

## Entwurf

**Bundesgesetz, mit dem das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz geändert wird (58. Novelle zum ASVG)**

Der Nationalrat hat beschlossen:

Das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 189/1955, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 101/2000 in der Fassung der Kundmachung BGBl. I Nr. 102/2000, wird wie folgt geändert:

1. *Im § 5 Abs. 1 Z 8 entfällt der Ausdruck* „, sowie Rechtsanwaltsanwärter“.
2. *§ 5 Abs. 1 Z 13 lautet:*  
„13. Erntehelfer nach § 18 Abs. 3 Z 2 des Fremdenengesetzes 1997, BGBl. I Nr. 75;“
3. *§ 5 Abs. 1 Z 14 und 15 lauten:*  
„14. Rechtsanwälte und Rechtsanwaltsanwärter hinsichtlich einer Beschäftigung, die die Teilnahme an der Versorgungseinrichtung einer Rechtsanwaltskammer begründet;  
15. Ziviltechniker und Berufsanwärter im Sinne des Ziviltechnikerkammergesetzes 1993, BGBl. Nr. 157/1994, hinsichtlich einer Beschäftigung, die die Teilnahme an der Wohlfahrtseinrichtung der Bundeskammer der Architekten und Ingenieurkonsulenten begründet.“
4. *§ 7 Z 1 lit. e lautet:*  
„e) die angestellten Rechtsanwälte und die Rechtsanwaltsanwärter;“
5. *Im § 7 Z 1 lit. f wird der Ausdruck* „gemäß § 18 Abs. 3 Z 2 Fremdenengesetz.“ *durch den Ausdruck* „nach § 18 Abs. 3 Z 2 des Fremdenengesetzes 1997;“ *ersetzt.*
6. *Im § 7 Z 1 wird nach der lit. f folgende lit. g eingefügt:*  
„g) die angestellten Geschäftsführer von Ziviltechnikergesellschaften und die Berufsanwärter im Sinne des Ziviltechnikerkammergesetzes 1993.“
7. *§ 8 Abs. 4 lautet:*  
„(4) Abs. 1 Z 3 lit. c ist nicht auf Personen anzuwenden, die als Volontäre an einem Programm der Europäischen Gemeinschaften zur Förderung der Mobilität junger Menschen teilnehmen.“
8. *Im § 16 Abs. 6 Z 3 wird der Ausdruck* „§ 19 des Allgemeinen Hochschul-Studiengesetzes“ *durch den Ausdruck* „§ 6 des Universitäts-Studiengesetzes“ *ersetzt.*
9. *§ 26 Abs. 1 Z 3 lit. c lautet:*  
„c) für die Bezieher einer Pension aus der Pensionsversicherung der Angestellten, wenn die Betriebskrankenkasse für die Krankenversicherung in der letzten Beschäftigung vor dem Entstehen des Pensionsanspruches zuständig war oder wäre;“
10. *Die bisherige lit. c des § 26 Abs. 1 Z 3 erhält die Bezeichnung* „d“.
11. *Im § 31 Abs. 8 erster Satz wird der Ausdruck* „in der Fachzeitschrift „Soziale Sicherheit““ *durch den Ausdruck* „im Internet“ *ersetzt.*
12. *§ 31 Abs. 9 lautet:*  
„(9) Die nach Abs. 8 und nach den §§ 455 Abs. 1 und 456a Abs. 3 im Internet zu verlautbarenden Texte von Rechtsvorschriften und deren Änderungen müssen  
1. jederzeit ohne Identitätsnachweis und sondergebührenfrei zugänglich sein;  
2. ab 1. Jänner 2002 in ihrer verlaublichen Form vollständig und auf Dauer ermittelt werden können.  
Die aus der Verlautbarung im Internet zusätzlich entstehenden Kosten sind von jenen Stellen zu tragen, die diese Verlautbarung vorzunehmen haben.“
13. *Nach § 31 Abs. 9 wird folgender Abs. 9a eingefügt:*  
„(9a) Soweit der Verlautbarung nach Abs. 9 ihrem Inhalt nach rechtsverbindliche Kraft zukommt, beginnt diese, wenn nicht ausdrücklich anderes bestimmt ist, nach Ablauf des fünften Kalendertages ab dem Zeitpunkt der Freigabe der Verlautbarung zur Abfrage. Tag und Uhrzeit der Freigabe sind bei jeder Verlautbarung anzugeben. Schreibfehler in Verlautbarungen im Internet, ferner Verstöße gegen die innere Einrichtung der Verlautbarung (Nummerierungen, technische Verweisungen, Angabe des Freigabetages

usw.), werden durch Kundmachung des Hauptverbandes berichtigt. Die technische Einrichtung der Verlautbarung im Internet gehört zu den Aufgaben des Hauptverbandes nach Abs. 4 Z 6.“

*14. § 32c dritt- und vorletzter Satz werden durch folgende Sätze ersetzt:*

„Die bestellten Personen sind für die Dauer der Ausübung ihres Amtes unter Fortzahlung ihrer Bezüge vom Dienst im erforderlichen Ausmaß freizustellen. Die Versicherungsträger (der Hauptverband) sind verpflichtet, dem Management das zur Erfüllung seiner Aufgaben notwendige Personal sowie die erforderlichen Räumlichkeiten und Mittel vorrangig zur Verfügung zu stellen. Dieses Personal ist in gleicher Weise wie das Management vom Dienst freizustellen. Dienort ist der Sitz jenes Versicherungsträgers, dem die jeweils in das Management bestellte Person angehört. Das Management ist hinsichtlich seines aufgabenbezogenen Verhaltens der Controllinggruppe unmittelbar verantwortlich; die Controllinggruppe entscheidet auch über die Erforderlichkeit des zur Verfügung zu stellenden Personals und der zur Verfügung zu stellenden Räumlichkeiten und Mittel. Der Hauptverband hat den Versicherungsträgern die Kosten des zur Verfügung gestellten Personals und der zur Verfügung gestellten Räumlichkeiten und Mittel zu ersetzen.“

*15. Im § 59 Abs. 1 wird nach dem ersten Satz folgender Satz eingefügt:*

„Erfolgt die Einzahlung zwar verspätet, aber noch innerhalb von drei Tagen nach Ablauf der 15-Tage-Frist, so bleibt diese Verspätung ohne Rechtsfolgen.“

*16. Der bisherige Text des § 81 erhält die Bezeichnung „(1)“; folgender Abs. 2 wird angefügt:*

„(2) Zulässig ist auch die Errichtung (Gründung) von oder die Beteiligung an Stiftungen, Vereinen, Fonds und Gesellschaften mit beschränkter Haftung im Rahmen von Finanzierungs- und Betreibermodellen, wenn sie der Verbesserung der Servicequalität oder der Erzielung von Einsparungen dient. Unter den gleichen Voraussetzungen ist die Beteiligung von juristischen Personen an Stiftungen, Vereinen, Fonds und Gesellschaften mit beschränkter Haftung, die von einem Versicherungsträger (dem Hauptverband) errichtet (gegründet) wurden, zulässig.“

*17. Im § 116 Abs. 3 wird nach dem Ausdruck „Vertragsärzten“ der Klammerausdruck „(Vertrags-Gruppenpraxen)“ eingefügt.*

