lauten:

(1) Ein Beitragszuschlag kann den in § 111 genannten Personen (Stellen) vorgeschrieben werden, wenn

- a) eine Anmeldung zur Pflichtversicherung nicht erstattet worden ist oder das Entgelt nicht gemeldet worden ist,
- b) eine Anmeldung zur Pflichtversicherung verspätet erstattet worden ist oder das Entgelt verspätet gemeldet worden ist,
- c) ein zu niedriges Entgelt gemeldet worden ist.

Der Beitragszuschlag ist vom Versicherungsträger unter Berücksichtigung der Art des Meldeverstößes und des bisherigen Meldeverhaltens bis zum Doppelten der im Säumniszeitraum fällig gewordenen Beiträge festzusetzen, soweit sie durch den Meldeverstoß betroffen sind. Der Versicherungsträger kann den Beitragszuschlag insbesondere unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen Verhältnisse des Beitragsschuldners herabsetzen oder auch von dessen Vorschreibung zur Gänze absehen.

(2) Werden gesetzliche, vereinbarte oder satzungsmäßig festgelegte Fristen für die Vorlage von Meldungen, Versicherungsunterlagen oder Abrechnungsunterlagen nicht eingehalten, kann für jeden Meldeverstoß ein Beitragszuschlag bis zur Höhe des 10fachen der jeweils nach § 45 Abs. 1 in Geltung stehenden Höchstbeitragsgrundlage vorgeschrieben werden, sofern nicht ein Beitragszuschlag nach Abs. 1 vorgeschrieben wird.

Begründung:

Der Verwaltungsgerichtshof hat in seinen Erkenntnissen zu § 113 ASVG (z.B. Erkenntnis vom 13. September 1985, Zl. 83/08/0323) ausgesprochen, daß Beitragszuschläge keine Strafen sind, sondern eine pauschalierte Abgeltung des durch die Säumigkeit des Beitragspflichtigen verursachten Verwaltungsaufwandes und des Zinsenentganges infolge der verspäteten Beitragsentrichtung. Der pauschalierte Mehraufwand der Verwaltung einschließlich des Kapitalaufwandes (bzw. Zinsenentganges) infolge der verspäteten Beitragsentrichtung ist als - zweite - Höchstgrenze zu berücksichtigen. Nach unten hin ist der Beitragszuschlag mit der Höhe der Verzugszinsen begrenzt.

Diese Rechtsansicht des Verwaltungsgerichtshofes führt in der Praxis zu unhaltbaren Ergebnissen und bringt für die Versicherungsträger erhebliche Probleme. Es gibt Dienstgeber, die keine Meldungen erstatten und auch keine Beiträge abführen. Fällt kein Verwaltungsmehraufwand an, kann der Beitragszuschlag nur in Höhe der Verzugszinsen vorgeschrieben werden; die zweite Obergrenze (das Doppelte der Beiträge) kann nicht angewendet werden. Durch diese Pflichtverletzung ergibt sich für den Dienstgeber sogar noch ein finanzieller Vorteil, da ein Zinsengewinn für die nicht entrichteten Beiträge anfällt. Außerdem wäre jeder Dienstgeber derzeit in der Lage, Meldungen selbst noch nach einem längeren als im Gesetz oder in der Satzung vorgeschriebenen Zeitraum vorzulegen, ohne daß ein Beitragszuschlag vorgeschrieben werden dürfte (z.B. die Anmeldung per 1. Juli langt bei der Kasse am 11. August ein. Verzugszinsen gemäß § 59 Abs.1 ASVG würden erst ab 12. August anfallen, der Verwaltungsmehraufwand durch die Bearbeitung der verspätet vorgelegten Meldung ist unerheblich. Es darf daher kein Beitragszuschlag vorgeschrieben werden). Wie diese Beispiele zeigen, wird durch die Rechtsansicht des Verwaltungsgerichtshofes die Meldedisziplin der Dienstgeber sicherlich nicht gefördert.

Durch den vorliegenden Novellierungsvorschlag soll nun vielmehr das Verschulden des Dienstgebers bei der Meldeverletzung berücksichtigt werden. Die Höhe des Beitragszuschlages soll von der Art des Meldeverstos Bes sowie vom bisherigen Meldeverhalten abhängig sein. Die Höhe des Beitragszuschlages bestimmt sich darüber hinaus noch nach den im Säumniszeitraum fällig gewordenen Beiträgen, soweit sie durch den Meldeverstoß betroffen sind; wurden bereits Beiträge entrichtet, so ist also nur die Differenz von bereits entrichteten Beiträgen und tatsächlich zu entrichten gewesenen Beiträgen für die Berechnung der Höhe des Beitragszuschlages maßgebend.

Diese Regelung erfaßt aber jene Meldeverstöße nicht, bei denen noch keine Beiträge einzuzahlen waren (siehe oben angeführtes Beispiel). Für diesen Fall wurde daher im Abs.2 eine entsprechende Regelung vorgesehen.

§ 113 Abs.3 (neu) hat zu lauten:

(3) Wird kein Versicherungskonto (§ 41a) geführt oder sind im Versicherungskonto nicht alle für die Beurteilung und Durchführung einer Pflichtversicherung notwendigen Daten angeführt, kann ein Beitragszuschlag bis zur Höhe der für diese Person(en) ausgezahlten Geld-(Sach)bezüge verhängt werden. Der Beitragszuschlag darf jedoch 40 v.H. der für diese Person(en) ausgezahlten Geld(Sach)bezüge nicht unterschreiten.

- Der bisherige Abs.3 wird Abs.4.
- Der bisherige Abs.4 wird Abs.5.
- Der bisherige Abs.5 wird Abs.6.

#### Begründung

Dieser Novellierungsvorschlag ist in Zusammenhang mit dem Novellierungsvorschlag zu § 41a ASVG zu sehen.

Als Sanktion für die Nichteinhaltung der Aufzeichnungspflicht kann die Kasse einen Beitragszuschlag verhängen. Die Untergrenze wurde deshalb mit 40 v.H. gewählt, da dies annähernd dem Beitragssatz (Dienstgeber- und Dienstnehmeranteil) entspricht, der auf einen Vollversicherten anzuwenden ist.

## Novellierungsvorschlag

zu § 131 Abs.1 ASVG

## Geltender Wortlaut

## Erstattung von Kosten der Krankenbehandlung

§ 131. (1) Nimmt der Anspruchsberechtigte nicht die Vertragspartner (§ 338) oder die eigenen Einrichtungen (Vertragsseinrichtungen) des Versicherungsträgers zur Erbringung der Sachleistungen der Krankenbehandlung (ärztliche Hilfe, Heilmittel, Heilbehelfe) in Anspruch, so gebührt ihm der Ersatz der Kosten einer anderweitigen Krankenbehandlung in der Höhe des Betrages, der bei Inanspruchnahme der entsprechenden Vertragspartner des Versicherungsträgers von diesem aufzuwenden gewesen wäre. Wird die Vergütung für die Tätigkeit des entsprechenden Vertragspartners nicht nach den erbrachten Einzelleistungen bestimmt, hat die Satzung des Versicherungsträgers Pauschbeträge für die Kostenerstattung festzusetzen. (BGBl.Nr.13/1962, Art.II 2.10 lit.a) - 1. Jänner 1962.

## Novellierungsvorschlag

§ 131 Abs.1 ASVG hat zu lauten:

(1) Nimmt der Anspruchsberechtigte nicht die Vertragspartner (§ 338) oder die eigenen Einrichtungen (Vertragsseinrichtungen) des Versicherungsträgers zur Erbringung der Sachleistungen der Krankenbehandlung (ärztliche Hilfe, Heilmittel, Heilbehelfe) in Anspruch und hat er das Honorar dafür bereits zur Gänze bezahlt, so gebührt ihm der Ersatz der Kosten dieser Krankenbehandlung in der Höhe des Betrages der bei der Inanspruchnahme des entsprechenden Vertragspartners (z.B. praktischer Vertragsarzt, Vertragsfacharzt eines bestimmten Fachgebietes) des Versicherungsträgers von diesem aufzuwenden gewesen wäre. Für ärztliche Hilfe höchstens jedoch bis zu dem in der Satzung festgesetzten durchschnittlichen Fallwert des zweitvorangegangenen Jahres dieser Vertragspartnerkategorie, erhöht um die zwischenzeitliche durchschnittliche Honorarerhöhung dieser Vertragspartnerkategorie. Wird die Vergütung für die Tätigkeit des entsprechenden Vertragspartners nicht nach den erbrachten Einzelleistungen bestimmt, hat die Satzung des Versicherungsträgers Pauschbeträge für die Kostenerstattung festzusetzen.

Begründung:

Von den Krankenversicherungsträgern wurde in jüngster Zeit festgestellt, daß die Zahl der Inanspruchnahme der wahlärztlichen Hilfe zunimmt und dadurch auch die Ausgaben für die Kostenerstattung ansteigen. Ursache für die verstärkte Inanspruchnahme ist nicht nur die ständig steigende

Zahl von Wahlärzten, sondern auch der Umstand, daß die meisten Wahlärzte ihren Patienten sowohl hinsichtlich der Grundvergütung als auch der Sonderleistungen nur die Kassentarife in Rechnung stellen.

Diese Ausgabensteigerung soll dadurch eingebremst werden, daß in der Satzung des Krankenversicherungsträgers für jede Arztkategorie ein Höchstbetrag für die Kostenerstattung vorgesehen werden kann. Dafür bietet sich besonders der durchschnittliche Fallwert an. Der Bezug auf den durchschnittlichen Fallwert ist aber auch insoferne gerechtfertigt, als aufgrund der jetzigen Gesetzesformulierung die Kostenerstattung in der Höhe des Betrages zu gewähren ist, der bei Inanspruchnahme der entsprechenden Vertragspartner des Versicherungsträgers von diesem aufzuwenden gewesen wäre. Aufgrund der vielfach in den Honorarordnungen vorgesehenen Limitierungen (Deckelungen) läßt sich aber zur Zeit der Gewährung der Kostenerstattung noch nicht sagen, wie hoch der Aufwand des Versicherungsträgers für diese Leistung im Quartal tatsächlich sein wird.

Daneben wurden in letzter Zeit von den Wahlärzten in Verbindung mit Banken verschiedene Abrechnungssysteme angeboten. Der Versicherte sollte dadurch von seiner Verpflichtung entbunden werden, die Honorarschuld beim Wahlarzt zur Gänze zu tilgen, bevor er um Kostenerstattung ansucht. Eine Kostenerstattung kann aber schon begrifflich nur dann vorliegen, wenn zuvor Kosten entstanden sind, der Versicherte also das Honorar für die wahlärztliche Behandlung bereits bezahlt hat. Dies sollte durch eine ausdrückliche gesetzliche Regelung klargestellt werden.

Der § 131 regelt die Kostenerstattung, wenn der Anspruchsberechtigte nicht die Vertragspartner in Anspruch nimmt. Vertragspartner gemäß § 338 sind nicht nur die freiberuflich tätigen Ärzte, sondern auch die Dentisten, Hebammen, Apotheker und andere. Aus diesem Grund wurde auch die Formulierung "der entsprechenden Vertragspartner" - also die Mehrzahl - gewählt. Aufgrund dieser Formulierung wird zum Teil die Meinung vertreten, daß für die Kostenerstattung nicht nur die Honorarordnung für die praktischen Ärzte, sondern auch die Honorarordnung der Fachärzte heranzuziehen ist, wenn der Wahlarzt ein praktischer Arzt ist. Diese Auslegung ist aber nicht zutreffend.

**Novellierungsvorschlag**  
zu § 131 Abs.2 ASVG

Geltender Wortlaut:

(2) Durch die Satzung des Versicherungsträgers sind für die Fälle der Inanspruchnahme einer Ersatzleistung nach Abs. 1 nähere Bestimmungen über das Verfahren zur Feststellung des Versicherungsfalles, insbesondere des Beginnes und des Endes der durch die Krankheit verursachten Arbeitsunfähigkeit, zu treffen. Durch die Krankenordnung kann die Erstattung von Kosten der Krankenbehandlung ausgeschlossen werden, wenn der Versicherte in demselben Versicherungsfall einen Vertragspartner oder eine eigene Einrichtung (Vertragseinrichtung) des Versicherungsträgers in Anspruch nimmt. (BGBl.Nr.13/1962, Art.II 2.10 lit.b) - 1. Jänner 1962.

Begründung:

Derzeit stellt der § 131 Abs.2 ASVG beim Ausschluß der Kostenerstattung auf den Versicherungsfall ab. Es ist daher möglich, daß der Versicherte in einem Verrechnungszeitraum (Quartal) einen Vertragsarzt und wegen einer anderen Krankheit (anderer Versicherungsfall) einen Wahlarzt in Anspruch nehmen kann. Der Krankenversicherungsträger muß hier also zweimal - insbesondere das Fallpauschale - zahlen.

In solchen Fällen sollte aber keine Kostenerstattung gewährt werden. Es ist daher an Stelle des Versicherungsfalles auf den Verrechnungszeitraum abzustellen, der für die Abrechnung der Vertragspartner maßgebend ist.

Novellierungsvorschlag

§ 131 Abs.2 ASVG hat zu lauten:

(2) Durch die Satzung des Versicherungsträgers sind für die Fälle der Inanspruchnahme einer Ersatzleistung nach Abs.1 nähere Bestimmungen über das Verfahren zur Feststellung des Versicherungsfalles, insbesondere des Beginnes und des Endes der durch die Krankheit verursachten Arbeitsunfähigkeit, zu treffen. Durch die Krankenordnung kann die Erstattung von Kosten der Krankenbehandlung ausgeschlossen werden, wenn der Versicherte in demselben Verrechnungszeitraum einen Vertragspartner oder eine eigene Einrichtung (Vertragseinrichtung) des Versicherungsträgers in Anspruch nimmt.



## Novellierungsvorschlag

zu § 135 Abs.3 und 4 ASVG

Geltender Wortlaut

(3) Bei der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe durch einen Vertragsarzt oder in eigenen Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) des Versicherungsträgers hat der Erkrankte einen Krankenschein vorzulegen. Der Hauptverband hat hierfür einen einheitlichen, für alle Versicherungsträger gültigen Vordruck aufzulegen. (BGBl.Nr. 266/1956, Art. I Z. 2), nicht in Kraft getreten; (BGBl.Nr. 293/1958, Art. I Z. 5) - 1. Jänner 1959; (BGBl.Nr. 87/1960, Art. I Z. 8) - 1. April 1960, (Ü. Art. VI) - 1. Mai 1960; (BGBl.Nr. 13/1962, Art. II Z. 15) - 1. Jänner 1962.

### Begründung:

In der Literatur taucht immer wieder die Frage auf, ob es den "kassenfreien Raum" gibt. Es geht dabei um die Frage, ob der Arzt, der als Vertragsarzt tätig wird (die Abrechnung erfolgt mit dem Krankenkassenscheck), für einzelne Leistungen, die in der Honorarordnung nicht ausdrücklich als Einzelleistung angeführt sind, zusätzlich ein Privathonorar verlangen kann. Nach Ansicht der Versicherungsträger ist dies aufgrund der gesetzlichen und gesamtvertraglichen Bestimmungen nicht möglich, sofern eine Krankheit im sozialversicherungsrechtlichen Sinne vorliegt.