*18. Im § 123 Abs. 4 wird der Punkt am Ende der Z 2 durch einen Strichpunkt ersetzt; folgende Z 3 wird eingefügt:*

„3. an einem Programm der Europäischen Gemeinschaften zur Förderung der Mobilität junger Menschen teilnehmen, längstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres.“

*19. Im § 123 Abs. 10 wird der Ausdruck „Abs. 2 Z 1“ durch den Ausdruck „Abs. 2 Z 1, Abs. 4 Z 3“ ersetzt.*

*20. § 131 Abs. 3 erster Satz lautet:*

„Bei im Inland eingetretenen Unfällen, plötzlichen Erkrankungen und ähnlichen Ereignissen kann der nächsterreichbare Arzt (Dentist) oder die nächsterreichbare Gruppenpraxis, erforderlichenfalls auch die nächsterreichbare Krankenanstalt in Anspruch genommen werden, falls ein Vertragsarzt (Vertragsdentist), eine Vertrags-Gruppenpraxis, eine Vertragskrankenanstalt oder eine eigene Einrichtung des Versicherungsträgers für die ärztliche Hilfe (Anstaltspflege) nicht rechtzeitig die notwendige Hilfe leisten kann.“

*21. Im § 131 Abs. 5 wird der Klammerausdruck „(§ 3c des Ärztegesetzes 1984)“ durch den Klammerausdruck „(§ 44 Abs. 1 des Ärztegesetzes 1998)“ und der Ausdruck „praktischer Arzt“ durch den Ausdruck „Arzt für Allgemeinmedizin“ ersetzt.*

*22. In der Überschrift zu § 131a wird nach dem Klammerausdruck „(Dentisten)“ der Ausdruck „oder mit den Gruppenpraxen“ eingefügt.*

*23. Im § 131a erster Satz wird nach dem Klammerausdruck „(Vertragsdentisten)“ der Ausdruck „oder Vertrags-Gruppenpraxen“ und nach dem Klammerausdruck „(Wahldentisten)“ der Ausdruck „oder einer Wahl-Gruppenpraxis“ eingefügt.*

*24. Im § 132a Abs. 1 zweiter Satz wird nach dem Ausdruck „Vertragspartner“ der Ausdruck „, , Vertrags-Gruppenpraxen“ eingefügt.*

*25. Im § 132b Abs. 2 dritter Satz wird nach dem Ausdruck „Vertragspartner“ der Ausdruck „, , Vertrags-Gruppenpraxen“ eingefügt.*

26. § 135 Abs. 1 erster Satz lautet:

„Die ärztliche Hilfe wird durch Vertragsärzte und Vertrags-Gruppenpraxen, durch Wahlärzte und Wahl-Gruppenpraxen (§ 131 Abs. 1) sowie durch Ärzte in eigenen Einrichtungen (oder Vertragseinrichtungen) der Versicherungsträger gewährt.“

27. Im § 135 Abs. 1 Z 3 wird der Klammerausdruck „(§ 1 Abs. 2 Z 1 des Ärztegesetzes 1984, BGBl. Nr. 373)“ durch den Klammerausdruck „(§ 2 Abs. 2 Z 1 des Ärztegesetzes 1998)“ ersetzt.

28. Im § 135 Abs. 2 erster Satz wird nach dem Ausdruck „Ärzten“ der Ausdruck „oder Gruppenpraxen“ eingefügt.

29. Im § 135 Abs. 2 zweiter Satz wird nach dem Klammerausdruck „(Wahlärzten)“ der Ausdruck „bzw. einer oder mehreren Vertrags-Gruppenpraxen (Wahl-Gruppenpraxen)“ eingefügt.

30. § 135 Abs. 2 dritter Satz lautet:

„Insoweit Zuzahlungen zu den Leistungen vorgesehen sind, müssen diese in den Ambulatorien, bei den freiberuflich tätigen Vertragsärzten und in den Vertrags-Gruppenpraxen gleich hoch sein.“

31. Im § 135 Abs. 3 erster Satz wird nach dem Ausdruck „Vertragsarzt“ der Ausdruck „, in einer Vertrags-Gruppenpraxis“ eingefügt.

32. Im § 135 Abs. 6 entfällt der Ausdruck „eines klinischen Psychologen (Abs. 1 Z 2) oder“.

33. Im § 153 Abs. 3 erster Satz wird der Ausdruck „Vertragsärzte, Wahlärzte“ durch den Ausdruck „Vertragsärzte oder Vertrags-Gruppenpraxen, Wahlärzte oder Wahl-Gruppenpraxen“ ersetzt.

34. Im § 153 Abs. 3 dritter Satz wird nach dem Ausdruck „Vertragsdentisten“ der Ausdruck „sowie bei den Vertrags-Gruppenpraxen“ eingefügt.

35. Im § 153 Abs. 4 erster Satz wird nach dem Ausdruck „Vertragsdentisten oder“ der Ausdruck „in einer Vertrags-Gruppenpraxis oder“ eingefügt.

36. Nach § 292 Abs. 2 wird folgender Abs. 2a eingefügt:

„(2a) Abweichend von den Abs. 1 und 2 sind bei der Feststellung des Anspruches auf Ausgleichszulage weitere Pensionsansprüche des (der) Pensionsberechtigten sowie Pensionsansprüche des (der) im gemeinsamen Haushalt lebenden Ehegatten (Ehegattin) im Bruttowert zu berücksichtigen.“

37. § 294 Abs. 1 und 2 lauten:

„(1) Bei Anwendung des § 292 werden Unterhaltsansprüche des Pensionsberechtigten gegen

a) den Ehegatten (die Ehegattin), sofern er (sie) mit dem Pensionsberechtigten nicht im gemeinsamen Haushalt lebt,

b) den geschiedenen Ehegatten (die geschiedene Ehegattin),

c) die Eltern, sofern sie mit dem Pensionsberechtigten im gemeinsamen Haushalt leben,

gleichviel, ob und in welcher Höhe die Unterhaltsleistung tatsächlich erbracht wird, dadurch berücksichtigt, dass dem Nettoeinkommen des Pensionsberechtigten in den Fällen der lit. a und b 40% der Summe der monatlichen Nettoeinkommen des Unterhaltsberechtigten und des Unterhaltsverpflichteten abzüglich des monatlichen Nettoeinkommens des Unterhaltsberechtigten und in den Fällen der lit. c 12,5% des monatlichen Nettoeinkommens der dort genannten Personen zugerechnet werden. Der so festgestellte Betrag vermindert sich jedoch in dem Ausmaß, in dem das dem Verpflichteten verbleibende Nettoeinkommen den Richtsatz nach § 293 Abs. 1 lit. b unterschreitet.

(2) Wird die Unterhaltspflicht einer der im Abs. 1 angeführten Personen auch gegenüber anderen Angehörigen als dem Pensionsberechtigten nachgewiesen, so wird das nach Abs. 1 in Betracht kommende monatliche Nettoeinkommen (lit. a und b) bzw. der Prozentsatz des monatlichen Nettoeinkommens (lit. c) des Unterhaltspflichtigen für jeden dieser Unterhaltsberechtigten um 4% vermindert.“

38. Im § 338 Abs. 1 erster Satz wird nach dem Ausdruck „Ärzten“, der Ausdruck „Gruppenpraxen nach den §§ 52a und 52b des Ärztegesetzes 1998,“ eingefügt.

39. Im § 340 Abs. 1 wird nach dem Ausdruck „Ärzten“ der Ausdruck „oder Gruppenpraxen“ eingefügt.

40. § 341 Abs. 1 erster Satz wird durch folgende Sätze ersetzt:

„Die Beziehungen zwischen den Trägern der Krankenversicherung und den freiberuflich tätigen Ärzten sowie den Gruppenpraxen werden durch Gesamtverträge geregelt. Diese sind für die Träger der Krankenversicherung durch den Hauptverband mit den örtlich zuständigen Ärztekammern abzuschließen.“

41. Im § 341 Abs. 3 wird nach dem Ausdruck „Arzt“ jeweils der Ausdruck „oder der Gruppenpraxis“ und nach dem Ausdruck „Niederlassungsort des Arztes“ der Ausdruck „oder für den Sitz der Gruppenpraxis“ eingefügt.

42. Im § 341 Abs. 4 wird nach dem Ausdruck „Ärzten“ der Ausdruck „oder den Gruppenpraxen“ eingefügt.

43. Im § 342 Abs. 1 Z 1 wird nach dem Ausdruck „Vertragsärzte“ der Ausdruck „und Vertrags-Gruppenpraxen“ und nach dem Ausdruck „Vertragsärzten“ der Ausdruck „oder einem Vertragsarzt und einer Vertrags-Gruppenpraxis“ eingefügt.

44. Im § 342 Abs. 1 Z 2, 3 und 6 wird nach dem Ausdruck „Vertragsärzte“ jeweils der Ausdruck „und Vertrags-Gruppenpraxen“ eingefügt.

45. Im § 342 Abs. 1 wird nach der Z 3 folgende Z 3a eingefügt:

„3a. die Möglichkeit eines Beschäftigungsverhältnisses bei einem Vertragsarzt oder bei einer Vertrags-Gruppenpraxis;“

46. § 342 Abs. 2 erster Satz lautet:

„Die Vergütung der Tätigkeit von Vertragsärzten und Vertrags-Gruppenpraxen ist grundsätzlich nach Einzelleistungen zu vereinbaren.“

47. Im § 343 Abs. 1 erster Satz wird nach dem Ausdruck „Vertragsärzte“ der Ausdruck „und der Vertrags-Gruppenpraxen“ und nach dem Ausdruck „Arzt“ der Ausdruck „oder der Gruppenpraxis“ eingefügt.

48. Im § 343 Abs. 1 werden nach dem ersten Satz folgende Sätze eingefügt:

„Zu diesem Zweck sind verbindliche Kriterien für die Reihung der Bewerber (Bewerberinnen) um Einzelverträge festzulegen (Reihungskriterien), und zwar einvernehmlich zwischen der örtlich zuständigen Ärztekammer und der jeweiligen Gebietskrankenkasse oder - für den Bereich bundesweit zuständiger Krankenversicherungsträger - zwischen der Österreichischen Ärztekammer und dem Hauptverband. Dabei sind insbesondere die fachliche Eignung der Bewerber (Bewerberinnen) und die zeitliche Reihenfolge der Bewerbungen um Einzelverträge zu berücksichtigen; die Reihungskriterien haben jedenfalls dem Gleichheitsgebot, der Erwerbsausübungs- und Niederlassungsfreiheit sowie den Bestimmungen der Europäischen Menschenrechtskonvention, BGBl. Nr. 210/1958, zu entsprechen. Kommt keine Einigung innerhalb der Frist nach § 590 Abs. 6 zustande, so sind die Reihungskriterien der örtlich zuständigen Ärztekammer maßgeblich, die ebenfalls den genannten Vorgaben entsprechen müssen. In diesem Fall kann der jeweils zuständige Krankenversicherungsträger begründete Bedenken gegen einen Bewerber (eine Bewerberin) vor der Landesschiedskommission geltend machen, die ihrer Entscheidung die genannten Vorgaben zu Grunde zu legen hat.“

49. Im § 343 Abs. 1 letzter Satz wird der Klammerausdruck „(§ 3c des Ärztegesetzes 1984)“ durch den Klammerausdruck „(§ 44 Abs. 1 des Ärztegesetzes 1998)“ und der Ausdruck „praktischer Arzt“ durch den Ausdruck „Arzt für Allgemeinmedizin“ ersetzt.

50. Nach § 343 Abs. 1 wird folgender Abs. 1a eingefügt:

„(1a) Die Rechte und Pflichten aus dem Einzelvertrag gehen auf den bereits in der Ordination des Vertragsarztes tätigen Bewerber um die Nachfolge über (Nachfolgeordination), wenn

1. der Nachfolger auf Grund der Reihungskriterien nach Abs. 1 dem Kreis der drei erstgereihten Bewerber angehört,
2. der Vertragsarzt höchstens zweimal eine Auswahl unter den Bewerbern nach Z 1 getroffen hat,
3. Vertragsarzt und Bewerber innerhalb des ersten Jahres ihrer Zusammenarbeit eine verbindliche Vereinbarung über die Nachfolge schließen und
4. die Zusammenarbeit zwischen dem Vertragsarzt und dem (den) Bewerber(n) die Dauer von drei Jahren nicht überschritten hat.

Scheitert die Nachfolge allein deshalb, weil der Bewerber die Zusammenarbeit beendet, so wird dadurch die Auswahlmöglichkeit nach Z 2 nicht geschmälert. Nähere Bestimmungen über die Zusammenarbeit der Ärzte in der Nachfolgeordination und den Ordinationsübergang hat die Österreichische Ärztekammer zu erlassen.“

51. Im § 343 Abs. 2 Einleitung und Z 2 wird nach dem Ausdruck „Vertragsarzt“ jeweils der Ausdruck „oder der Vertrags-Gruppenpraxis“ eingefügt.

52. § 343 Abs. 2 Z 3 lautet:

„3. des Todes des Vertragsarztes oder der Auflösung der Vertrags-Gruppenpraxis, wobei die bis zu diesem Zeitpunkt erworbenen Honoraransprüche des Arztes auf die Erben, jene der Vertrags-Gruppenpraxis auf die Gesellschafter übergehen;“

53. § 343 Abs. 2 Z 4 Einleitung lautet:

„der rechtskräftigen Verurteilung des Vertragsarztes oder eines persönlich haftenden Gesellschafters der Vertrags-Gruppenpraxis“

54. Im § 343 Abs. 2 Z 5 wird nach dem Ausdruck „Verurteilung“ der Ausdruck „des Vertragsarztes oder eines persönlich haftenden Gesellschafters der Vertrags-Gruppenpraxis“ eingefügt.

55. Im § 343 Abs. 2 Z 6 wird nach dem Ausdruck „Vertragsarztes“ der Ausdruck „oder eines persönlich haftenden Gesellschafters der Vertrags-Gruppenpraxis“ eingefügt und der Ausdruck „seiner vertragsärztlichen Tätigkeit“ durch den Ausdruck „der vertraglichen Tätigkeit“ ersetzt.