Novellierungsvorschlag

§ 135 Abs.3 und 4 haben zu lauten:

(3) Bei der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe durch einen Vertragsarzt oder in eigenen Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) des Versicherungsträgers hat der Erkrankte einen Krankenkassenscheck (Krankenschein) vorzulegen. Der Vertragsarzt (die Vertragseinrichtung) darf in diesem Fall vom Erkrankten oder Dritten kein Privathonorar entgegennehmen.

(4) Der Hauptverband hat für den Krankenkassenscheck (Krankenschein) einen einheitlichen, für alle Versicherungsträger gültigen Vordruck aufzulegen.

Der bisherige Abs.4 wird Abs.5, der bisherige Abs.5 wird Abs.6.



Um in Hinkunft derartige Diskussionen zu vermeiden, sollte im Gesetz ausdrücklich angeführt werden, daß ein Vertragsarzt von einem Anspruchsberechtigten für die Behandlung einer Krankheit im sozialversicherungsrechtlichen Sinne keinerlei Privathonorar entgegennehmen darf.

Diese Regelung soll aber auch bewirken, daß in die Honorarordnung auch zu für die Sozialversicherungsträger annehmbaren Bedingungen alle jene Leistungen aufgenommen werden müssen, die für die Behandlung von Krankheiten im sozialversicherungsrechtlichen Sinne notwendig sind.

Die Bezeichnung Krankenschein wird bei den meisten Krankenversicherungsträgern heute nicht mehr verwendet. Um zu dokumentieren, daß es sich dabei um eine Art Wertpapier handelt, wurde die Bezeichnung Krankenkassenscheck verwendet. Eine entsprechende gesetzliche Änderung ist daher erforderlich.



Novellierungsvorschlag  
zu § 153 Abs.3 ASVG

Geltender Wortlaut

(3) Zahnbehandlung und Zahnersatz werden als Sachleistungen durch Vertragsärzte, Wahlärzte (§ 131 Abs. 1), nach den Bestimmungen des Dentistengesetzes, BGBl. Nr. 90/1949, auch durch Vertragsdentisten, Wahlidentisten (§ 131 Abs. 1), in eigens hierfür ausgestatteten Einrichtungen (Ambulatorien) der Versicherungsträger (des Hauptverbandes) oder in Vertragseinrichtungen gewährt. Für die Zahnbehandlung, gilt hiebei § 135 Abs. 2 entsprechend. Insoweit Zuzahlungen zu den Leistungen der Zahnbehandlung und des Zahnersatzes vorgesehen sind, müssen diese in den Zahnambulatorien und bei den freiberuflich tätigen Vertragsfachärzten und Vertragsdentisten gleich hoch sein. In den Satzungen und im Vertrag nicht vorgesehene Leistungen dürfen in den Zahnambulatorien nicht erbracht werden; in den Zahnambulatorien dürfen aber jedenfalls jene Leistungen erbracht werden, die am 31. Dezember 1972 Gegenstand eines Vertrages waren. (BGBl.Nr. 31/1973, Art. II Z. 20 lit. a) - 1. Jänner 1973; (BGBl.Nr. 704/1976, Art. II Z. 19) - 1. Jänner 1977.

Novellierungsvorschlag  
§ 153 Abs.3 ASVG lautet:

(3) Zahnbehandlung und Zahnersatz werden als Sachleistungen durch Vertragsärzte, Wahlärzte (§ 131 Abs.1), nach den Bestimmungen des Dentistengesetzes, BGBl.Nr. 90/1949, auch durch Vertragsdentisten, Wahlidentisten (§ 131 Abs.1), in eigens hierfür ausgestatteten Einrichtungen (Ambulatorien) der Versicherungsträger (des Hauptverbandes) oder in Vertragseinrichtungen gewährt.

Begründung:

Gemäß § 116 Abs.1 Z.3 ASVG hat die Krankenversicherung Vorsorge für die Zahnbehandlung und den Zahnersatz zu treffen. Dies geschieht im wesentlichen dadurch, daß diese Leistungen als Sachleistungen von Vertragsärzten oder in eigenen Einrichtungen erbracht werden.

In letzter Zeit häufen sich nun die Beschwerden, der Versicherten, daß die Zahnärzte für manche Leistungen zu viel verlangen und diese Leistungen in den Ambulatorien des Krankenversicherungsträgers nicht erbracht werden dürfen; Leistungen, die im Vertrag nicht vorgesehen sind, dürfen in den Ambulatorien nicht gewährt werden.



Den Krankenversicherungsträgern gelingt es aber auch meistens nicht, mit den Zahnärzten dahingehend eine Vereinbarung zu treffen, daß diese Leistungen in den Vertrag aufgenommen werden.

Dieser Zustand ist für die Versicherten unbefriedigend.

Durch den vorliegenden Novellierungsvorschlag sollte eine ausreichende Versorgung der Bevölkerung sichergestellt werden.

Die derzeit bestehende Vorschrift, die als Schutz für die freiberuflich tätigen Zahnärzte gedacht war, führt außerdem zu einer erheblichen Benachteiligung der Zahnambulatorien. Diese Benachteiligung ist auch aus verfassungsrechtlicher Sicht sachlich nicht mehr gerechtfertigt.



**Novellierungsvorschlag**

zu § 342 Abs.2 ASVG

**Geltender Wortlaut**

(2) Die Vergütung der vertragsärztlichen Tätigkeit ist grundsätzlich nach Einzelleistungen zu vereinbaren. Die Vereinbarungen über die Vergütung der ärztlichen Leistungen sind in Honorarordnungen zusammenzufassen; diese bilden einen Bestandteil der Gesamtverträge. Die Gesamtverträge sollen eine Begrenzung der Ausgaben der Träger der Krankenversicherung für die vertragsärztliche Tätigkeit einschließlich der Rückvergütungen bei Inanspruchnahme der wahlärztlichen Hilfe (§ 131) enthalten.

**Novellierungsvorschlag**

§ 342 Abs.2 ASVG hat zu lauten:

(2) Die Vergütung der vertragsärztlichen Tätigkeit ist grundsätzlich nach Einzelleistungen zu vereinbaren. Die Vereinbarungen über die Vergütung der ärztlichen Leistungen sind in Honorarordnungen zusammenzufassen; diese bilden einen Bestandteil der Gesamtverträge. Die Gesamtverträge haben eine Begrenzung der Ausgaben der Träger der Krankenversicherung für die vertragsärztliche Tätigkeit einschließlich der Rückvergütungen bei Inanspruchnahme der wahlärztlichen Hilfe (§ 131) zu enthalten.

**Begründung:**

Bei der Vergütung der ärztlichen Leistungen ist die finanzielle Leistungsfähigkeit des Versicherungsträgers zu berücksichtigen. Diese Verpflichtung, eine Begrenzung der Ausgaben im Gesamtvertrag vorzusehen, ergibt sich bereits aus den erläuternden Bemerkungen zum Stammgesetz des ASVG; die Formulierung dieser Bestimmung (soll) widersprach dann aber der Absicht des Gesetzgebers; sie soll nun eindeutig ausgesprochen werden.

**N o v e l l i e r u n g s v o r s c h l a g**  
zu § 447a Abs.3 ASVG

**Geltender Wortlaut**

(3) Die Gebietskrankenkassen, die Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues sowie die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft als Träger der Krankenversicherung haben einen Beitrag im Ausmaß von 1,4 v. H. ihrer Beitragseinnahmen zu entrichten; bei der Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues und bei der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft ist hiebei nur von den Beitragseinnahmen des Versicherungsträgers als Träger der Krankenversicherung auszugehen. Dieser Beitrag ist von der Summe der für das vorhergehende Kalenderjahr fällig gewordenen Beiträge zu ermitteln; er ist in zwei gleichen Teilbeträgen jeweils am 1. April und am 1. Oktober eines jeden Kalenderjahres dem Hauptverband zu überweisen.

**Begründung:**

Die Mittel, die dem Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger zufließen, kommen - abgesehen von den nicht so sehr ins Gewicht fallenden Vermögenserträgen - im wesentlichen aus den von den Gebietskrankenkassen, der Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues und der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft gemäß § 447a Abs.3 ASVG zu leistenden Beiträgen. Der Beitragssatz beträgt seit dem Jahre 1979 1,4 %.

In letzter Zeit hat sich die finanzielle Situation der am Ausgleichsfonds beteiligten Krankenversicherungsträger wesentlich verschlechtert. Während die Gebarung des Jahres 1988 noch eine weitgehend ausgeglichene

**Novellierungsvorschlag**  
§ 447a Abs.3 ASVG lautet:

(3) Die Gebietskrankenkassen, die Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues sowie die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft als Träger der Krankenversicherung haben einen Beitrag im Ausmaß von 1,2 v.H. ihrer Beitragseinnahmen zu entrichten; bei der Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues und bei der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft ist hiebei nur von den Beitragseinnahmen des Versicherungsträgers als Träger der Krankenversicherung auszugehen. Dieser Beitrag ist von der Summe der für das vorhergehende Jahr fällig gewordenen Beiträge zu ermitteln; er ist in zwei gleichen Teilbeträgen jeweils am 1. April und am 1. Oktober eines jeden Kalenderjahres dem Hauptverband zu überweisen.



war, wird für das Jahr 1989 bereits ein sehr beträchtlicher Gebarungsabgang erwartet. Die Ursachen für diese ungünstige Entwicklung liegen vor allem darin, daß die Aufwendungen für die Sachleistungen der Krankenversicherung stark angestiegen sind, während sich zugleich infolge verschiedener Gesetzesänderungen - z.B. Herabsetzung des Beitrages in der Krankenversicherung der Pensionisten - erheblich vermindert haben.

Eine Herabsetzung des Beitragssatzes für den Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger von 1,4 % auf 1,2 % bietet sich als ein geeigneter Ausweg an, um dieser ungünstigen finanziellen Entwicklung entgegenzuwirken (Ersparnis von rd. 86,7 Millionen Schilling, auf die Zahlen des Jahres 1988 bezogen).



N o v e l l i e r u n g s v o r s c h l a g

zu § 447b Abs.5 und 7 ASVG

Geltender Wortlaut

(5) Der Zuschuß gebührt für ein Geschäftsjahr höchstens in dem Ausmaß, das erforderlich ist, um die bei dem Krankenversicherungsträger am Ende des Geschäftsjahres vorhandenen liquiden Mittel auf ein Sechstel der Jahresaufwendungen dieses Versicherungsträgers zu erhöhen. Er gebührt überdies höchstens im Ausmaß des Betrages, um den bei dem in Betracht kommenden Krankenversicherungsträger 101 v. H. der Aufwendungen des betreffenden Geschäftsjahres die Einnahmen - ausgenommen allfällige Zuschüsse und Zuwendungen aus dem Ausgleichsfonds - übersteigen.

(6) Als liquide Mittel im Sinne des Abs. 5 gelten die Barbestände zuzüglich der Einlagen bei Geldinstituten und 70 v. H. des Bilanzwertes der Wertpapiere abzüglich der noch nicht abgeführten, für fremde Rechnung eingehobenen Beiträge sowie der am Ende des Geschäftsjahres buchmäßig fälligen unberichtigten Versicherungsleistungen und sonstigen Verbindlichkeiten.

(7) Die sich aus der Anwendung der Abs. 4 und 5 für ein Geschäftsjahr ergebenden Zuschüsse dürfen zusammen 20 vH der am Ende dieses Geschäftsjahres frei verfügbaren Mittel des Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger nicht überschreiten und sind innerhalb dieses Höchstausmaßes verhältnismäßig zu kürzen. (BGBl.Nr.588/1981, Art.V 2.5) - 1. Jänner 1981.

Novellierungsvorschlag

§ 447b Abs. 5 und 7 lauten:

(5) Der Zuschuß gebührt für ein Geschäftsjahr höchstens in dem Ausmaß, das erforderlich ist, um die bei dem Krankenversicherungsträger am Ende des Geschäftsjahres vorhandenen liquiden Mittel auf ein Sechstel der Jahresaufwendungen dieses Versicherungsträgers zu erhöhen.

(6) unverändert

(7) Die sich aus der Anwendung der Abs.4 und 5 für ein Geschäftsjahr ergebenden Zuschüsse dürfen zusammen 30 v.H. der am Ende dieses Geschäftsjahres frei verfügbaren Mittel des Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger nicht überschreiten und sind innerhalb dieses Höchstausmaßes verhältnismäßig zu kürzen.



Begründung:

Die Leistungen aus dem Ausgleichsfonds an die einzelnen Krankenversicherungsträger sind verschiedene, und sie sind an unterschiedliche Voraussetzungen geknüpft. Es gibt Zuschüsse, Zuwendungen, Darlehen und Zweckzuschüsse. Zweck des Ausgleichsfonds ist, wie im § 447a Abs.1 ASVG umschrieben ist, eine ausgeglichene Gebarung bzw. eine ausreichende Liquidität der diesem Fonds angehörenden Krankenversicherungsträger zu gewährleisten. Die größte Bedeutung haben hierbei die Zuschüsse (§ 447b ASVG), denn gerade sie sind - wie keine andere der erwähnten Leistungskategorien - geeignet, strukturelle Unterschiede bei den Krankenversicherungsträgern auszugleichen. Diesem Grundgedanken entspricht es, die Möglichkeit der Gewährung von Zuschüssen, die derzeit mit 20 v.H. der frei verfügbaren Mitteln des Ausgleichsfonds begrenzt sind, zu erweitern. Es wird deshalb eine Erhöhung von 20 % auf 30 % vorgeschlagen.

Gleichzeitig soll der im 447b Abs.5 2. Satz ASVG vorgesehene Grenzbetrag abgeschafft werden. Gemäß der zitierten Bestimmung gebührt ein Zuschuß höchstens im Ausmaß jenes Betrages, um den bei einem Krankenversicherungsträger 101 v.H. der Aufwendungen die Einnahmen - ausgenommen allfällige Zuschüsse und Zuwendungen aus dem den Ausgleichsfonds - übersteigen. Dies führte dazu, daß ein Krankenversicherungsträger, der im Hinblick auf seine kritische finanzielle Situation sparsam wirtschaftet und auf diese Weise einen Gebarungsabgang gerade noch vermeidet, keinen Zuschuß erhält, nur weil seine Aufwendungen die Einnahmen nicht oder in einem zu geringen Maß übersteigen, und zwar auch dann, wenn die durchschnittlichen Einnahmen je Pflichtversicherten erheblich unter der Ausgleichsgrenze (§ 447b Abs.2 ASVG) liegen. Der zweite Satz des § 447b Abs.5 ASVG soll daher ersatzlos gestrichen werden.



**HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER**

1031 WIEN KUNDMANNGASSE 21 POSTFACH 600 TEL. 0222/711 32 TELEX 136682 hvsvi a TELEFAX 711 32 249 OVR 0024279

K1.417/DW

Zl. 42-54.3/90 Tu/Mr

Wien, 29. Jänner 1990

An das

Bundesministerium für  
Arbeit und SozialesStubenring 1  
1010 W i e n

Betr.: Höherversicherung gemäß § 20 ASVG  
bzw. § 13 GSVG bzw. § 10 BSVG;  
Öffentlichkeitsarbeit gemäß § 81 ASVG  
bzw. § 43 GSVG bzw. § 41 BSVG

Der Hauptverband wird die Öffentlichkeitsarbeit hinsichtlich der freiwilligen Höherversicherung in der Pensionsversicherung intensivieren. Die bisherigen Erfahrungen haben unter anderem ergeben, daß die Begriffe "Höherversicherung" und "besonderer Steigerungsbetrag" von den Versicherten oftmals irrtümlich ausgelegt werden. So wird unter Höherversicherung immer wieder die Erhöhung der für die Pflichtversicherten maßgebenden allgemeinen Beitragsgrundlage verstanden. Was hingegen unter einem besonderen Steigerungsbetrag zu verstehen ist, muß den Versicherten zumeist eingehend erklärt werden.

Aus diesem Grunde regt der Hauptverband an, anstelle der Ausdrücke Höherversicherung und besonderer Steigerungsbetrag die Ausdrücke "Zusatzversicherung" und "Zusatzpension" zu verwenden.

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales wird gebeten, anlässlich der nächsten Novellierung des ASVG bzw. GSVG bzw. BSVG die in Rede stehenden Begriffe im Sinne der Anregung des Hauptverbandes zu ändern.

Der Generaldirektor:

*i. V. [Handwritten Signature]*



Novellierungsvorschläge zum ASVG, die dem  
Bundesministerium für Arbeit und Soziales **noch**  
**nicht** übermittelt wurden.



§ 11 Abs.1 lautet:

§ 11. (1) Die Pflichtversicherung der im § 10 Abs. 1 bezeichneten Personen erlischt, soweit in den Abs. 2 bis 6 nichts anderes bestimmt wird, mit dem Ende des Beschäftigungs-, Lehr- oder Ausbildungsverhältnisses. Fällt jedoch der Zeitpunkt, an dem der Anspruch auf Entgelt endet, nicht mit dem Zeitpunkt des Endes des Beschäftigungsverhältnisses zusammen, so erlischt die Pflichtversicherung mit dem Ende des Entgeltanspruches.

Begründung:

Derzeit endet die Pflichtversicherung von Lehrlingen in allen Fällen mit dem Ende des Lehrverhältnisses; das Ende des Entgeltanspruches ist dabei - im Gegensatz zu den Dienstnehmern - nicht zu berücksichtigen. Bleibt etwa ein Lehrling unbefugt seinem Lehrplatz fern, hat er ab diesem Zeitpunkt zwar keinen Anspruch auf Lehrlingsentschädigung, die Pflichtversicherung ist aber bis zur tatsächlichen Lösung des Lehrverhältnisses aufrecht; Beiträge sind hierfür aber keine zu entrichten.

Durch die Bestimmungen des Berufsausbildungsgesetzes - insbesondere wegen des Anspruches des Lehrlings auf Lehrlingsentschädigung - erscheint es nun durchaus vertretbar, auch die Pflichtversicherung von Lehrlingen mit dem Ende des Entgeltanspruches enden zu lassen.

§ 11 Abs.1 hat zu lauten:

(1) Die Pflichtversicherung der im § 10 Abs.1 bezeichneten Personen erlischt, soweit in den Abs.2 bis 6 nichts anderes bestimmt wird, mit dem Ende des Beschäftigungs-, Lehr- oder Ausbildungsverhältnisses. Fällt jedoch der Zeitpunkt, an dem der Anspruch auf Entgelt endet, nicht mit dem Zeitpunkt des Endes des Beschäftigungs-, Lehr- oder Ausbildungsverhältnisse zusammen, so erlischt die Pflichtversicherung mit dem Ende des Entgeltanspruches.



**Geltendes Recht**

**Änderungsvorschlag**

**§ 16 Abs.2 Z.1 ASVG lautet:**

*1. Hörer an einer Lehranstalt im Sinne des § 1 Abs.1 lit.a bis e des Studienförderungsgesetzes, die im Rahmen des für die betreffende Studienart vorgeschriebenen normalen Studienganges inskribiert sind,*

**§ 16 Abs.2 Z.1 ASVG hat zu lauten:**

*1. Hörer an einer Lehranstalt im Sinne des § 1 Abs.1 lit.a bis f des Studienförderungsgesetzes, die im Rahmen des für die betreffende Studienart vorgeschriebenen normalen Studienganges inskribiert sind.*

**Begründung:**

Mit Bundesgesetz vom 8. Juni 1989, BGBl. Nr. 303/89, wurde das Studienförderungsgesetz geändert.

Insbesondere wurde der Kreis der Anspruchsberechtigten um die ordentlich Studierenden an mit Öffentlichkeitsrecht ausgestatteten Konservatorien erweitert. Dieser Personenkreis ist in § 1 Abs.1 lit.f Studienförderungsgesetz genannt, während die bisherige lit.f (Schüler an medizinisch-technischen Schulen) zur lit.g wurde.

Es ist gerechtfertigt, die Selbstversicherungsberechtigung auf die genannten Studierenden an Konservatorien auszudehnen.



Geltendes Recht

Änderungsvorschlag

§ 49 Abs.3 Z.1 ASVG lautet:

1. Vergütungen des Dienstgebers an den Dienstnehmer (Lehrling), durch welche die durch dienstliche Verrichtungen für den Dienstgeber veranlaßten Aufwendungen des Dienstnehmers abgegolten werden (Auslagenersatz); hiezu gehören insbesondere Beträge, die den Dienstnehmern (Lehrlingen) als Fahrtkostenvergütungen einschließlich der Vergütungen für Wochenend(Familien)heimfahrten, Tages- und Nächtigungsgelder gezahlt werden, soweit sie nach § 26 des Einkommensteuergesetzes 1988, BGBl. Nr. 400, nicht der Einkommensteuer(Lohnsteuer)pfllicht unterliegen. Unter Tages- und Nächtigungsgelder fallen auch Vergütungen für den bei Arbeiten außerhalb des Betriebes oder mangels zumutbarer täglicher Rückkehrmöglichkeit an den ständigen Wohnort (Familienwohnsitz) verbundenen Mehraufwand, wie Bauzulagen, Trennungsgelder, Übernachtungsgelder, Zehrgelder, Entfernungszulagen, Aufwandsentschädigungen, Stör- und Außerhauszulagen uä.:

§ 49 Abs.3 Z.1 ASVG hat zu lauten:

1. Beträge,

a) die der Dienstnehmer (Lehrling) vom Dienstgeber erhält, um sie für ihn auszugeben (durchlaufende Gelder),

b) durch die Auslagen des Dienstnehmers (Lehrlings) für den Dienstgeber ersetzt werden (Auslagenersätze) oder

c) die aus Anlaß einer Dienstreise als Reisevergütungen (Fahrtkostenvergütungen, Kilometergelder) und als Tagesgelder und Nächtigungsgelder gezahlt werden,

soweit sie nach § 26 des EStG 1988, BGBl.Nr.400, nicht der Einkommensteuer (Lohnsteuer)pfllicht unterliegen;

Begründung:

Durch die 46. und 48. Novelle des ASVG sowie durch das Abgabenänderungsgesetz 1989, BGBl.Nr.660/1989, sollte die lohnsteuerrechtliche und die sozialversicherungsrechtliche Gleichbehandlung der Auslagenersätze, insbesondere der Tagesgelder, herbeigeführt werden. In der Praxis ergeben sich aber bei der sozialversicherungsrechtlichen Beurteilung bestimmter Zulagen



noch Auffassungsunterschiede. Diese sind insbesondere auf die unterschiedliche Textierung der sozialversicherungsrechtlichen und der lohnsteuerrechtlichen Vorschriften zurückzuführen. So ist z.B. die Bauzulage ausdrücklich in § 49 Abs.3 Z.1 ASVG als beitragsfrei angeführt, soweit sie nach § 26 EStG nicht der Einkommensteuerpflicht unterliegt. Nach den Richtlinien über die Lohnverrechnung 1989 (Erlaß des Bundesministeriums für Finanzen vom 24. Mai 1989, Zl. 140603/1-IV/14/89) ist die Bauzulage aber lohnsteuerpflichtig. Die beispielsweise Anführung der Bauzulage im § 49 Abs.3 Z.1 ASVG müßte daher entfallen.

Dies gilt entsprechend auch für die Familien- und Wochenendheimfahrten. Durch das Abgabenänderungsgesetz wurden diese Zulagen nunmehr ebenfalls lohnsteuerpflichtig und infolgedessen auch beitragspflichtig.

Um in Hinkunft derartige Auslegungsschwierigkeiten von vornherein auszuschalten, sollten die entsprechenden Bestimmungen im ASVG und im EStG auch gleich formuliert werden. Dies wird durch den vorliegenden Novellierungsvorschlag erreicht.



Geltendes Recht

Änderungsvorschlag

§ 49 Abs.3 Z.2 ASVG lautet:

2. Schmutzzulagen, soweit sie nach § 68 Abs. 1, 5 und 7 des Einkommensteuergesetzes 1988 nicht der Einkommensteuer (Lohnsteuer)pflicht unterliegen;

§ 49 Abs.3 Z.2 ASVG hat zu lauten:

2. Schmutzzulagen, wenn sie aufgrund einer lohngestaltenden Regelung im Sinne des § 68 Abs.5 Z.1 bis 6 EStG 1988 oder innerbetrieblich für alle Dienstnehmer (Lehrlinge) oder Gruppen von Dienstnehmern (Lehrlingen) gezahlt werden, in den letzten Fällen nur, sofern die Höhe der Schmutzzulage die Vergütungssätze in Kollektivverträgen für vergleichbare Betriebe nicht überschreitet. Unter Schmutzzulagen sind jene Zulagen zu verstehen, die dem Dienstnehmer (Lehrling) deshalb gewährt werden, weil die von ihm zu leistenden Arbeiten überwiegend unter Umständen erfolgen, die in erheblichem Maß zwangsläufig eine Verschmutzung des Dienstnehmers (Lehrlings) und seiner Kleidung bewirken;

Begründung:

Die Beitragsfreiheit der Schmutzzulagen ist derzeit davon abhängig, daß sie nach § 68 Abs.1, 5 und 7 des EStG nicht der Lohnsteuerpflicht unterliegen. Für die beitragsrechtliche Beurteilung der Schmutzzulage ist dieser Verweis auf die entsprechenden Bestimmungen des EStG aber sehr problematisch. Dies insbesondere deshalb, da im EStG im Zusammenhang mit der



Schmutzzulage auch die Erschwernis- und Gefahrenzulage geregelt wird; die Erschwernis- und Gefahrenzulage sind lohnsteuerfrei, aber nicht beitragsfrei.

So bestimmt der § 68 Abs.1 EStG, daß die Schmutz-, Erschwernis- und Gefahrenzulage sowie sonstige Zuschläge (z.B. Überstundenzuschläge) insgesamt bis S 4.950,- monatlich steuerfrei sind. Es wird daher in der Praxis oft vorkommen, daß die Schmutzzulage vom Finanzamt lohnsteuerfrei behandelt wird, weil der Freibetrag insgesamt nicht überschritten wurde. Eine genauere Prüfung der Voraussetzungen wird dabei nicht erfolgen. Wenn der Freibetrag durch die Gewährung dieser Zulagen überschritten wird, stellt sich für die Finanzbehörde nicht die Frage, durch welche Zulage der Betrag überschritten wurde, da alle diese Zulagen gleich behandelt werden. Bei der sozialversicherungsrechtlichen Beurteilung ist dies allerdings nicht der Fall.

Für die sozialversicherungsrechtliche Beurteilung der Schmutzzulagen ist daher die Bindung an die entsprechenden Vorschriften des EStG nicht zielführend und bringt in der Praxis auch erhebliche Probleme.

Durch den Hinweis auf den § 68 Abs.5 Z.7 EStG (innerbetriebliche Vereinbarungen) bestünde die Möglichkeit, daß Schmutzzulagen in unbestimmter Höhe zwischen Dienstnehmern und Dienstgebern vereinbart werden und auch in dieser Höhe beitragsfrei wären. Beitragsfrei sollen diese Zulagen aber nur bis zu der Höhe der Vergütungssätze in Kollektivverträgen vergleichbarer Betriebe sein. Es soll dadurch eine Gleichstellung bei der beitragsrechtlichen Beurteilung der Zulagen für diese Dienstnehmer mit den Zulagen für vergleichbare Dienstnehmer erfolgen.



Geltendes Recht

Änderungsvorschlag

---

§ 49 Abs.3 Z.6 ASVG lautet:

6. Werkzeuggelder, wenn sie auf Grund einer lohngestaltenden Regelung im Sinne des § 68 Abs. 5 Z 1 bis 7 des Einkommensteuergesetzes 1988 gezahlt werden;

§ 49 Abs.3 Z.6 ASVG hat zu lauten:

6. Werkzeuggelder, wenn sie aufgrund einer lohngestaltenden Regelung im Sinne der Z.2 gezahlt werden;

**Begründung:**

Siehe letzter Satz der Begründung zu § 49 Abs.3 Z.2 ASVG.



Geltendes Recht

Änderungsvorschlag

---

§ 49 Abs.3 Z.19 ASVG lautet:

19. Zinsersparnisse bei zinsverbilligten oder unverzinslichen Dienstgeberdarlehen, soweit das Darlehen 100.000 S nicht übersteigt;

§ 49 Abs.3 Z.19 ASVG hat zu lauten:

19. Zinsersparnisse bei zinsverbilligten oder unverzinslichen Dienstgeberdarlehen und Gehaltsvorschüssen, soweit diese zusammen S 100.000,-- nicht übersteigen;

Begründung:

In der Praxis kommt es immer wieder zu Auffassungsunterschieden, ob unter den Begriff der Dienstgeberdarlehen auch Gehaltsvorschüsse zu subsumieren sind. Zur Klarstellung der bereits jetzt bei den Kassen gehandhabten Praxis, sollten die Gehaltsvorschüsse ausdrücklich in der Z.19 angeführt werden.



Geltendes Recht

Änderungsvorschlag

§ 49 Abs.3 Z.20 ASVG lautet:

20. die unentgeltliche oder verbilligte Beförderung der eigenen Dienstnehmer und deren Angehörigen bei Beförderungsunternehmen, die Beförderung der Dienstnehmer zwischen Wohnung und Arbeitsstätte auf Kosten des Dienstgebers sowie der Ersatz der tatsächlichen Kosten für Fahrten des Dienstnehmers zwischen Wohnung und Arbeitsstätte mit Massenförderungsmitteln;

§ 49 Abs.3 Z.20 ASVG hat zu lauten:

20. die unentgeltliche oder verbilligte Beförderung der eigenen Dienstnehmer und deren Angehörigen bei Beförderungsunternehmen, die Beförderung der Dienstnehmer zwischen Wohnung und Arbeitsstätte auf Kosten des Dienstgebers sowie der Ersatz der tatsächlichen Kosten für Fahrten des Dienstnehmers zwischen Wohnung und Arbeitsstätte (auch für Wochenend- und Familienheimfahrten) mit Massenförderungsmitteln;

Begründung:

Aus systematischen Gründen sollten die Wochenend- und Familienheimfahrten nicht in der Z.1, sondern in der Z.20 angeführt werden. Die Beitragsfreiheit dieser Zulagen - durch die bestehende Formulierung der Z.1 besteht Beitragspflicht - ist im Zuge einer Vereinheitlichung der sozialversicherungs- und lohnsteuerrechtlichen Behandlung gerechtfertigt, weil diese Zulagen steuerrechtlich als Werbungskosten geltend gemacht werden können.