56. Dem § 343 Abs. 2 werden folgende Sätze angefügt:

„Darüber hinaus erlischt das Vertragsverhältnis zwischen der Vertrags-Gruppenpraxis und dem Träger der Krankenversicherung ohne Kündigung jedenfalls nach Ablauf von 35 Jahren, gerechnet vom Zeitpunkt des Vertragsabschlusses. In den Fällen der Z 4 bis 6 kann eine Vertrags-Gruppenpraxis das Erlöschen des Einzelvertrages verhindern, wenn sie innerhalb von vier Wochen ab Rechtskraft der gerichtlichen Entscheidung den betroffenen persönlich haftenden Gesellschafter aus der Vertrags-Gruppenpraxis ausschließt.“

57. § 343 Abs. 3 lautet:

„(3) Der Träger der Krankenversicherung ist zur Auflösung des Vertragsverhältnisses mit einem Vertragsarzt oder mit einer Vertrags-Gruppenpraxis verpflichtet, wenn der Arzt oder ein persönlich haftender Gesellschafter einer Vertrags-Gruppenpraxis die Staatsbürgerschaft eines Mitgliedstaates des Europäischen Wirtschaftsraumes oder die Berechtigung zur Ausübung des ärztlichen Berufes verliert oder wenn ihm diese Berechtigung von Anfang an fehlte oder wenn im Einvernehmen mit der zuständigen Ärztekammer festgestellt wird, dass die Voraussetzungen, die zur Bestellung des Vertragsarztes oder der Vertrags-Gruppenpraxis erforderlich sind, von Anfang an nicht gegeben waren. Abs. 2 letzter Satz gilt sinngemäß.“

58. § 343 Abs. 4 dritter Satz lautet:

„Der gekündigte Arzt oder die gekündigte Vertrags-Gruppenpraxis kann innerhalb von vier Wochen die Kündigung bei der Landesschiedskommission mit Einspruch anfechten.“

59. Im § 343 Abs. 4 vorletzter Satz wird nach dem Ausdruck „Arzt“ der Ausdruck „oder für einen persönlich haftenden Gesellschafter der Vertrags-Gruppenpraxis“ eingefügt.

60. § 343 Abs. 4 letzter Satz lautet:

„Eine Vertrags-Gruppenpraxis kann die Kündigung des Einzelvertrages abwenden, wenn sie innerhalb von acht Wochen ab Rechtskraft der Kündigung jenen persönlich haftenden Gesellschafter, der ausschließlich den jeweiligen Kündigungsgrund gesetzt hat, aus der Vertrags-Gruppenpraxis ausschließt.“

61. Im § 343a Abs. 2 erster Satz wird nach dem Ausdruck „Arzt“ der Klammerausdruck „(jede Gruppenpraxis)“ eingefügt.

62. Im § 343a Abs. 2 zweiter und dritter Satz wird nach dem Ausdruck „Arzt“ jeweils der Klammerausdruck „(die Gruppenpraxis)“ eingefügt.

63. Im § 343c Abs. 1 Z 2 wird der Klammerausdruck „(Vertragsdentisten)“ durch den Klammerausdruck „(Vertragsdentisten, Vertrags-Gruppenpraxen)“ ersetzt.

64. Im § 343c Abs. 2 wird nach dem Ausdruck „Dentisten“ der Ausdruck „oder Vertrags-Gruppenpraxen“ eingefügt.

65. Im § 349 Abs. 3 erster Satz wird nach dem Ausdruck „Ärzten,“ der Ausdruck „Gruppenpraxen,“ eingefügt.

66. Im § 350 Abs. 1 Einleitung wird nach dem Ausdruck „Ärzten“ der Klammerausdruck „(Gruppenpraxen)“ eingefügt.

67. § 350 Abs. 1 Z 2 lautet:

„2. Verordnung durch einen (eine) mit dem Krankenversicherungsträger in einem Vertragsverhältnis stehende(n) Arzt (Gruppenpraxis) und“

68. Im § 350 Abs. 2 wird nach dem Ausdruck „Wahlärzte“ der Ausdruck „oder Wahl-Gruppenpraxen“ und nach dem Ausdruck „Vertragsärzten“ der Klammerausdruck „(Vertrags-Gruppenpraxen)“ eingefügt.

69. Im § 357 Abs. 1 wird der Ausdruck „§§ 13 bis 17“ durch den Ausdruck „§§ 13 bis 17a“ ersetzt.

70. Dem § 446a wird folgender Satz angefügt:

„Das Gleiche gilt für Beschlüsse der Verwaltungskörper über Finanzierungs- und Betreibermodelle im Sinne des § 81 Abs. 2.“

71. § 447g Abs. 6 lautet:

„(6) Der Hauptverband hat nach dem 20. eines jeden Kalendermonates die Überweisungen nach Abs. 5 nach Aufteilungsschlüsseln zu bevorschussen, die vom Bundesminister für soziale Sicherheit und Generationen für das in Betracht kommende Geschäftsjahr auf Grund der voraussichtlichen Gebarungsergebnisse unter Berücksichtigung des Abs. 7 zu schätzen und dem Hauptverband bekannt zu geben sind; hiebei sind alle beim Hauptverband jeweils eingelangten Beträge an die Träger der Pensionsversicherung nach Abs. 1 so rechtzeitig zu überweisen, dass die Vorschüsse für die Pensionszahlung des folgenden Kalendermonates zur Verfügung stehen. Um eine ungünstige Kassenlage eines Trägers der Pensionsversicherung ganz oder teilweise zu beheben, kann der Hauptverband zusätzliche Vorschusszahlungen vornehmen.“

72. Im § 455 Abs. 1 erster Satz wird der Ausdruck „binnen vier Monaten“ durch den Ausdruck „unverzüglich“ und der Ausdruck „in der Fachzeitschrift „Soziale Sicherheit““ durch den Ausdruck „im Internet“ ersetzt.

73. Im § 456a Abs. 3 zweiter Satz wird der Ausdruck „in der Fachzeitschrift „Soziale Sicherheit““ durch den Ausdruck „im Internet“ ersetzt.

74. § 572 Abs. 1 Z 4a wird aufgehoben.

75. Im § 572 Abs. 1 Z 5 wird der Ausdruck „§ 238 Abs. 1 bis 5“ durch den Ausdruck „die §§ 128, 238 Abs. 1 bis 5 und 447h“ ersetzt.

76. Dem § 572 Abs. 4a wird folgender Satz angefügt:

„Die Wirksamkeit dieses Pflichtversicherungstatbestandes tritt jedoch nicht ein für Personen, die am 1. Jänner 2001 das 55. Lebensjahr bereits vollendet haben.“

77. Im § 581 Abs. 1 Z 3 wird der Ausdruck „2002“ durch den Ausdruck „2003“ ersetzt.

78. Die Überschrift zu § 585b lautet:

**„Schlussbestimmung zum Bundesgesetz BGBl. I Nr. 35/2000“**

79. Im § 588 Abs. 14 Z 3 entfällt der Ausdruck „Abs. 1“.

80. Nach § 589 wird folgender § 590 samt Überschrift angefügt:

**„Schlussbestimmungen zum Bundesgesetz BGBl. I Nr. xxx/xx (58. Novelle)“**

§ 590. (1) Es treten in Kraft:

1. mit 1. Jänner 2001 die §§ 5 Abs. 1 Z 8, 14 und 15, 7 Z 1 lit. e und g, 8 Abs. 4, 16 Abs. 6 Z 3, 32c, 59 Abs. 1, 81, 116 Abs. 3, 123 Abs. 4 Z 2 und 3 sowie Abs. 10, 131 Abs. 3 und 5, 131a samt Überschrift, 132a Abs. 1, 132b Abs. 2, 135 Abs. 1 bis 3, 153 Abs. 3 und 4, 292 Abs. 2a, 338 Abs. 1, 340 Abs. 1, 341 Abs. 1, 3 und 4, 342 Abs. 1 und 2, 343 Abs. 1, 1a und 2 bis 4, 343a Abs. 2, 343c Abs. 1 Z 2 und Abs. 2, 349 Abs. 3, 350 Abs. 1 und 2, 357 Abs. 1, 446a, 447g Abs. 6, 572 Abs. 1 Z 5 und Abs. 4a, 581 Abs. 1 Z 3 und 588 Abs. 14 Z 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/xx;
2. mit 1. Jänner 2002 die §§ 31 Abs. 8, 9 und 9a, 455 Abs. 1 und 456a Abs. 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/xx;
3. rückwirkend mit 1. Oktober 2000 § 135 Abs. 6 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/xx;
4. rückwirkend mit 1. August 2000 § 294 Abs. 1 und 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/xx;
5. rückwirkend mit 1. Juli 2000 die §§ 5 Abs. 1 Z 13, 7 Z 1 lit. f und 585b Überschrift in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/xx;
6. rückwirkend mit 1. August 1998 § 26 Abs. 1 Z 3 lit. c und d in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/xx.

(2) § 572 Abs. 1 Z 4a tritt mit Ablauf des 31. Dezember 2000 außer Kraft.

(3) Alle vor Beginn des Jahres 2002 in der Fachzeitschrift „Soziale Sicherheit“ vorgenommenen Verlautbarungen, denen ihrem Inhalt nach rechtsverbindliche Kraft zukommt, treten spätestens mit Ablauf des 31. Dezember 2005 außer Kraft, sofern sie nicht nach § 31 Abs. 9 im Internet wiederverlautbart wurden. Sie sind jedoch auf Sachverhalte, die sich vor ihrem Außer-Kraft-Treten ereignet haben, weiterhin

anzuwenden. Eine Wiederverlautbarung nach der genannten Bestimmung erfolgt unabhängig vom ursprünglichen Normerzeugungsverfahren durch Beschluss des Vorstandes (Verbandsvorstandes) mit einfacher Stimmenmehrheit, der der Aufsichtsbehörde (§ 448) zur Kenntnis zu bringen ist. Anlässlich der Wiederverlautbarung können die in Art. 49a Abs. 2 B-VG genannten Änderungen vorgenommen werden. Ab dem fünften Tag nach der Kundmachung sind alle Gerichte und Verwaltungsbehörden an die wiederverlautbarten Texte gebunden.

(4) Auf weibliche Versicherte, die am 1. September 1996 das 55. Lebensjahr bereits vollendet haben, ist zur Erfüllung der Wartezeit für eine Invaliditäts(Berufsunfähigkeits)pension (§ 255 Abs. 4) § 236 in der am 31. August 1996 geltenden Fassung weiterhin anzuwenden.

(5) § 292 Abs. 2a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/xx ist nur auf Versicherungsfälle anzuwenden, in denen der Stichtag nach dem 31. Dezember 2000 liegt.

(6) Die Reihungskriterien nach § 343 Abs. 1 zweiter Satz in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/xx sind bis 1. Juli 2001 festzulegen.

(7) Personen, die nach § 572 Abs. 4a erst mit 1. Jänner 2001 der Pflichtversicherung in der Pensionsversicherung unterliegen, sind auf Antrag von dieser Pflichtversicherung zu befreien, wenn sie

1. am 1. Jänner 2001 das 50. Lebensjahr bereits vollendet haben,
2. zu diesem Zeitpunkt weniger als 180 Beitragsmonate der Pflichtversicherung in der Pensionsversicherung erworben haben und
3. den Antrag innerhalb eines Jahres ab Verständigung über die Befreiungsmöglichkeit durch den Versicherungsträger, spätestens jedoch bis zum Ablauf des 31. Dezember 2002, stellen.

Die Befreiung gilt rückwirkend ab 1. Jänner 2001 für jene Zeiten, in denen der maßgebliche Pflichtversicherungstatbestand vorliegt. Der Befreiungsantrag kann auch nach bescheidmäßiger Erledigung bis zum Ablauf des 31. Dezember 2002 widerrufen werden, es sei denn, die Befreiung hat sich bereits auf eine Leistung aus einer gesetzlichen Pensionsversicherung ausgewirkt. Ebenso ist der Befreiungsantrag unzulässig, wenn sich die Befreiung auf eine bereits zuerkannte Leistung auswirken würde.“

## **Vorblatt**

### **Probleme:**

Erforderlichkeit der Aktualisierung verschiedener Bereiche des Sozialversicherungsrechtes.

### **Lösung:**

Vornahme notwendiger Anpassungen und Rechtsbereinigungen, Schaffung eines besseren Rechtszuganges.

### **Alternativen:**

Beibehaltung des gegenwärtigen Rechtszustandes.

### **Auswirkungen auf die Beschäftigung und den Wirtschaftsstandort Österreich:**

Keine.

### **Finanzielle Auswirkungen:**

Auf die finanziellen Bewertungen im Rahmen der Erläuterungen wird verwiesen.

### **EU-Konformität:**

Gegeben.

## Erläuterungen

### Allgemeiner Teil

Im Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen sind zahlreiche Änderungen und Ergänzungen des Sozialversicherungsrechtes, die großteils der Rechtsbereinigung, der Verbesserung der Praxis oder der Anpassung an die Rechtsentwicklung innerhalb und außerhalb der Sozialversicherung dienen sollen, vorgemerkt. Diese konnten im Rahmen der letzten Änderungen der Sozialversicherungsgesetze angesichts dringender sozialpolitischer und budgetärer Anliegen, wie sie insbesondere in das Budgetbegleitgesetz 2001 Eingang gefunden haben, nicht realisiert werden.

Im Einzelnen sind diesbezüglich folgende Maßnahmen hervorzuheben:

- Publikation bestimmter Richtlinien des Hauptverbandes und der Satzungen im Internet statt in der Fachzeitschrift „Soziale Sicherheit“;
- Schaffung der Voraussetzungen für Public-private-Partnerships im Bereich der Sozialversicherung;
- sozialversicherungsrechtliche Begleitmaßnahmen im Zusammenhang mit der Einführung von Gruppenpraxen; Einführung von Reihungskriterien betreffend die Bewerber um Einzelverträge; Einführung einer ex-lege-Nachfolgeordination;
- Ausnahme der Ziviltechniker(anwärter) und der angestellten Rechtsanwälte von der Vollversicherung;
- Angehörigeneigenschaft und Ausnahme von der Unfallversicherung für Teilnehmer am EU-Programm „Europäischer Freiwilligendienst“;
- legistische Sanierung der „Erntehelferregelung“;
- Schaffung einer „Respirofrist“ nach dem Vorbild der BAO, die ablaufen muss, bevor von rückständigen Beiträgen Verzugszinsen zu entrichten sind;
- Verwaltungsvereinfachung hinsichtlich der Bevorschussung von Überweisungen aus dem Ausgleichsfonds der Pensionsversicherungsträger;
- neuerliche Aussetzung der Neuregelung der Sachleistungszuständigkeit bei mehrfacher Krankenversicherung durch die 54. ASVG-Novelle;
- Klarstellungen im Zusammenhang mit der Rechtsstellung des Managements nach § 32c ASVG;
- Schutzbestimmung für Kunstschaffende, die als freie Dienstnehmer(innen) ab 1. Jänner 2001 der Pflichtversicherung unterliegen;
- Neuregelung der Anrechnung eines fiktiven pauschalen Unterhalts im Ausgleichszulagenrecht und „Bruttoregelung“ hinsichtlich der Berechnung der Ausgleichszulage;
- Rücknahme des Selbstbehaltes betreffend die psychologische Diagnostik;
- Beseitigung von Redaktionsversehen (§§ 26 Abs. 1 Z 3 lit. c und 588 Abs. 14 ASVG).