Geltendes Recht

Änderungsvorschlag

---

§ 49 Abs.3 Z.24 ASVG lautet:

24. Prämien für Verbesserungsvorschläge im Betrieb, wenn sie auf Grund einer lohngestaltenden Regelung im Sinne des § 68 Abs. 5 Z 1 bis 7 des Einkommensteuergesetzes 1988 gezahlt werden;

§ 49 Abs.3 Z.24 ASVG hat zu lauten:

24. Prämien für Verbesserungsvorschläge im Betrieb, wenn sie aufgrund einer lohngestaltenden Regelung im Sinne der Z.2 gezahlt werden;

Begründung:

Siehe letzter Satz der Begründung zu § 49 Abs.3 Z.2 ASVG.



Geltendes Recht

Änderungsvorschlag

§ 49 Abs.3 Z.25 ASVG lautet:

25. Nachlässe des Dienstgebers bei Versicherungsprämien seiner Dienstnehmer, soweit diese Nachlässe für alle Dienstnehmer oder bestimmte Gruppen seiner Dienstnehmer gewährt werden und der Preisvorteil für den einzelnen Dienstnehmer nicht über jenen Vorteil hinausgeht, den der Dienstgeber üblicherweise auch anderen Personen, insbesondere anderen Versicherungsnehmern (Groß- und Dauerkunden) gewährt, wenn sie auf Grund einer lohngestaltenden Regelung im Sinne des § 68 Abs. 5 Z 1 bis 7 des Einkommensteuergesetzes 1988 gezahlt werden.

§ 49 Abs.3 Z.25 ASVG hat zu lauten:

25. Nachlässe des Dienstgebers bei Versicherungsprämien seiner Dienstnehmer, soweit diese Nachlässe für alle Dienstnehmer oder bestimmte Gruppen seiner Dienstnehmer gewährt werden und der Preisvorteil für den einzelnen Dienstnehmer nicht über jenen Vorteil hinausgeht, den der Dienstgeber üblicherweise auch anderen Personen, insbesondere anderen Versicherungsnehmern gewährt, wenn sie auf Grund einer lohngestaltenden Regelung im Sinne der Z.2 gezahlt werden.

Begründung:

Siehe letzter Satz der Begründung zu § 49 Abs.3 Z.2 ASVG.



Geltendes Recht

Änderungsvorschlag

§ 49 Abs.4 ASVG lautet:

(4) Der Hauptverband kann, wenn dies zur Wahrung einer einheitlichen Beurteilung der Beitragspflicht bzw. Beitragsfreiheit von Bezügen dient, nach Anhörung der Interessenvertretungen der Dienstnehmer und Dienstgeber feststellen, ob und inwieweit Bezüge im Sinne des Abs. 3 Z 1, 2, 6 oder 11 nicht als Entgelt im Sinne des Abs. 1 gelten. Die Feststellung hat auch das Ausmaß (Hochstausmaß) der Bezüge bzw. Bezugsteile zu enthalten, das nicht als Entgelt im Sinne des Abs. 1 gilt. Derartige Feststellungen sind in der Fachzeitschrift "Soziale Sicherheit" zu verlautbaren und für alle Sozialversicherungsträger und Behörden verbindlich. Die Feststellungen sind rückwirkend ab dem Wirksamkeitsbeginn der zugrundeliegenden Regelungen im Sinne des Abs. 3 vorzunehmen.

§ 49 Abs.4 ASVG hat zu lauten:

(4) Der Hauptverband kann, wenn dies zur Wahrung einer einheitlichen Beurteilung der Beitragspflicht bzw. Beitragsfreiheit von Bezügen dient, nach Anhörung der Interessenvertretungen der Dienstnehmer und Dienstgeber feststellen, ob und in welchem Ausmaß Bezüge im Sinne der Z.2, 6 oder 11 nicht als Entgelt im Sinne des Abs.1 gelten. Derartige Feststellungen sind in der Fachzeitschrift "Soziale Sicherheit" zu verlautbaren und für alle Sozialversicherungsträger und Behörden verbindlich. Die Feststellungen sind rückwirkend ab dem Wirksamkeitsbeginn der zugrunde liegenden Regelungen im Sinne des Abs.3 vorzunehmen.

**Begründung:**

Feststellungen des Hauptverbandes für Zulagen nach § 49 Abs.3 Z.1 ASVG sind nicht mehr erforderlich, weil die sozialversicherungsrechtliche Beurteilung dieser Zulagen nunmehr eindeutig gesetzlich geregelt ist (Bindung an das EStG).



Geltendes Recht

Änderungsvorschlag

§ 54 Abs.2 ASVG lautet:

(2) Der Hauptverband kann mit Zustimmung der zuständigen Interessenvertretungen der Dienstnehmer und Dienstgeber und der zuständigen Krankenversicherungsträger festsetzen, daß die Sonderzahlungen bei bestimmten Gruppen von Versicherten mit einem einheitlichen Hundertsatz der allgemeinen Beitragsgrundlage der Berechnung des Sonderbeitrages zugrunde gelegt werden. § 49 Abs. 4 vorletzter Satz ist entsprechend anzuwenden.

§ 54 Abs.2 ASVG hat zu lauten:

(2) Soweit die innerhalb eines Kalenderjahres von einem Dienstgeber gewährten Sonderzahlungen das 60fache der geltenden Höchstbeitragsgrundlage (§ 45 Abs.1) übersteigen, sind von diesen Beträgen allgemeine Beiträge zu entrichten, wobei die übersteigenden Beträge gleichmäßig auf die Beitragstage des betreffenden Kalenderjahres, während derer die durch die Beschäftigung bei diesem Dienstgeber begründete Pflichtversicherung (ausgenommen Zeiträume, während derer der Anspruch auf Krankengeld gemäß § 143 Abs.1 Z.3 zur Hälfte geruht hat) bestanden hat, aufzuteilen sind. Die aufzuteilenden Beträge dürfen zusammen mit den bisherigen allgemeinen Beitragsgrundlagen die Höchstbeitragsgrundlage (§ 45 Abs.1) nicht überschreiten.

Die bisherigen Abs.2 bis 5 werden zu den Abs.3 bis 6.

Begründung:

In letzter Zeit häufen sich Fälle, daß Dienstnehmer nur mit einer geringen Beitragsgrundlage gemeldet sind (teilweise sogar unter der Geringfügigkeitsgrenze liegen), jedoch überdurchschnittlich hohe (weit über der Höchstbeitragsgrundlage liegende) Sonderzahlungen erhalten. Dadurch soll die Höhe der zu entrichtenden allgemeinen Beiträge möglichst gering gehalten werden; insbesondere trifft dies bei Provisionsbeziehern zu. Nach der Judikatur des Verwaltungsgerichtshofes (Erkenntnis vom



30. Jänner 1986, Zl. 85/08/0147) können derartige Auszahlungsformen vereinbart werden; diese Zahlungen sind dann Sonderzahlungen und werden nicht für die allgemeine Beitragsgrundlage herangezogen.

Eigentlich handelt es sich dabei aber nur um eine Umgehungshandlung; die Zuordnung dieser Beträge zur allgemeinen Beitragsgrundlage soll verhindert werden.

Aus diesem Grund sollen daher diese Beträge am Jahresende in einer Art Jahresausgleich für die allgemeine Beitragsgrundlage herangezogen werden.

Für das Leistungsrecht der Krankenversicherung bedeutet dies, daß die Bemessungsgrundlage für Geldleistungen durch diesen Jahresausgleich nachträglich geändert wird. Auf Antrag des Versicherten sind daher Nachzahlungen des Krankengeldes zu gewähren.



Geltendes Recht

Änderungsvorschlag

§ 58 Abs.1 ASVG lautet:

§ 58. (1) Die allgemeinen Beiträge sind am letzten Tag des Kalendermonates fällig, in den das Ende des Beitragszeitraumes fällt, sofern die Beiträge nicht gemäß Abs. 3 vom Träger der Krankenversicherung dem Beitragsschuldner vorgeschrieben werden. Die gemäß Abs. 3 vorgeschriebenen Beiträge sind mit Ablauf des zweiten Werktages nach der Aufgabe der Beitragsvorschreibung zur Post bzw. mit dem Zeitpunkt der Zustellung durch Organe des Trägers der Krankenversicherung fällig. Die Satzung kann, sofern sie einen anderen als den im § 44 Abs. 2 erster Satz bezeichneten Beitragszeitraum bestimmt und für den Fall, daß durch Vereinbarung mit dem Dienstgeber ein abweichender Beitragszeitraum festgelegt wird, vorsehen, daß die Beiträge am letzten Tag des Beitragszeitraumes fällig werden. Die Fälligkeit der Sonderbeiträge wird durch die Satzung des Versicherungsträgers geregelt.

§ 58 Abs.1 ASVG hat zu lauten:

(1) Die allgemeinen Beiträge sind am letzten Tag des Kalendermonates fällig, in den das Ende des Beitragszeitraumes fällt, sofern die Beiträge nicht gemäß Abs.3 vom Träger der Krankenversicherung dem Beitragsschuldner vorgeschrieben werden. Die Fälligkeit der Sonderbeiträge gemäß § 54 Abs.1 wird durch die Satzung des Versicherungsträgers geregelt. Die Beiträge gemäß § 54 Abs.2 sind am Ende des Kalendermonates fällig, an dem das Dienstverhältnis geendet hat, spätestens jedoch am 31. Dezember des jeweiligen Kalenderjahres.

Begründung:

Durch die Änderung des § 54 Abs.2 ASVG ist eine Regelung erforderlich, wann diese Beiträge fällig sind.

Aus diesem Grund sollen daher diese Beiträge in einer Art Jahresausgleich für die allgemeine Beitragsgrundlage herangezogen werden.

Für das Leistungsrecht der Krankenversicherung bedeutet dies, daß die Bemessungsgrundlage für Geldleistungen durch diesen Jahresausgleich nachträglich geändert wird. Auf Antrag des Versicherten sind daher Nachzahlungen des Krankengeldes zu gewähren.



**Geltendes Recht**

**Änderungsvorschlag**

§ 68 Abs.3 ASVG lautet:

*Sind fällige Beiträge durch eine grundbücherliche Eintragung gesichert, so kann innerhalb von 30 Jahren nach erfolgter Eintragung gegen die Geltendmachung des dadurch erworbenen Pfandrechte die seither eingetretene Verjährung des Rechtes auf Einforderung der Beiträge nicht geltend gemacht werden.*

§ 68 Abs.3 ASVG hat zu lauten:

Liegt für fällige Beiträge ein Rückstandsausweis (§ 64 Abs.2) vor und wurde dieser dem Beitragsschuldner zugestellt, so kann innerhalb von 30 Jahren nach Zustellung des Rückstandsausweises die seither eingetretene Verjährung des Rechtes auf Einforderung der Beiträge nicht geltend gemacht werden.

**Begründung:**

Nach der derzeitigen Fassung des § 68 Abs. 3 ASVG unterliegen einer 30-jährigen Verjährung nur jene fällige Beiträge, die durch eine grundbücherliche Eintragung gesichert sind.

Der gegenwärtige Rechtszustand bedingt, daß nicht grundbücherlich gesicherte Rückstandsausweise der zweijährigen Verjährungsfrist unterliegen und die Hintanhaltung der Einforderungsverjährung (auch in Fällen einer bereits bewilligten Exekution) eine vom Versicherungsträger jeweils innerhalb von zwei Jahren seit dem letzten Verjährungsunterbrechungsvorgang zu treffende Unterbrechungsmaßnahme voraussetzt.

Diese in vielen Fällen lediglich zum Zwecke der Verjährungsunterbrechung erforderlichen Eintreibungsmaßnahmen sind aus administrativer Sicht sehr aufwendig und stellen überdies eine finanzielle Belastung dar, die bei späterer Beitragszahlung die Zahlungsverpflichtungen des Beitragsschuldners erhöht.

Aus den vorstehenden Gründen sollte § 68 Abs.3 ASVG dahingehend erweitert werden, daß bei Vorliegen eines Rückstandsausweises die 30-jährige Verjährungsfrist im Sinne einer Judikatschuld vorgesehen wird. Dies kann allerdings nur für jene Rückstandsausweise gelten, die dem Beitragsschuldner auch zugestellt wurden.



Geltendes Recht

Änderungsvorschlag

---

§ 117 Abs.2 ASVG (NEU) hat zu lauten:

(2) In der Krankenordnung (§ 456) kann, um unnötige, unökonomische und unzweckmäßige Leistungen für Rechnung des Versicherungsträgers hintanzuhalten, bestimmt werden, welche Sachleistungen der Krankenversicherung (Erstattung von Kosten anstelle von Sachleistungen) an das Erfordernis der vorherigen bzw. nachträglichen Bewilligung durch den Versicherungsträger, gegebenenfalls der vorherigen bzw. nachträglichen chef(kontroll)ärztlichen Bewilligung gebunden sind. Es kann auch ausdrücklich bestimmt werden, bei welchen Leistungen das Erfordernis der vorherigen Bewilligung entfällt.

**Begründung:**

Der Oberste Gerichtshof hat mit Urteil vom 24. Mai 1989, Zl. 9 Ob A84/89, ausgesprochen, daß die in den Krankenordnungen der Versicherungsträger vorgesehene chefärztliche Bewilligung keine Voraussetzung für die Inanspruchnahme bestimmter Behandlungsmethoden (ärztliche Hilfe) auf Rechnung des Versicherungsträgers sein kann; eine entsprechende ausdrückliche Vorschrift ist im ASVG nicht vorgesehen. Nach Ansicht des Obersten Gerichtshofes liegt also eine formalgesetzliche Delegation vor. Dem Versicherten kann daher die Kostenübernahme für die ärztliche Hilfe nicht deshalb verweigert werden, weil er vorher nicht die Zustimmung des Versicherungsträgers eingeholt hat.



Für die Praxis der Versicherungsträger ist es aus ökonomischen Gründen aber unerlässlich, daß die Gewährung bestimmter Leistungen von der chefarztlichen Bewilligung abhängig ist. Um in Hinkunft alle diesbezüglichen Zweifel von vornherein auszuschalten, sollte im Gesetz ausdrücklich angeführt werden, daß in der Krankenordnung eine derartige Vorgangsweise festgelegt werden kann.