In kompetenzrechtlicher Hinsicht stützt sich das im Entwurf vorliegende Bundesgesetz auf Art. 10 Abs. 1 Z 11 B-VG („Sozialversicherungswesen“).

### Besonderer Teil

#### **Zu den Z 1, 3, 4 und 6 (§§ 5 Abs. 1 Z 8, 14 und 15 sowie 7 Z 1 lit. e und g):**

Auf Anregung der Bundeskammer der Architekten und Ingenieurkonsulenten und des Österreichischen Rechtsanwaltskammertages soll klargestellt werden, dass angestellte Geschäftsführer einer Ziviltechnikergesellschaft und angestellte Rechtsanwälte von der Pensionsversicherung nach dem ASVG ausgenommen sind, wenn sie an der (die Altersvorsorge für diese Personengruppen sichernden) Wohlfahrts- bzw. Versorgungseinrichtung der jeweiligen Kammer(n) teilnehmen.

Wie schon nach geltendem Recht die Notariatskandidaten und die Rechtsanwaltsanwärter, so sollen künftig auch die Anwärter auf den Beruf des Ziviltechnikers von der Pensionsversicherung nach dem ASVG ausgenommen sein. Dies jedoch nur so weit, als sie - durch entsprechende Beitragsentrichtung - am Wohlfahrtsfonds der Bundeskammer der Architekten und Ingenieurkonsulenten teilnehmen.

Gesetzestechisch wird diese Ausnahme, die der Vermeidung einer „Doppelversicherung“ dient, dadurch erreicht, dass die genannten Personengruppen von der Vollversicherung (Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung) nach dem ASVG ausgenommen werden, und zwar unter gleichzeitiger Begründung einer Teilversicherung in der Kranken- und Unfallversicherung. Aus systematischen Gründen soll die

Ausnahme für Rechtsanwaltsanwärter unter einem mit derjenigen für (angestellte) Rechtsanwälte geregelt werden.

Aus finanzieller Sicht ergeben sich keine Auswirkungen, da die geringfügigen Beitragsmindereinnahmen zu einem späteren Zeitpunkt durch nicht anfallende Leistungsaufwendungen kompensiert werden.

**Zu den Z 2, 5 und 78 (§§ 5 Abs. 1 Z 13, 7 Z 1 lit. f und Überschrift zu § 585b):**

Jene Novelle zum ASVG, die die Ausnahme der Erntehelfer(innen) von der Pensionsversicherung mit Wirksamkeit vom 1. Juli 2000 zum Inhalt hat (Bundesgesetz BGBl. I Nr. 35/2000), geht auf einen selbständigen Antrag des Ausschusses für innere Angelegenheiten des Nationalrates nach § 27 Abs. 1 des Geschäftsordnungsgesetzes 1975 zurück.

Beim betroffenen Personenkreis handelt es sich um Dienstnehmer(innen), die als solche rechtstechnisch vor ihrer Aufnahme in den Kreis der Teilversicherten nach § 7 ASVG zunächst von der Vollversicherung nach § 5 ASVG auszunehmen gewesen wären.

Dieses und weitere legistische Versehen hinsichtlich der Zitierung des Fremdengesetzes 1997 (Richtlinie 136 der Legistischen Richtlinien 1990 des Bundeskanzleramtes) und hinsichtlich der Überschrift zur einschlägigen Schlussbestimmung sollen nunmehr saniert werden.

Durch die Beseitigung der erwähnten legistischen Versehen ergeben sich keine finanziellen Auswirkungen.

**Zu den Z 7, 18 und 19 (§§ 8 Abs. 4 und 123 Abs. 4 Z 2 und 3 sowie Abs. 10):**

Insbesondere auf der Kompetenzgrundlage des Art. 149 EG-Vertrag beschließen das Europäische Parlament und der Rat Aktionsprogramme zur Förderung der (grenzüberschreitenden) Mobilität junger Menschen. Für den Zeitraum 1. Jänner 2000 bis 31. Dezember 2006 ist dies mit dem Beschluss Nr. 1031/2000/EG vom 13. April 2000 zur Einführung des gemeinschaftlichen Aktionsprogramms „Jugend“, ABl. L 117 vom 18. Mai 2000, S. 1, geschehen. Dieses Aktionsprogramm verfolgt folgende Ziele (Art. 2 des Beschlusses):

- Förderung eines aktiven Beitrags der Jugendlichen zum Aufbau Europas durch die Teilnahme an grenzüberschreitenden Austauschprogrammen, um das Verständnis für die kulturelle Vielfalt Europas und seine gemeinsamen Grundwerte zu entwickeln und damit die Achtung der Menschenrechte und die Bekämpfung von Rassismus, Antisemitismus und Fremdenfeindlichkeit zu fördern;
- Stärkung des Solidaritätsgedankens;
- Förderung des Unternehmungs- und Unternehmergeistes und der Kreativität der Jugendlichen, damit sie eine aktive Rolle übernehmen können, bei gleichzeitiger Förderung und Anerkennung des Wertes von in einem europäischen Kontext erworbener nicht formaler Bildung;
- verstärkte Zusammenarbeit im Jugendbereich durch Austausch beispielhafter Praktiken der Ausbildung von Jugendbetreuern und Jugendleitern und der Entwicklung innovativer Maßnahmen auf Gemeinschaftsebene.

Als personenbezogene Aktionen sind derzeit „Jugend für Europa“ und der „Europäische Freiwilligendienst“ vorgesehen (Art. 3 des Beschlusses).

Das Programm richtet sich grundsätzlich an Jugendliche zwischen 15 und 25 Jahren, wobei die Auslandsaufenthalte für maximal ein Jahr in Betracht kommen.

Die Mitgliedstaaten haben sich zu bemühen, die geeigneten Maßnahmen zu treffen, damit die Programmteilnehmer entsprechend dem Gemeinschaftsrecht Zugang zur Gesundheitsversorgung haben und die Teilnehmer des Europäischen Freiwilligendienstes ihren sozialen Schutz im Herkunftsmitgliedstaat behalten können (Art. 4 des Beschlusses).

Es ist damit zu rechnen, dass auch nach Auslaufen dieses Aktionsprogrammes entsprechende Maßnahmen auf Gemeinschaftsebene beschlossen werden, sodass die zur Erleichterung der Mobilität vorgeschlagenen Rechtsänderungen nicht konkret auf den derzeit maßgebenden Beschluss verweisen, sondern abstrakter gefasst sind.