**Geltendes Recht**

**Änderungsvorschlag**

*§152 Abs.1 zweiter Satz ASVG lautet:*

*.... Anspruch auf Familiengeld besteht nicht für einen Angehörigen, der aus selbständiger oder unselbständiger Erwerbstätigkeit, aus einem Lehr- oder Ausbildungsverhältnis oder auf Grund des Bezuges von Geldleistungen aus der Sozialversicherung mit Ausnahme des Hilflosenzuschusses ein Einkommen von mehr als S 3.182,-- monatlich bezieht .....*

*§ 152 Abs.1 zweiter Satz ASVG hat zu lauten:*

*.... Anspruch auf Familiengeld besteht nicht für einen Angehörigen, der aus selbständiger oder unselbständiger Erwerbstätigkeit, aus einem Lehr- oder Ausbildungsverhältnis oder aufgrund des Bezuges von Geldleistungen aus der Sozialversicherung mit Ausnahme des Hilflosenzuschusses oder von Geldleistungen aus der Arbeitslosenversicherung ein Einkommen von mehr als S 3.182,-- monatlich bezieht....*

**Begründung:**

Im § 152 Abs.1 zweiter Satz ASVG sollen neben den Geldleistungen aus der Sozialversicherung konsequenterweise auch die Geldleistungen aus der Arbeitslosenversicherung angeführt werden, da auch diese für den Angehörigen Einkünfte darstellen.

Da die Arbeitslosenversicherung im Sinne der gesetzlichen Terminologie nicht zur Sozialversicherung gehört, bedarf es der ausdrücklichen gesetzlichen Anführung der Geldleistungen aus der Arbeitslosenversicherung.



**Geltendes Recht**

**Änderungsvorschlag**

§ 183 Abs.2 ASVG lautet:

(2) Sind zwei Jahre nach Eintritt des Versicherungsfalles abgelaufen oder ist innerhalb dieser Frist die Dauerrente (§ 209) festgestellt worden, so kann die Rente immer nur in Zeiträumen von mindestens einem Jahr nach der letzten Feststellung neu festgestellt werden. Diese Frist gilt nicht, wenn in der Zwischenzeit eine neue Heilbehandlung abgeschlossen oder eine vorübergehende Verschlimmerung der Folgen des Arbeitsunfalles oder der Berufskrankheit wieder behoben wurden.

§ 183 Abs.2 ASVG hat zu lauten:

(2) Sind zwei Jahre nach Eintritt des Versicherungsfalles abgelaufen oder ist innerhalb dieser Frist die Dauerrente (§ 209) festgestellt worden, so kann die Rente immer nur in Zeiträumen von mindestens einem Jahr nach der letzten Feststellung neu festgestellt werden. Diese Frist gilt nicht, wenn in der Zwischenzeit eine Heilbehandlung abgeschlossen oder eine vorübergehende Verschlimmerung der Folgen des Arbeitsunfalles oder der Berufskrankheit wieder behoben wurden.

**Begründung:**

Die derzeitige Fassung dieser Bestimmung könnte in jenen Fällen, in denen die Heilbehandlung ab Eintritt des Versicherungsfalles über einen 2-Jahreszeitraum hinaus andauert, zu mißverständlichen Auslegungen führen. Der Novellierungsvorschlag dient der Klarstellung.



Durch die (schrittweise) verfügte Leistungsunwirksamkeit von Ersatzzeiten gemäß § 227 Abs.1 Z.1 ASVG bzw. § 116 Abs.7 GSVG bzw. § 107 Abs.7 BSVG können Beitragszeiten der Weiterversicherung, die sich mit Schul- bzw. Hochschulzeiten zeitlich decken, trotzdem sie nunmehr "für sich alleine" stehen, infolge der Bestimmungen des § 231 ASVG anstelle der Ersatzzeiten zum Nachteil des Versicherten nicht zur Ermittlung des Steigerungsbetrages herangezogen werden. Die vorgesehene Berücksichtigung dieser Beitragszeiten als Beiträge zur Höherversicherung stellt kein zufriedenstellendes Äquivalent dar.

Wir unterbreiten daher neuerlich Vorschläge zur Novellierung der in Betracht kommenden Bestimmungen der §§ 231 Z.2, 248a und 251a Abs.4 lit.b.



geltendes Recht

Änderungsvorschlag

§ 231 Z.2, 2. Absatz, 1. Satz lautet:

"Hiebei ist von Versicherungszeiten, die sich zeitlich decken, nur eine zu zählen, wobei eine Beitragszeit der Pflichtversicherung einer Ersatzzeit oder einer Beitragszeit der freiwilligen Versicherung und eine Ersatzzeit einer Beitragszeit der freiwilligen Versicherung vorangeht."

keine Bestimmung

Begründung:

Beitragszeiten einer freiwilligen Versicherung sollen nicht durch leistungsunwirksame Ersatzzeiten von der Berücksichtigung im Steigerungsbetrag abgeschlossen werden. Eine Berücksichtigung der Beiträge in der Höherversicherung stellt keine befriedigende Lösung dar.

§ 231 Z.2 2. Absatz, 1. Satz hat zu lauten:

"Hiebei ist für die Feststellung der Wartezeit (§ 235) und der Leistungszugehörigkeit (§ 245) von Versicherungszeiten, die sich zeitlich decken, nur eine zu zählen, wobei eine Beitragszeit der Pflichtversicherung einer Ersatzzeit oder einer Beitragszeit der freiwilligen Versicherung und eine Ersatzzeit einer Beitragszeit der freiwilligen Versicherung vorangeht."

Dem § 231 ist eine Ziffer 3 mit folgendem Wortlaut anzufügen:

"3. Für die Bemessung des Steigerungsbetrages (§261) sind Versicherungszeiten, die sich zeitlich decken, nur einfach zu zählen, wobei abweichend von Z.2 folgende Reihenfolge gilt:

Beitragszeit der Pflichtversicherung,  
leistungswirksame Ersatzzeit,  
Beitragszeit der freiwilligen Versicherung,  
leistungsunwirksame Ersatzzeit."



geltendes Recht

Änderungsvorschlag

§ 232 Abs.1, 2. Satz, lautet:

"Hat keine der in dem Versicherungsmonat liegenden Arten von Versicherungszeiten das zeitliche Übergewicht, so bestimmt sich die Art des Versicherungsmonates nach der im § 231 drittletzter und vorletzter Satz angegebenen Reihenfolge."

Begründung:

Siehe § 231

§ 232 Abs.1, 2. Satz, hat zu lauten:

"Hat keine der in dem Versicherungsmonat liegenden Arten von Versicherungszeiten das zeitliche Übergewicht, so bestimmt sich die Art des Versicherungsmonates nach der im § 231 Z.2 drittletzter und vorletzter Satz angegebenen Reihenfolge."



Geltendes Recht:

§ 248 a lautet:

"Beiträge zur freiwilligen Versicherung in der Pensionsversicherung, die für nach dem 31.12.1938 gelegene Monate entrichtet wurden, die zum Stichtag auch Beitragsmonate der Pflichtversicherung nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz, Beitragsmonate nach § 61 Abs.1 Z.2 des Gewerblichen Selbständigen-Pensionsversicherungsgesetzes oder Ersatzmonate nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz sind, gelten als Beiträge zur Höherversicherung."

Begründung:

Siehe § 231

Änderungsvorschlag:

§ 248 a hat zu lauten:

"Beiträge zur freiwilligen Versicherung in der Pensionsversicherung, die für nach dem 31.12.1938 gelegene Monate entrichtet wurden, die zum Stichtag auch Beitragsmonate der Pflichtversicherung nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz, Beitragsmonate nach § 115 Abs.1 Z.2 des Gewerblichen Selbständigen-Sozialversicherungsgesetzes oder leistungswirksame Ersatzmonate nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz sind, gelten als Beiträge zur Höherversicherung."



geltendes Recht:

Änderungsvorschlag:

§ 251a Abs.4 lautet:

"(4) Für die Anwendung der Abs.2 und 3

a) zählen .... knappschaftlichen Pensionsversicherung;

b) sind Versicherungsmonate, die sich zeitlich decken, nur einfach zu zählen, wobei ein Beitragsmonat der Pflichtversicherung und ein Beitragsmonat nach § 61 Abs.1 Z.2 des Gewerblichen Selbständigen-Pensionsversicherungsgesetzes einem Ersatzmonat oder einem Beitragsmonat der freiwilligen Versicherung und ein Ersatzmonat einem Beitragsmonat der freiwilligen Versicherung vorangeht; bei Versicherungsmonaten gleicher Art gilt nachstehende Reihenfolge:

Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz,  
Pensionsversicherung nach dem Gewerblichen Selbständigen-Pensionsversicherungsgesetz,  
Pensionsversicherung nach dem Bauern-Pensionsversicherungsgesetz."

§ 251a Abs.4 hat zu lauten:

"(4) Für die Anwendung der Abs.1 bis 3

a) unverändert

b) sind Versicherungsmonate, die sich zeitlich decken, nur einfach zu zählen, wobei für die Feststellung der Wartezeit (§ 235) und der Leistungszugehörigkeit (§ 245) ein Beitragsmonat der Pflichtversicherung und ein Beitragsmonat nach § 61 Abs.1 Z.2 des Gewerblichen Selbständigen-Pensionsversicherungsgesetzes einem Ersatzmonat oder einem Beitragsmonat der freiwilligen Versicherung und ein Ersatzmonat einem Beitragsmonat der freiwilligen Versicherung vorangeht; bei Versicherungsmonaten gleicher Art gilt nachstehende Reihenfolge:

Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz,  
Pensionsversicherung nach dem Gewerblichen Selbständigen-Pensionsversicherungsgesetz,  
Pensionsversicherung nach dem Bauern-Pensionsversicherungsgesetz;"

Der lit.b ist eine lit.c mit folgendem Wortlaut anzufügen:



Änderungsvorschlag:

---

"c) sind für die Bemessung des Steigerungsbetrages  
(§ 261) Versicherungsmonate, die sich zeitlich decken,  
nur einfach zu zählen, wobei abweichend von lit.b  
folgende Reihenfolge gilt:

Beitragsmonat der Pflichtversicherung,  
leistungswirksamer Ersatzmonat,  
Beitragsmonat der freiwilligen Versicherung,  
leistungsunwirksamer Ersatzmonat."

Begründung:

Siehe § 231 ASVG



geltendes Recht

Änderungsvorschlag

§ 243 Z.2 lit.g lautet:

" g) nach § 226 Abs.2 lit.d der nach § 314 Abs.4 bzw. nach § 314a Abs.5 als Entgelt geltende Betrag."

§ 243 Z.2 lit.g hat zu lauten:

" g) nach § 226 Abs.2 lit.d in den Fällen des § 314 Abs.4 ein Betrag in der Höhe des in der betreffenden Zeit üblichen Arbeitsverdienstes eines körperlich und geistig gesunden Versicherten von ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten, in den Fällen des § 314a Abs.5 der danach als Entgelt geltende Betrag;"

Begründung:

Die Änderung des § 243 Z.2 lit.g hätte schon parallel zu Art.IV Z.2 der 48. Novelle zum ASVG geschehen sollen, da es zufolge des in Art.IV Z.10 leg.cit, neu gefaßten § 314 Abs.4 den nach § 314 Abs.4 als Entgelt geltenden Betrag nicht mehr gibt und somit eine Beitragsgrundlage für eine aus einem Überweisungsbetrag gem. § 314 ASVG entstandene Beitragszeit aus der Zeit vor 1956 nicht festgestellt werden kann.





Geltendes Recht

Änderungsvorschlag

§ 342 Abs.1 Z.3 ASVG hat zu lauten:

3. die Rechte und Pflichten der Vertragsärzte, insbesondere auch ihre Ansprüche auf Vergütung der ärztlichen Leistung;

§ 342 Abs.1 Z.3 ASVG hat zu lauten:

3. die Rechte und Pflichten der Vertragsärzte, insbesondere auch ihre Ansprüche auf Vergütung der ärztlichen Leistung und jedenfalls auch die Verpflichtung der Vertragsärzte, alle Personen, für welche die Versicherungsträger Leistungen zu erbringen haben, zu den gleichen Bedingungen zu behandeln;

**Begründung:**

In allen Gesamtverträgen soll ausdrücklich auch die Verpflichtung verankert sein, zu den gleichen Bedingungen wie die Versicherten des Versicherungsträgers, mit dem sie im Vertrag stehen, auch andere Personen, für die der Versicherungsträger Leistungen zu erbringen hat, zu behandeln, also z.B. die aufgrund zwischenstaatlicher Abkommen über Soziale Sicherheit betreuten Personen.

Geltendes Recht

Änderungsvorschlag

§ 342 Abs.1 Z.6 ASVG lautet:

6. die Zusammenarbeit der Vertragsärzte mit dem beim Versicherungsträger eingerichteten chef- und kontrollärztlichen Dienst;

§ 342 Abs.1 Z.6 ASVG hat zu lauten:

6. die Zusammenarbeit der Vertragsärzte mit dem beim Versicherungsträger eingerichteten chef- und kontrollärztlichen Dienst, insbesondere bezüglich der Einhaltung der Regelungen nach § 31 Abs.3 Z.11 und § 117 Abs.2;

Begründung:

Dieser Vorschlag ist im Zusammenhang mit dem Novellierungsvorschlag zu § 117 Abs.1 ASVG zu sehen.



**Geltendes Recht**

**Änderungsvorschlag**

§ 367 Abs.1 ASVG lautet:

(1) Über den Antrag auf Zuerkennung einer Leistung aus der Krankenversicherung oder auf Gewährung von Unfallheilbehandlung, von Familiengeld-, Tag-, Versehrten- oder Übergangsgeld oder von Körperersatzstücken, orthopädischen Behelfen und anderen Hilfsmitteln aus der Unfallversicherung, ferner bei amtsweiger Feststellung der angeführten Leistungen aus der Unfallversicherung sowie über den Antrag auf Gewährung von Übergangsgeld aus der Pensionsversicherung ist ein Bescheid zu erlassen, wenn ...

§ 367 Abs.1 ASVG hat zu lauten:

(1) Über den Antrag auf Zuerkennung einer Leistung aus der Krankenversicherung oder auf Gewährung von Unfallheilbehandlung, von Familiengeld-, Tag-, Versehrten- oder Übergangsgeld oder von Körperersatzstücken, orthopädischen Behelfen und anderen Hilfsmitteln aus der Unfallversicherung sowie auf Gewährung einer Integritätsabgeltung, ferner bei amtswegiger Feststellung der angeführten Leistungen aus der Unfallversicherung sowie über den Antrag auf Gewährung von Übergangsgeld aus der Pensionsversicherung ist ein Bescheid zu erlassen, wenn ...

**Begründung:**

In vielen Fällen wird die Feststellung, ob eine Integritätsabgeltung gebührt, von Amts wegen erfolgen. Die führt gemäß § 367 ASVG zur Verpflichtung des Versicherungsträgers, einen Bescheid zu erlassen.

In Fällen, in denen das amtswegige Verfahren das Nichtvorliegen der rechtlichen Voraussetzungen für die Integritätsabgeltung ergeben hat, wäre ein negativer Leistungsbescheid zu erlassen, durch dessen Anfechtung der Versicherte zumeist in einen aussichtslosen Prozeß gedrängt würde

Es sollte daher vorgesehen werden, daß über eine Integritätsabgeltung nur dann ein Bescheid zu erlassen ist, wenn die beantragte Leistung ganz oder teilweise abgelehnt wird und der Versicherte ausdrücklich einen Bescheid verlangt.

20. Novelle zum B-KUVG

Zu folgenden Änderungen des B-KUVG verweisen wir auf unsere Stellungnahme zu den Parallelbestimmungen des ASVG:

B-KUVG	ASVG
§ 43 - Verfall von Leistungsansprüchen	§ 102
§ 51 Abs.1 Z. 1 - Vorsorge(Gesunden) untersuchung	§ 116 Abs.1 Z.1
§ 51 Abs.2 - Vorsorge(Gesunden) untersuchung	§ 116 Abs.2
§ 52 Z.1 - Vorsorge(Gesunden) untersuchung	§ 117 Z.1
§ 61 a - Vorsorge(Gesunden) untersuchung	§ 132 b
§ 90 Abs.2 Z.2 - Vorsorge(Gesunden) untersuchung	§ 175 Abs.2 Z.2
§ 146 Abs.1 Z.2 - Vorsorge(Gesunden) untersuchung	§ 438 Abs.1 Z.2
§ 159 a - Datenübermittlung durch die Sozialversicherungsträger an die Krankenanstalten	§ 460 c
§ 159 d - Umrechnung von ausländischen Einkünften	§ 506 d

**Zu Artikel I Ziffer 9 lit.a des Entwurfes**  
**- Anspruchsberechtigung der Angehörigen**  
**(§ 56 Abs.7)**

Diese Bestimmung sollte zur Klarstellung wie folgt gefaßt werden:

**“Die unterhaltsberechtignte geschiedene Ehegattin (der unterhaltsberechtigte geschiedene Ehegatte) gilt für die Dauer des Unterhaltsanspruches als Angehörige (Angehöriger), wenn die Voraussetzungen nach Abs.1 erfüllt sind.”**

**Hiedurch wäre eindeutig festgelegt, daß die Anspruchsberechtigung (bei Vorliegen der übrigen Voraussetzungen) solange gegeben sein soll, als auch die Unterhaltsberechtigung besteht.**

Die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter hat in ihrer Stellungnahme zum Ministerialentwurf zur 20. B-KUVG Novelle darauf hingewiesen, daß sie mit Schreiben vom 7. Juli 1989, Zl. 6666/2-H-1989-VI, dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales direkt Novellierungsvorschläge zum B-KUVG übermittelt hat.

Wir übersenden Ihnen eine Kopie dieser Stellungnahme, in der die Novellierungsvorschläge der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter zusammengefaßt sind.

Der Hauptverband ersucht, die Vorschläge bei der Ausarbeitung der Regierungsvorlage zu berücksichtigen.



**VERSICHERUNGSANSTALT ÖFFENTLICH BEDIENSTETER (BVA)**  
**Hauptgeschäftsstelle, Wien 8, Josefstädter Straße 80**  
 Postleitzahl 1081, Postfach 500, DVR: 0024155, Telefon (0 22 2) 48 05-0 (404 05-0)  
 Parteienverkehr werktags, ausgenommen Samstag, von 8 Uhr bis 13 Uhr (Garageneinfahrt Uhrlplatz 2)

Zl. 7205/1-H-1990-VI

WIEN, am 23. März 1990

Bitte im Antwortschreiben angeben.

Tel. Klappe 2535 Durchwahl

An den  
 Hauptverband der Österr.  
 Sozialversicherungsträger  
 Kundmangasse 21  
1031 Wien

<p><b>Hauptverband der Österr.          Sozialversicherungsträger</b></p> <p>eingel. <u>23. MRZ 1990</u></p> <p>Aktenzeichen <u>12.-</u></p> <p>erledigt _____</p>
--

Betreff: Stellungnahme zu dem Ministerialentwurf  
 zur 20. Novelle zum B-KUVG.

Bezug: Do. Schreiben vom 23. Feber 1990,  
 Zl. 12-42.01/90 Sa/En

Sehr geehrte Damen und Herren!

Zu dem vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales übermittelten Entwurf einer 20. Novelle zum B-KUVG erlaubt sich die gefertigte Anstalt folgende Stellungnahme abzugeben:

Die beabsichtigten Änderungen werden im großen und ganzen begrüßt, hinsichtlich des § 56 Abs.7 wird um Klarstellung in dem Sinne ersucht, daß anstatt des Begriffes "Die dauernd unterhaltsberechtigte geschiedene Ehegattin" der Terminus "Die laufend unterhaltsberechtigte geschiedene Ehegattin (der laufend unterhaltsberechtigte geschiedene Ehegatte)" verwendet wird. Damit soll verdeutlicht werden, daß die Anspruchsberechtigung (bei Vorliegen der übrigen Voraussetzungen) solange gegeben sein soll, als auch die Unterhaltsberechtigung laufend, im Sinne von regelmäßig wiederkehrend, gegeben ist.

Vermißt werden im vorliegenden Novellenentwurf auch einige von der gefertigten Anstalt bereits mit Schreiben vom 7. Juli 1989, Zl. 6666/2-H-1989-VI, dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales gemachten Änderungsvorschläge.

-/-

- 2 -

Insbesondere wurde dem dringenden Anliegen der Anstalt auf Erhöhung des Dienstgeberzuschlages in der "Erweiterten Heilbehandlung" von 0,4 auf 0,5 % der Beitragsgrundlage erneut nicht Rechnung getragen.

Trotz bereits bis zum Äußersten praktizierter restriktiver Maßnahmen im Bereich der "Erweiterten Heilbehandlung" und trotz aller Sparsamkeit erweist sich die Anhebung des Dienstgeberzuschlages (§ 22 Abs.3 B-KUVG) als unumgänglich.

Grundsätzlich ist festzustellen, daß sich die Aufwendungen für die "Erweiterte Heilbehandlung" seit dem Jahre 1979 mehr als verdreifacht haben. So wuchsen die Aufwendungen in den letzten 10 Jahren von 144,4 Millionen Schilling im Jahre 1979 auf 431,1 Millionen Schilling im Beitragsjahr 1988 an, wobei der Beitragszuschlag der Dienstgeber im Berichtsjahr 1988 nur 335,7 Millionen Schilling betrug, sodaß ein Differenzbetrag von 95,4 Millionen Schilling aus der allgemeinen Gebarung getragen werden mußte.

Die Kostensteigerung auf dem EH-Sektor hat allein vom Jahr 1987 auf das Jahr 1988 17,43 % betragen.

Somit steht mit der "Erweiterten Heilbehandlung" ein Kapitel an, das mit ernster Sorge erfüllen sollte, zumal dieser Bereich weiterhin auf Kosten der Pflichtleistungen Dimensionen annimmt, die eine kritische Prüfung der Situation herausfordert. Eine Entwicklung, die sich noch in den nächsten Jahren verstärken wird, wenn man die Folgekosten der an und für sich begrüßenswerten und notwendigen Projekte auf dem Gebiete der "Erweiterten Heilbehandlung" zur besseren medizinischen Versorgung der Anspruchsberechtigten in Erwägung zieht.

-/-

- 3 -

Gemäß § 151 Abs.4 B-KUVG sind Einnahmen aus den Dienstgeberbeiträgen für Zwecke der "Erweiterten Heilbehandlung" nach § 22 Abs.3 B-KUVG (EH-Zuschläge), die die Aufwendungen eines Geschäftsjahres für die "Erweiterte Heilbehandlung" übersteigen, einer gesonderten Rücklage zuzuführen. Diese Rücklage darf nur zur Anschaffung oder Herstellung abnutzbarer Wirtschaftsgüter für die Zwecke der "Erweiterten Heilbehandlung" verwendet werden.

Im Geschäftsjahr 1983 war es letztmalig möglich, die Rücklage für Investitionen mit ca. 25,0 Millionen Schilling zu dotieren.

Diese Rücklage war im Geschäftsjahr 1986 zur Gänze erschöpft, sodaß bis jetzt und auch hinkünftig alle Abgänge bzw. Investitionen des Leistungsbereiches "Erweiterte Heilbehandlung" aus den liquiden Mitteln der allgemeinen Gebarung, d.h. aus Mitteln der Pflichtversicherung (auch Dienstnehmerbeiträge!) zu decken waren und sind.

Maßnahmen zur Eindämmung der Aufwendungen im Bereich der "Erweiterten Heilbehandlung", wie die bereits intensivierete Aufnahme von Begutachtungsuntersuchungen sowie die ab Jänner 1989 vorgenommene Wiedereinführung eines Regiekostenbeitrages, also einer Zuzahlung der Anspruchsberechtigten, die eigene oder fremde Kureinrichtungen frequentieren (pro Tag S 50,-- für ein Einbettzimmer bzw. S 35,-- für ein Mehrbettzimmer), brachten nur eine geringfügige Entschärfung der Lage. Nur kurz erwähnen möchten wir noch, daß durch die Einführung der Rehab-Leistungen ein zusätzlicher Mehraufwand der Anstalt erwachsen ist, der in etwa bereits 15 % der ganzen EH-Leistungen beträgt, weiters daß aufgrund der Tatsache, daß sich die moderne Medizin kostenexplosiv entwickelt, die Situation sich noch weiter verschärfen wird.

-/-

Nicht von ungefähr beträgt deshalb der Beitragssatz bei der Versicherungsanstalt der Österreichischen Eisenbahnen 0,5 %, und so ersucht die gefertigte Anstalt mit allem Nachdruck, dem dringenden Anliegen auf Erhöhung des Dienstgeber-Zuschlages in der "Erweiterten Heilbehandlung" von 0,4 auf 0,5 % der Beitragsgrundlage (in welcher Höhe er sich auch bereits früher befunden hat) zu entsprechen. In diesem Sinne hat auch der Hauptvorstand der BVA in seiner Sitzung vom 20.2.1990 beschlossen, mit allem Nachdruck die Erhöhung des in Rede stehenden Beitragszuschlages auf 0,5 % der Beitragsgrundlage zu betreiben.

Auf die übrigen Änderungswünsche, die wir Ihnen bereits mit dem oben erwähnten Schreiben vom 7. Juli 1989 übermittelt haben, gestatten Sie uns nur kurz hinzuweisen.

Der Übersichtlichkeit wegen führen wir hier nur die Neutextierung des angestrebten Gesetzesentwurfes an und verweisen bezüglich der Begründung auf unser damaliges Schreiben:

1. "§ 89 Z.2: Bei Berufskrankheiten mit Beginn der Krankheit (§ 53 Abs.1 Z.1)."
2. "§ 93 Abs.1 3. Satz (neu): Bei Berufskrankheiten ist, wenn es für den Versicherten günstiger ist, die Bemessungsgrundlage mit Beginn der Minderung der Erwerbsfähigkeit zu bilden (§ 101)."
3. "§ 210 Abs.5 (neu) ASVG: Dem für die Erbringung der Gesamtleistung zuständigen Versicherungsträger steht hinsichtlich des Teiles der Gesamtleistung, der der Minderung der Erwerbsfähigkeit aus früheren Versicherungsfällen entspricht, Anspruch auf Ersatz gegenüber dem Versicherungsträger zu, der zur Entschädigung des vorangegangenen Versicherungsfalles zuständig war.

-/-

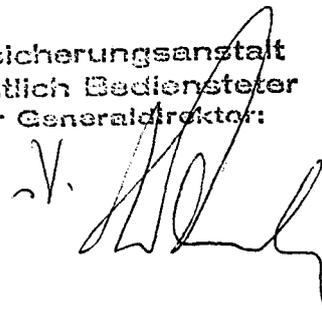
- 5 -

Für die Höhe des Ersatzanspruches gilt § 184 Abs.5 ASVG entsprechend. Der Ersatzanspruch ist bei sonstigem Verlust binnen 6 Jahren von dem Tag an, an dem die Feststellung der Gesamtleistung in Rechtskraft erwachsen ist, geltend zu machen."

4. "§ 132 Abs.6: Bedienstete von Sozialversicherungsträgern und des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger sowie Personen, die aufgrund einer von ihnen ausgeübten Erwerbstätigkeit mit diesen Stellen in regelmäßigen geschäftlichen Beziehungen stehen, ferner Personen, über deren Vermögen der Konkurs oder das Ausgleichsverfahren eröffnet ist, sowie Personen, die sich seit einem innerhalb der zuletzt abgelaufenen Funktionsperiode (§ 137) liegenden Zeitpunkt in Ruhestand befinden bzw. nicht mehr der Gruppe der Dienstnehmer angehören, für die sie bestellt wurden, sind von der Entsendung in das Amt eines Versicherungsvertreters ausgeschlossen."
5. "Die in den §§ 132 (5), 146 (4) und (5) sowie 152 (3) verwendete Bezeichnung: Bundesminister für soziale Verwaltung sowie die Bezeichnung: Bundesministerium für soziale Verwaltung in den §§ 133 (1), (2), 135 (4) und 151 (1) wird auf Bundesminister für Arbeit und Soziales bzw. auf Bundesministerium für Arbeit und Soziales geändert."
6. "§ 135 (1) Z.3 entfällt."

Mit vorzüglicher Hochachtung

Versicherungsanstalt  
öffentlich Bediensteter  
Der Generaldirektor:



Dr. Wibiral

Stellungnahme zur 17. Novelle zum GSVG  
sowie Novellierungsvorschläge zum GSVG

Zu Art. I Z.4 (§ 20 GSVG - Meldungen der  
Leistungs(Zahlungs)empfänger

Im Unterschied zu § 40 ASVG sieht weder § 20 GSVG noch § 18 BSVG den Ausschluß der Waisenpensionsbezieher von der Meldepflicht hinsichtlich der Aufnahme einer Erwerbstätigkeit vor.

Der Ausschluß der Waisenpensionsbezieher von der Meldepflicht hinsichtlich der Aufnahme einer Erwerbstätigkeit (§ 40 Z.2 ASVG) erscheint nicht gerechtfertigt, da auch bei solchen Leistungsbeziehern die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit Auswirkungen auf das Leistungsrecht der Pensionsversicherung hat, z.B. Wegfall der Kindeseigenschaft, Minderung bzw. Wegfall der Ausgleichszulage.

Im Interesse eines entsprechenden Gleichklanges zwischen ASVG und den Selbständigen-Pensionsversicherungen wird die Aufnahme einer einheitlichen Regelung in allen drei Gesetzen vorgeschlagen.

Im übrigen wird verwiesen auf die Stellungnahme des Hauptverbandes zu Art. I Z.12 ASVG (§ 40 ASVG).

Zu Art. I Z.8 (§ 34 Abs.3 GSVG - Bundesbeiträge)

In § 34 Abs.3 GSVG ist vorgesehen, daß der Bund in der Pensionsversicherung einen Beitrag leistet, der aus verschiedenen Komponenten zusammengesetzt ist (§ 34 Abs.1 bis 3 GSVG). Bezugnehmend auf diesen Aufbau müßte es im Einleitungssatz des § 34 Abs.3 GSVG richtig heißen:

"... über den Beitrag gemäß Abs.1 und 2 hinaus ..."