Das gemeinschaftliche Aktionsprogramm der EU „Europäischer Freiwilligendienst“ hat die Vorbereitung und Eingliederung europäischer Jugendlicher ins Erwerbsleben zum Ziel, wobei dies durch grenzüberschreitende gemeinnützige Tätigkeiten angestrebt wird. Dabei soll den Jugendlichen (derzeit zwischen 18 und 25 Jahren) mit der Staatsangehörigkeit eines EU-Mitgliedstaates, Islands oder Norwegens die Ausübung von Tätigkeiten in sozialem oder kulturellem Interesse, bei Umweltschutz oder humanitärer Hilfe ermöglicht werden. Diese gemeinnützigen Tätigkeiten fallen in den Rahmen eines informellen Ausbildungsprogrammes und sollen darüber hinaus im Aufnahmestaat zum Ausbau gemeinnütziger

Dienste beitragen. Die Freiwilligen haben lediglich Anspruch auf ein monatliches Taschengeld, Verpflegung und Unterkunft. Die Europäische Kommission hat zugesichert, für die Teilnehmer an diesem Programm ein Versicherungspaket zur Verfügung zu stellen, das diese - über die aus der Sozialversicherung allenfalls bereits bestehenden Leistungsansprüche hinausgehend - gegen die Risiken Krankheit, Unfall, dauernde Erwerbsunfähigkeit und Tod absichert sowie eine Haftpflichtversicherung umfasst.

Die Republik Österreich wurde von der Europäischen Kommission darauf hingewiesen, dass in Durchführung dieses Programmes österreichische Teilnehmer Probleme bei der Inanspruchnahme von Leistungen bei Krankheit haben, da die zuständigen Versicherungsträger die dafür nach der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 vorgesehenen Formblätter (E 111 bzw. E 128) nicht ausstellen.

Durch den vorliegenden Novellierungsvorschlag sollen die aufgetretenen Probleme im Bereich der Sozialversicherung bereinigt werden. Dabei werden zwei unterschiedliche Fallgruppen behandelt:

Erstens werden Freiwillige, die aus einem anderen Mitgliedstaat nach Österreich kommen - im Hinblick auf die Leistungsansprüche aus ihrem Herkunftsstaat sowie das von der Europäischen Kommission zugesicherte Versicherungspaket -, von der Unfallversicherungspflicht als Volontäre befreit. Zu betonen ist allerdings, dass diese Regelung nur jene Personen betrifft, bei denen tatsächlich ein Volontariat vorliegt. Auf Personen, deren Tätigkeit in Österreich als sozialversicherungspflichtige Erwerbstätigkeit zu beurteilen ist, ist weiterhin das österreichische Sozialversicherungsrecht uneingeschränkt anzuwenden, wobei lediglich auf allfällige Zuständigkeiten eines anderen Mitgliedstaates nach der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 Bedacht zu nehmen ist (zB Entsendung durch einen ausländischen Dienstgeber nach Art. 14 Abs. 1 lit. a dieser Verordnung).

Zweitens wird vorgesehen, dass Kinder, die in der österreichischen Krankenversicherung Leistungsansprüche als Angehörige einer versicherten Person haben, diese Ansprüche nicht verlieren, wenn sie an einem entsprechenden Programm für Freiwillige im Ausland teilnehmen. Für diese Personengruppe werden aber Leistungsansprüche dann ausgeschlossen, wenn unter der Bezeichnung „Freiwilligendienst“ im Ausland eine Erwerbstätigkeit ausgeübt wird, die bei Ausübung in Österreich die Pflichtversicherung zur Folge hätte.

Auf Grund der äußerst geringen Zahl an betroffenen Personen ergeben sich keine finanziellen Auswirkungen.

**Zu Z 8 (§ 16 Abs. 6 Z 3):**

Der Hinweis auf das Allgemeine Hochschul-Studiengesetz ist überholt und soll daher durch den Hinweis auf die einschlägige Vorschrift des Universitäts-Studiengesetzes ersetzt werden.

**Zu den Z 9 und 10 (§ 26 Abs. 1 Z 3 lit. c und d):**

Im Rahmen der 55. ASVG-Novelle wurde der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen die Zuständigkeit für die Angestellten bei Eisenbahnunternehmungen im Sinne des Eisenbahngesetzes in der Pensionsversicherung zugewiesen. Dadurch kam es zu einer Verschiebung der Zuständigkeit in der Krankenversicherung insbesondere zwischen der Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe und der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen hinsichtlich der Bezieher einer Pension aus der Pensionsversicherung der Angestellten.

Nach § 26 Abs. 1 Z 4 lit. c ASVG ist nunmehr die Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen zur Durchführung der Krankenversicherung für alle Pensionsbezieher, die von ihr die Pension ausgezahlt erhalten, zuständig. Die bisherige Regelung (§ 26 Abs. 1 Z 3 lit. b ASVG) sah allerdings vor, dass für Angestellte, die im Aktivstand der Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe zugehörig waren, die genannte Betriebskrankenkasse auch zur Durchführung der Krankenversicherung der Pensionsbezieher zuständig war.

Hinsichtlich der Arbeiter kam es zu einem Wechsel des Krankenversicherungsträgers von der Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe zur Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen. Dieser Wechsel bleibt durch den Novellierungsvorschlag unangetastet. Lediglich bei den Angestellten soll weiterhin hinsichtlich der Krankenversicherung der Pensionisten die Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe zuständig sein. Damit soll ein im Rahmen der 55. Novelle zum ASVG unterlaufenes Redaktionsversehen beseitigt werden.

Durch die Beseitigung dieses Redaktionsversehens ergeben sich keine finanziellen Auswirkungen.

**Zu den Z 11 bis 13, 72, 73 und 80 (§§ 31 Abs. 8, 9 und 9a, 455 Abs. 1, 456a Abs. 3 und 590 Abs. 3):**

Die Sozialversicherungsträger und der Hauptverband haben zu den Sozialversicherungsgesetzen Durchführungsvorschriften zu erlassen. Es handelt sich hierbei um Satzungen, Krankenordnungen,

Feststellungen, Festsetzungen, Richtlinien usw., durch die die Organisation sowie das Leistungs- und Beitragsrecht der Sozialversicherung näher bestimmt werden. Diese Vorschriften stehen im Stufenbau der österreichischen Rechtsordnung auf Verordnungsebene und waren ursprünglich in den amtlichen Landeszeitungen (Wiener Zeitung, Linzer Zeitung, Grazer Zeitung etc.) zu publizieren. Sie sind seit mehreren Jahrzehnten, spätestens ab 1971, in der Fachzeitschrift „Soziale Sicherheit“ zu verlautbaren (vgl. die §§ 31 Abs. 5 und 453 Abs. 2 ASVG–Stammfassung BGBl. Nr. 189/1955 und Art. I Z 4 der 19. Novelle zum ASVG, BGBl. Nr. 67/1967, sowie – allgemein für die Verlautbarungen – die 29. Novelle zum ASVG, BGBl. Nr. 31/1973, Art. I Z 21 lit. h und Art. V Z 50 zu den §§ 31 Abs. 5 und 455 ASVG).