Geltendes Recht

Änderungsvorschlag

§ 40 Abs.3 GSVG lautet:

Sind fällige Beiträge durch eine grundbücherliche Eintragung gesichert, so kann innerhalb von 30 Jahren nach erfolgter Eintragung gegen die Geltendmachung des dadurch erworbenen Pfandrechtes die seither eingetretene Verjährung des Rechtes auf Einforderung der Beiträge nicht geltend gemacht werden.

§ 40 Abs.3 GSVG hat zu lauten:

Liegt für fällige Beiträge ein Rückstandsausweis (§ 37 Abs.2) vor, und wurde dieser dem Beitrags-schuldner zugestellt, so kann innerhalb von 30 Jahren nach Zustellung des Rückstandsausweises die seither eingetretene Verjährung des Rechtes auf Einforderung der Beiträge nicht geltend gemacht werden.

Begründung:

Verwiesen wird auf die Begründung des Novellierungsvorschlages zu § 68 Abs.3 ASVG.

Zu Art. I Z.14 GSVG (§ 70 GSVG - Verfall von Leistungsansprüchen infolge Zeitablaufes)

Die Neufassung des § 70 Abs.1 GSVG bezieht sich auf Geldleistungen gemäß § 85 Abs.2 lit.a GSVG, jene des § 70 Abs.2 GSVG hingegen auf Geldleistungen gemäß § 85 Abs.2 lit.b und lit.e GSVG. Das GSVG verwendet allerdings in diesem Zusammenhang den Ausdruck "Kostenersätze". Es sollte daher die neue Textierung des § 70 GSVG um das Wort "Kostenersatz" zumindest als Klammerausdruck ergänzt werden.

Im Abs.1 und 2 des § 70 GSVG müßte daher die Wortfolge **"Anspruch auf Kostenerstattung oder auf einen Kostenzuschuß"** durch **"Anspruch auf Kostenerstattung (Kostenersatz) oder auf einen Kostenzuschuß"** ersetzt werden.

Geltendes Recht

Änderungsvorschlag

§ 76 Abs.1 GSVG lautet:

(1) Der Versicherungsträger hat zu Unrecht erbrachte Geldleistungen sowie den Aufwand für zu Unrecht erbrachte Sachleistungen zurückzufordern, wenn der Leistungsempfänger bzw. Zahlungsempfänger (§ 75) den Bezug (die Erbringung) durch bewußt unwahre Angaben, bewußte Verschweigung maßgebender Tatsachen oder Verletzung der Meldevorschriften und der Auskunftspflicht (§§ 18 bis 20 und 22) herbeigeführt hat oder wenn der Leistungsempfänger bzw. Zahlungsempfänger (§ 75) erkennen mußte, daß die Leistung nicht oder nicht in dieser Höhe gebührte.

§ 76 Abs.1 GSVG hat zu lauten:

(1) Der Versicherungsträger hat zu Unrecht erbrachte Geldleistungen sowie den Aufwand für zu Unrecht erbrachte Sachleistungen zurückzufordern, wenn der Leistungsempfänger bzw. Zahlungsempfänger (§ 75) den Bezug (die Erbringung) durch bewußt unwahre Angaben, bewußte Verschweigung maßgebender Tatsachen oder Verletzung der Meldevorschriften und der Auskunftspflicht (§§ 18 bis 20 und 22) herbeigeführt hat oder wenn der Leistungsempfänger bzw. Zahlungsempfänger (§ 75) erkennen mußte, daß die Leistung nicht oder nicht in dieser Höhe gebührte. Geldleistungen sind ferner zurückzufordern, wenn und soweit sich wegen eines nachträglich festgestellten Anspruches auf Weiterleistung der Geld- und Sachbezüge herausstellt, daß sie zu Unrecht erbracht wurden.

Begründung:

Die Ergänzung des § 76 Abs.1 GSVG um die im § 107 Abs.1 letzter Satz ASVG entsprechende Bestimmung sollte auch für den Bereich des GSVG vorgesehen werden, da der Oberste Gerichtshof in seiner Entscheidung vom 22. März 1988, 10 Ob S 51/88, zum Ausdruck gebracht hat, daß die vorangeführte Bestimmung des ASVG insbesondere auch im Zusammenhang mit der nachträglichen Feststellung eines Pensionsruhens gemäß § 90 ASVG bei nachträglicher Feststellung eines Krankengeldanspruches von Bedeutung erscheint und gleichartige Sachverhalte sich auch bei Anwendung des § 61a GSVG ergeben können.

17. Novelle zum GSVG  
Entwurf: 19. März 1990

Geltendes Recht

Änderungsvorschlag

§ 79 Abs.2 GSVG (NEU) hat zu lauten:

(2) In der Krankenordnung (§ 226) kann, um unnötige, unökonomische und unzweckmäßige Leistungen für Rechnung des Versicherungsträgers hintanzuhalten, bestimmt werden, welche Sachleistungen der Krankenversicherung (Erstattung von Kosten anstelle von Sachleistungen) an das Erfordernis der vorherigen bzw. nachträglichen Bewilligung durch den Versicherungsträger, gegebenenfalls der vorherigen bzw. nachträglichen cheff- (kontroll)ärztlichen Bewilligung gebunden sind. Es kann auch ausdrücklich bestimmt werden, bei welchen Leistungen das Erfordernis der vorherigen Bewilligung entfällt.

Die bisherigen Absätze (2) und (3) erhalten die Bezeichnung (3) und (4).

Begründung:

Verwiesen wird auf die Begründung des Novellierungsvorschlages zu § 117 Abs.2 ASVG.

Zu Art. I Z.20 GSVG (§ 122a GSVG)

Verwiesen wird auf die Stellungnahme des Hauptverbandes zu Art. IV Z.3 ASVG (§ 238a ASVG).

Folgende Zitierungsänderungen müssten im GSVG berücksichtigt werden:

- § 126 GSVG (Bemessungsgrundlage bei Nichterfüllung der Wartezeit) müsste um § 122a ergänzt werden;
- § 123 GSVG (Bemessungsgrundlage bei Vollendung des 50. Lebensjahres) müsste ergänzt werden  
"... anstelle ... § 122 oder § 122a";
- § 127 GSVG (Ermittlung der Bemessungsgrundlage aus den Beitragsgrundlagen) müsste ebenfalls um § 122a ergänzt werden.

Geltendes Recht

Änderungsvorschlag

§ 129 Abs.4 lit.b GSVG lautet:

- b) sind Versicherungsmonate, die sich zeitlich decken, nur einfach zu zählen, wobei ein Beitragsmonat der Pflichtversicherung und ein Beitragsmonat gemäß § 115 Abs.1 Z.2 einem Ersatzmonat oder einem Beitragsmonat der freiwilligen Versicherung und ein Ersatzmonat einem Beitragsmonat der freiwilligen Versicherung vorangeht; bei Versicherungsmonaten gleicher Art gilt nachstehende Reihenfolge: Pensionsversicherung nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz, Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz, Pensionsversicherung nach dem Bauern-Sozialversicherungsgesetz.

§ 129 Abs.4 lit.b GSVG hat zu lauten:

- b) sind Versicherungsmonate, die sich zeitlich decken, nur einfach zu zählen, wobei ein Beitragsmonat der Pflichtversicherung und ein Beitragsmonat gemäß § 115 Abs.1 Z.2 einem Ersatzmonat oder einem Beitragsmonat der freiwilligen Versicherung und ein leistungswirksamer Ersatzmonat einem Beitragsmonat der freiwilligen Versicherung oder einem leistungsunwirksamen Ersatzmonat und ein Beitragsmonat der freiwilligen Versicherung einem leistungsunwirksamen Ersatzmonat vorangeht; bei Versicherungsmonaten gleicher Art gilt nachstehende Reihenfolge: Pensionsversicherung nach dem Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz, Pensionsversicherung nach dem Bauern-Sozialversicherungsgesetz.

Begründung:

Verwiesen wird auf die Begründung zu § 231 ASVG.

**Geltendes Recht**

**Änderungsvorschlag**

**§ 142 GSVG lautet:**

**Anrechnung von Beiträgen zur freiwilligen  
Versicherung für die Höherversicherung**

§ 142. Beiträge zur freiwilligen Versicherung in der Pensionsversicherung, die für Monate entrichtet wurden, die zum Stichtag auch Beitragsmonate der Pflichtversicherung nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz, Beitragsmonate gemäß § 115 Abs.1 Z.2 oder Ersatzmonate nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz sind, gelten als Beiträge zur Höherversicherung.

**Begründung:**

Es wird verwiesen auf die Begründung zu § 248a ASVG.

**§ 142 GSVG hat zu lauten:**

**Anrechnung von Beiträgen zur freiwilligen  
Versicherung für die Höherversicherung**

§ 142. Beiträge zur freiwilligen Versicherung in der Pensionsversicherung, die für Monate entrichtet wurden, die zum Stichtag auch Beitragsmonate der Pflichtversicherung nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz, Beitragsmonate gemäß § 115 Abs.1 Z.2 oder leistungswirksame Ersatzmonate nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz sind, gelten als Beiträge zur Höherversicherung.

Zu Art. I Z.28 GSVG (§ 231a - Datenübermittlung durch  
die Sozialversicherungsträger an die Krankenanstalten)

Verwiesen wird auf die Stellungnahme des Hauptverbandes  
zu Art. IV Z.14 (§ 460c ASVG).

Zu Art. I Z.29 GSVG (§ 231b):

Verwiesen wird auf die Stellungnahme des Hauptverbandes  
zu Art. V Z.16 ASVG (§ 506d).

Zu Art. II Abs.1 GSVG (Übergangsbestimmung zu  
Art. I Z.17 - Anspruchsberechtigung für Angehörige)

In der Übergangsbestimmung zu § 83 GSVG ist für die Angehörigeneigenschaft als Stichtag der 31. Dezember 1987 vorgesehen. Dieses Stichtagsdatum beruht offensichtlich auf einem redaktionellen Versehen, richtig müßte es zweimal heißen: 30. Juni 1990

Zu Art. II Abs.3 und 4 GSVG (§ 17 Abs.5 lit.a GSPVG  
oder § 25 Abs.5 Z.1 GSVG)

Die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft vertritt die Ansicht, daß die Bestimmung des Art. II Abs.3 inhaltlich das Dauerrecht betrifft und daher in § 25a GSVG als neuer Absatz 5 übertragen werden müßte. Hiebei wäre es auch erforderlich, im Text der künftigen Dauerrechtsregelung den Ausdruck "bzw. maßgebend gewesen" zu eliminieren. Die dauerrechtliche Bestimmung des § 25a Abs.5 hätte daher zu lauten:

"Sind Beitragsgrundlagen gemäß § 17 Abs.5 lit.a des Gewerblichen Selbständigen-Pensionsversicherungsgesetzes oder § 25 Abs.5 Z.1 des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes in der bis 31. Dezember 1986 in Geltung gestandenen Fassung für die Bemessung der Pension maßgebend, so ist auf Antrag des Versicherten jene Beitragsgrundlage heranzuziehen, die sich aus der Anwendung des § 25a Abs.3 und 4 GSVG ergeben hätte."

Der Abs.5 des § 25a würde daher die Bezeichnung Abs.6 erhalten und folgende Zitierungskorrektur wäre vorzunehmen:

"Die nach den Abs.1 bis 5 ermittelte Beitragsgrundlage "

Der jetzige Art. II Abs.4 des Ministerialentwurfes würde dann Art. II Abs.3 werden.

Der derzeitige Gesetzesentwurf sieht eine beitragsfreie Erhöhung der Beitragsgrundlagen und damit der Bemessungsgrundlagen vor.

Es ist aber beabsichtigt, daß der in Frage kommende Personenkreis, wenn er eine Erhöhung der Beitragsgrundlagen entsprechend den tatsächlich nachgewiesenen Einkünften (bis zur nach den damaligen Vorschriften geltenden Höchstbeitragsgrundlage) beantragt, dafür Beiträge nachentrichten soll.

Für die dauerrechtliche Bestimmung könnte  
- in § 35 Abs.3 und 4 GSVG (Fälligkeit und Einzahlung der Beiträge) eine entsprechende Zitierungsergänzung des neuen Absatzes 5 zu § 25a aufgenommen werden und

- 2 -

- § 115 Abs.1 GSVG (Wirksame Beitragsentrichtung) wäre damit auch geklärt.

Für bescheidmäßig zuerkannte Leistungsansprüche ist eine entsprechende Regelung in die Übergangsbestimmungen aufzunehmen. Art. II Abs.4 und 5 haben zu lauten:

"(4) Die sich aufgrund der Neufeststellung der Beitragsgrundlage ergebenden Beiträge gelten als wirksam entrichtet, wenn sie innerhalb von drei Monaten ab Bewilligung des Antrages bezahlt werden.

(5) Die zu entrichtenden Beiträge sind mit dem jeweiligen Faktor (§ 47 GSVG) aufzuwerten, der im Kalenderjahr der Antragstellung für das Kalenderjahr festgesetzt ist, für das die Beiträge gelten."

Zu Art. III Abs.2 GSVG

Verwiesen wird auf die Stellungnahme des Hauptverbandes  
zu Art. VII Abs.3 ASVG.

Zu Art. III Abs.4 GSVG

Es sollte klargestellt werden, daß die außerordentliche Sonderzahlung bei der Berechnung des Jahresausgleiches gemäß § 296 Abs.6 ASVG außer Betracht zu bleiben hat.

Übergangsbestimmung zu § 4 Abs.4 und 5 GSVG (NEU)

"Personen, die in der Krankenversicherung gemäß § 4 Abs.4 GSVG pflichtversichert sind und am 31. Dezember 1989 die Beiträge zu dieser Krankenversicherung aufgrund einer Beitragsgrundlage gemäß § 25 Abs.7 oder Abs.8 des GSVG zu entrichten hatten, können bis 31. Dezember 1990 bei der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft den Höherreihungsantrag widerrufen."

Begründung:

Bekanntlich wurde mit 1. Jänner 1990 die Sachleistungsgrenze in der Krankenversicherung von S 150.000,-- auf S 280.000,-- erhöht. Dies kann in jenen Fällen, in denen im Zusammenhang mit der seinerzeitigen Begründung einer Krankenversicherungs-Mehrfachversicherung gemäß § 4 Abs.4 GSVG von der Möglichkeit einer Höherreihung in der Krankenversicherung gemäß § 25 Abs.7 bzw. Abs.8 GSVG Gebrauch gemacht wurde, insofern als besondere Härte empfunden werden, als in solchen Fällen jetzt eine nicht unerhebliche Steigerung des Krankenversicherungs-Höherreihungsbeitrages entrichtet werden müßte, um auch künftig die Vorteile der Geldleistungsanspruchsberechtigung im Rahmen der erwähnten Mehrfachversicherung zu sichern.

Zur Vermeidung von Härtefällen sollten den betroffenen Versicherten in Form einer Übergangsbestimmung die Möglichkeit gegeben werden, diese "freiwillige Pflichtversicherung" gemäß § 4 Abs.4 GSVG zu beenden.

Stellungnahme zur 15. Novelle zum BSVG  
sowie Novellierungsvorschläge zum BSVG

Zu Art. I Z.2 (§ 18 BSVG - Meldungen der  
Leistungs(Zahlungs)empfänger

Im Unterschied zu § 40 ASVG sieht weder § 20 GSVG noch § 18 BSVG den Ausschluß der Waisenpensionsbezieher von der Meldepflicht hinsichtlich der Aufnahme einer Erwerbstätigkeit vor.

Der Ausschluß der Waisenpensionsbezieher von der Meldepflicht hinsichtlich der Aufnahme einer Erwerbstätigkeit (§ 40 Z.2 ASVG) erscheint nicht gerechtfertigt, da auch bei solchen Leistungsbeziehern die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit Auswirkungen auf das Leistungsrecht der Pensionsversicherung hat, z.B. Wegfall der Kindeseigenschaft, Minderung bzw. Wegfall der Ausgleichszulage.

Im Interesse eines entsprechenden Gleichklanges zwischen ASVG und den Selbständigen-Pensionsversicherungen wird die Aufnahme einer einheitlichen Regelung in allen drei Gesetzen vorgeschlagen.

Im übrigen wird verwiesen auf die Stellungnahme des Hauptverbandes zu Art. I Z.12 ASVG (§ 40 ASVG).

Zu Art. I Z.3 (§ 23 Abs.4 BSVG - Beitragsgrundlage)

Die mit 1. Jänner 1990 in Aussicht genommene Angleichung bei Bildung der Beitragsgrundlage, wenn kein Versicherungswert gemäß § 23 Abs.2 BSVG gebildet werden kann, an das GSVG in der Fassung der 16. Novelle zum GSVG, führt in der Praxis zu Schwierigkeiten.

Der Novellierungsvorschlag sieht - wie bisher - vor, falls Zeiten der Pflichtversicherung in der Krankenversicherung und in der Pensionsversicherung voneinander abweichen, daß die Zeiten der Pensionsversicherung maßgebend sind. Völlig außer Betracht wird hierbei der Umstand gelassen, daß in der Unfallversicherung nach dem BSVG die wenigsten Ausnahmen bestehen. Es erhebt sich nun die Frage, wie vorzugehen ist, wenn während eines ganzen Kalenderjahres zwar Pflichtversicherung in der Unfallversicherung, nicht aber in der Krankenversicherung bzw. Pensionsversicherung besteht. Durch wieviele Kalendermonate ist zu teilen, um die monatliche Beitragsgrundlage zu ermitteln?

Wahlweise wäre daher § 23 Abs.4 BSVG um die Unfallversicherung zu ergänzen oder anstelle der bisherigen Regelung auf die Kalendermonate der Erwerbstätigkeit abzustellen.

Weiters wird ersucht, einen bereits seit längerem bestehenden Zitierungsfehler in § 23 Abs.4 letzter Satz zu korrigieren. Richtig müßte es heißen:

"... Die Beitragsgrundlage darf jedoch den kleinsten sich gemäß Abs.10 (nicht wie jetzt Abs.2) ergebenden Versicherungswert nicht unterschreiten."

Zu Art. II Abs.5 - Übergangsbestimmung zur Neuregelung  
des § 23 Abs.4 BSVG (Beitragsgrundlage)

Im vorletzten Satz ist der Ausdruck "1989" ersatzlos  
zu streichen.

Zu Art. I Z.5 (§ 31 Abs.5 BSVG - Bundesbeiträge)

In § 31 BSVG ist vorgesehen, daß der Bund in der Pensionsversicherung einen Beitrag leistet, der aus verschiedenen Komponenten zusammengesetzt ist (§ 31 Abs.2, 3 und 5 BSVG). Bezugnehmend auf diesen Aufbau müßte es im Einleitungssatz des § 31 Abs.5 richtig heißen:

"... über den Beitrag gemäß Abs.2 und 3 hinaus ..."

Geltendes Recht

Änderungsvorschlag

§ 39 Abs.4 BSVG lautet:

Sind fällige Beiträge durch eine grundbücherliche Eintragung gesichert, so kann innerhalb von 30 Jahren nach erfolgter Eintragung gegen die Geltendmachung des dadurch erworbenen Pfandrechtes die seither eingetretene Verjährung des Rechtes auf Einforderung der Beiträge nicht geltend gemacht werden.

§ 39 Abs.4 BSVG hat zu lauten:

Liegt für fällige Beiträge ein Rückstandsausweis (§ 36 Abs.2) vor, und wurde dieser dem Beitrags-schuldner zugestellt, so kann innerhalb von 30 Jahren nach Zustellung des Rückstandsausweises die seither eingetretene Verjährung des Rechtes auf Einforderung der Beiträge nicht geltend gemacht werden.

Begründung:

Verwiesen wird auf die Begründung des Novellierungsvorschlages zu § 68 Abs.3 ASVG.

Geltendes Recht

Änderungsvorschlag

§ 72 Abs.1 BSVG lautet:

(1) Der Versicherungsträger hat zu Unrecht erbrachte Geldleistungen sowie den Aufwand für zu Unrecht gewährte Heilbehelfe und Anstaltspflege zurückzufordern, wenn der Leistungsempfänger bzw. Zahlungsempfänger (§ 71) den Bezug durch bewußt unwahre Angaben, bewußte Verschweigung maßgebender Tatsachen oder Verletzung der Meldevorschriften und der Auskunftspflicht (§§ 16 bis 18 und 20) herbeigeführt hat oder wenn der Leistungsempfänger bzw. Zahlungsempfänger (§ 71) erkennen mußte, daß die Leistung nicht oder nicht in dieser Höhe gebührte.

§ 72 Abs.1 BSVG hat zu lauten:

(1) Der Versicherungsträger hat zu Unrecht erbrachte Geldleistungen sowie den Aufwand für zu Unrecht gewährte Heilbehelfe und Anstaltspflege zurückzufordern, wenn der Leistungsempfänger bzw. Zahlungsempfänger (§ 71) den Bezug durch bewußt unwahre Angaben, bewußte Verschweigung maßgebender Tatsachen oder Verletzung der Meldevorschriften und der Auskunftspflicht (§§ 16 bis 18 und 20) herbeigeführt hat oder wenn der Leistungsempfänger bzw. Zahlungsempfänger (§ 71) erkennen mußte, daß die Leistung nicht oder nicht in dieser Höhe gebührte. Geldleistungen sind ferner zurückzufordern, wenn und soweit sich wegen eines nachträglich festgestellten Anspruches auf Weiterleistung der Geld- und Sachbezüge herausstellt, daß sie zu Unrecht erbracht wurden.

Begründung:

Die Ergänzung des § 72 Abs.1 BSVG um die im § 107 Abs.1 letzter Satz ASVG entsprechende Bestimmung sollte auch für den Bereich des BSVG vorgesehen werden, da der Oberste Gerichtshof in seiner Entscheidung vom 22. März 1988, 10 Ob S 51/88, zum Ausdruck gebracht hat, daß die vorangeführte Bestimmung des ASVG, insbesondere auch im Zusammenhang mit der nachträglichen Feststellung eines Pensionsruhens gemäß § 90 ASVG bei nachträglicher Feststellung eines Krankengeldanspruches von Bedeutung erscheint und gleichartige Sachverhalte sich auch bei Anwendung des § 57a BSVG ergeben können.

§ 75 Abs.2 BSVG (NEU) hat zu lauten:

(2) In der Krankenordnung (§ 214) kann, um unnötige, unökonomische und unzweckmäßige Leistungen für Rechnung des Versicherungsträgers hintanzuhalten, bestimmt werden, welche Sachleistungen der Krankenversicherung (Erstattung von Kosten anstelle von Sachleistungen) an das Erfordernis der vorherigen bzw. nachträglichen Bewilligung durch den Versicherungsträger, gegebenenfalls der vorherigen bzw. nachträglichen chef-(kontroll)ärztlichen Bewilligung gebunden sind. Es kann auch ausdrücklich bestimmt werden, bei welchen Leistungen das Erfordernis der vorherigen Bewilligung entfällt.

Begründung:

Verwiesen wird auf die Begründung des Novellierungsvorschlages zu § 117 Abs.2 ASVG.

Geltendes Recht

Änderungsvorschlag

§ 95 Abs.4 BSVG lautet:

(4) Die Kostenerstattung und die Kostenzuschüsse müssen für die entsprechenden Leistungen in den eigenen Einrichtungen, den Vertrags-einrichtungen und bei den Vertragsärzten und Vertragsdentisten gleich hoch sein. In der Satzung und im Vertrag nicht vorgesehene Leistungen dürfen in den Zahnambulatorien nicht erbracht werden; in den Zahnambulatorien dürfen aber jedenfalls jene Leistungen erbracht werden, die auf Grund der Bestimmungen des § 153 Abs.3 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes in den Zahnambulatorien der nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz eingerichteten Krankenversicherungsträger erbracht werden.

§ 95 Abs.4 BSVG hat zu lauten:

(4) Die Kostenerstattung und die Kostenzuschüsse müssen für die entsprechenden Leistungen in den eigenen Einrichtungen, den Vertragseinrichtungen und bei den Vertragsärzten und Vertragsdentisten gleich hoch sein.

Begründung:

§ 95 Abs.4 BSVG sollte der für die 49. Novelle zum ASVG vorgeschlagenen Neufassung des § 153 Abs.3 ASVG angeglichen werden.

Zu Art. I Z.17 BSVG (§ 113a BSVG)

Verwiesen wird auf die Stellungnahme des Hauptverbandes zu Art. IV Z.3 ASVG (§ 238a ASVG).

Folgende Zitierungsänderungen müßten im BSVG bei Einführung dieser "neuen Bemessungsgrundlage" berücksichtigt werden:

- § 117 BSVG (Bemessungsgrundlage bei Nichterfüllung der Wartezeit) müßte um § 113a ergänzt werden;
- § 114 BSVG (Bemessungsgrundlage bei Vollendung des 50. Lebensjahres) müßte ergänzt werden  
"... anstelle ... § 113 oder 113a";
- § 118 BSVG (Ermittlung der Bemessungsgrundlage aus den Beitragsgrundlagen) müßte ebenfalls um § 113a ergänzt werden.

§ 120 Abs.4 lit.b BSVG lautet:

b) sind Versicherungsmonate, die sich zeitlich decken, nur einfach zu zählen, wobei ein Beitragsmonat der Pflichtversicherung und ein Beitragsmonat gemäß § 115 Abs.1 Z.2 des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes einem Ersatzmonat oder einem Beitragsmonat der freiwilligen Versicherung und ein Ersatzmonat einem Beitragsmonat der freiwilligen Versicherung vorangeht; bei Versicherungsmonaten gleicher Art gilt nachstehende Reihenfolge: Pensionsversicherung nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz, Pensionsversicherung nach dem Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz, Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz.

Begründung:

Verwiesen wird auf die Begründung zu § 231 ASVG.

§ 120 Abs.4 lit.b BSVG hat zu lauten:

b) sind Versicherungsmonate, die sich zeitlich decken, nur einfach zu zählen, wobei ein Beitragsmonat der Pflichtversicherung und ein Beitragsmonat gemäß § 115 Abs.1 Z.2 des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes einem Ersatzmonat oder einem Beitragsmonat der freiwilligen Versicherung und ein leistungswirksamer Ersatzmonat einem Beitragsmonat der freiwilligen Versicherung oder einem leistungsunwirksamen Ersatzmonat und ein Beitragsmonat der freiwilligen Versicherung einem leistungsunwirksamen Ersatzmonat vorangeht; bei Versicherungsmonaten gleicher Art gilt nachstehende Reihenfolge: Pensionsversicherung nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz, Pensionsversicherung nach dem Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz, Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz.

**Geltendes Recht**

**Änderungsvorschlag**

**§ 133 BSVG lautet:**

**Anrechnung von Beiträgen zur freiwilligen  
Versicherung für die Höherversicherung**

**§ 133. Beiträge zur freiwilligen Versicherung  
in der Pensionsversicherung, die für Monate  
entrichtet wurden, die zum Stichtag auch Bei-  
tragsmonate der Pflichtversicherung nach diesem  
oder einem anderen Bundesgesetz, Beitragsmonate  
gemäß § 115 Abs.1 Z.2 des Gewerblichen Sozial-  
versicherungsgesetzes oder Ersatzmonate nach  
diesem oder einem anderen Bundesgesetz sind,  
gelten als Beiträge zur Höherversicherung.**

**Begründung:**

**Es wird verwiesen auf die Begründung zu § 248a ASVG.**

**§ 133 BSVG hat zu lauten:**

**Anrechnung von Beiträgen zur freiwilligen  
Versicherung für die Höherversicherung**

**§ 133. Beiträge zur freiwilligen Versicherung  
in der Pensionsversicherung, die für Monate  
entrichtet wurden, die zum Stichtag auch Bei-  
tragsmonate der Pflichtversicherung nach diesem  
oder einem anderen Bundesgesetz, Beitragsmonate  
gemäß § 115 Abs.1 Z.2 des Gewerblichen Sozialver-  
sicherungsgesetzes oder leistungswirksame Ersatz-  
monate nach diesem oder einem anderen Bundesge-  
setz sind, gelten als Beiträge zur Höhver-  
sicherung.**

Zu Art. I Z.24 BSVG (§ 219a - Datenübermittlung durch  
die Sozialversicherungsträger an die Krankenanstalten)

Verwiesen wird auf die Stellungnahme des Hauptverbandes  
zu Art. IV Z.14 (§ 460c ASVG).

Zu Art. I Z.25 BSVG (§ 219b):

Verwiesen wird auf die Stellungnahme des Hauptverbandes  
zu Art. V Z.16 ASVG (§ 506d).

Zu Art. II Abs.1 BSVG (Übergangsbestimmung zu  
Art. I Z.14 - Anspruchsberechtigung für Angehörige)

In der Übergangsbestimmung zu § 78 BSVG ist für die Angehörigeneigenschaft als Stichtag der 31. Dezember 1987 vorgesehen. Dieses Stichtagsdatum beruht offensichtlich auf einem redaktionellen Versehen; richtig müßte es zweimal heißen:  
30. Juni 1990

Zu Art. II Abs.3 und 4 BSVG (§ 17 Abs.5 lit.a GSPVG  
oder § 25 Abs.5 Z.1 GSVG)

Verwiesen wird auf die Stellungnahme des Hauptverbandes  
zu Art. VI Abs.6 und 7 ASVG.

Zu Art. III Abs.2 BSVG

Verwiesen wird auf die Stellungnahme des Hauptverbandes  
zu Art. VII Abs.3 ASVG.

Zu Art. III Abs.4 BSVG

Es sollte klargestellt werden, daß die außerordentliche Sonderzahlung bei der Berechnung des Jahresausgleiches gemäß § 296 Abs.6 ASVG außer Betracht zu bleiben hat.