Diese Sonderbestimmungen für die Kundmachung der zitierten Durchführungsvorschriften entsprachen mehrfach geäußerten Wünschen aus der Praxis und ua. einer Anregung des Bundeskanzleramtes-Verfassungsdienst (vgl. SoSi 1973, S. 7 links unten). Sie hatten und haben ihren Grund darin, dass die amtlichen Verlautbarungen der Sozialversicherung im Allgemeinen auf Grund des örtlichen Zuständigkeitsbereiches insbesondere der Gebietskrankenkassen entweder nur regionale Bedeutung haben oder nur für bestimmte Berufsgruppen relevant sind (Bauern, Beamte, Eisenbahner, Freiberufler, Gewerbetreibende). Sie enthalten ua. umfangreiche Tabellen über Leistungen und häufige Betragsveränderungen. Dadurch würde der Umfang des Bundesgesetzblattes oder der Landesgesetzblätter spürbar belastet (Jahrgang 1999 der Fachzeitschrift „Soziale Sicherheit“: 131 Verlautbarungen mit Satzungen und deren Kostenzuschusskatalogen bis zu 30 Druckseiten pro Verlautbarung im Layout eines Gesetzblattes).

Die Herstellung der amtlichen Verlautbarungen belastet die Sozialversicherung jährlich allein mit Produktionskosten für den Abdruck dieser Texte mit mehreren Millionen Schilling, wie die folgende Übersicht zeigt:

Jahr	Kundmachungsaufwand bei		Insgesamt
	Hauptverband	Versicherungsträgern	
1994	341 617,50	1 140 178,75	1 481 796,25
1995	503 095,25	2 138 317,41	2 641 412,66
1996	954 070,25	2 394 754,50	3 348 824,75
1997	737 322,25	3 365 333,75	4 102 656,00
1998	600 561,50	1 985 590,25	2 586 151,75
1999	909 359,50	3 883 715,50	4 793 075,00
2000 bis August	428 751,75	2 276 494,75	2 705 246,50

(Der Erstellungsaufwand, der aufgrund des Normerzeugungsverfahrens und der aufsichtsbehördlichen Genehmigung ohnedies anfällt, ist hier nicht enthalten.)

Das Interesse von Privatpersonen (einschließlich Dienstgebern und Betriebsräten) am Bezug der amtlichen Verlautbarungen ist äußerst gering. Dies gilt auch für das heute bestehende kostenlose Einsichtsrecht nach § 31 Abs. 9 ASVG, das in der Praxis kaum wahrgenommen wird. Dazu kommt, dass die Fachzeitschrift aus Kostengründen keine Tageszeitung sein kann, sondern monatlich erscheint, wodurch ein rasches Reagieren auf Änderungen der den Durchführungsvorschriften zu Grunde liegenden Gesetze erschwert wird.

Es wurden daher Wege gesucht, einerseits den Kostenaufwand zu verringern und andererseits die Regelungen leichter zugänglich zu machen.

Die Entwicklung der Textaufbereitung und Textdarstellung im Internet und in Textverarbeitungsprogrammen hat einen technischen Stand erreicht, der es nunmehr möglich macht, dem Gedanken einer elektronischen Publikation näher zu treten.

Im Rahmen der 1994 gegründeten Kommission zur Vorbereitung der Neuerlassung der Sozialversicherungsgesetze (Verordnung BGBl. Nr. 205/1994) wurden bereits einschlägige Vorarbeiten zur elektronischen Publikation von Rechtsvorschriften durchgeführt; vgl. Janel, Möglichkeiten der Publikation des Sozialversicherungsrechts, in: ASVG – Neue Wege für die Rechtsetzung, Juristische Schriftenreihe der Staatsdruckerei Band 138, Wien 1999, Seiten 254ff.

Der im vorliegenden Entwurf vorgeschlagene Weg beschäftigt sich zunächst nur mit der elektronischen Kundmachung von Durchführungsvorschriften auf Verordnungsebene, womit eine für eine gleichartige Kundmachung von Gesetzen (im formellen Sinn) notwendige Änderung des B-VG nicht notwendig wird.

Mit den vorliegenden Regelungen soll erstmals eine Rechtsgrundlage dafür geschaffen werden, amtliche Verlautbarungen im Internet kundzumachen. Die bisherige Praxis eines kostenlosen und möglichst einfachen Zugangs zu den verlautbarten Rechtsvorschriften samt kostenlosem Einschaurecht soll beibehalten werden.

Bisher war es nur durch direkten Bezug der Fachzeitschrift „Soziale Sicherheit“ oder vereinzelt in Fachbuchhandlungen möglich, Hefte dieses Publikationsorgans zu erhalten. Nach dem Entwurf können Rechtsvorschriften von jedem Internetanschluss aus eingesehen (und ausgedruckt) werden. Dies wiegt das Erfordernis der – bei den heutigen Beziehern des Publikationsorgans ohnedies bereits nahezu vollständig vorhandenen und auch sonst weit verbreiteten – zusätzlichen technischen Ausstattung auf. Der kostenlose Bezug von Texten wird leichter als bisher. Sozialversicherungsdienststellen sind weitgehend an das Intranet der Sozialversicherung angeschlossen, wodurch Ausdrücke leicht erstellt werden können. Für Versicherte oder Leistungsbezieher im Ausland ist im Bereich der heute bereits von Chile bis zu den Philippinen reichenden internationalen Sozialversicherungsabkommen ebenfalls eine erleichterte Kenntnisnahme allenfalls hiezu ergehender Durchführungsvorschriften zu erwarten.

Bestimmungen über die Erreichbarkeit der Internetuser werden ebenso wenig im Gesetzestext vorgesehen wie dies bisher für die Erreichbarkeit der Abonnenten der Gesetzblätter bzw. der Verkaufsstellen der Staatsdruckerei etc. der Fall war (ebenso für die Amtsblätter der Ministerien, Landesregierungen und Bezirkshauptmannschaften und für die Fachzeitschrift „Soziale Sicherheit“).

Wie heute das Wort „Gesetzblatt“ wird der Begriff „Internet“ im Gesetzestext nicht weiter erläutert, weil davon ausgegangen werden kann, dass dieses Wort mittlerweile zum allgemein Wortschatz gehört. Das entspricht der Praxis des Bundesgesetzgebers bei Verlautbarungen, zB. im viel häufiger verwendeten Verwaltungsverfahrenrecht (§§ 44e Abs. 3 und 44f Abs. 2 AVG), aber auch bei Kundmachungen: § 7 Abs. 2 BGGIG, § 2a Verlautbarungsg [Wr. Zeitung], § 4 Abs. 4 BundesarchivG usw.

Durch die Regeln über die Verlautbarung von Edikten, die im Justizbereich bereits allein auf elektronische Weise vorgesehen ist (Ediktsdatenbank, § 89j Abs. 1 GOG), ist dokumentiert, dass die elektronische Zugangsvermittlung ein akzeptierter Weg für die Darstellung rechtsverbindlicher Texte ist. Einschlägige Sicherheitsvorkehrungen gegen die Veränderung der Texte werden Teil der technischen Einrichtungen des Kundmachungsangebots sein (vgl. dazu die im Entwurf zitierte Festlegungskompetenz des Hauptverbandes).

Grundkenntnisse der Informatik gehören zum Niveau der Schulausbildung; schon auf Volksschulebene werden Kinder mit den Grundbegriffen der Computerbedienung vertraut gemacht. Es kann daher vorausgesetzt werden, dass Internet-Abfragekenntnisse (insbesondere im hier in Frage kommenden Kreis von Normadressaten) weit verbreitet sind. Abgesehen davon war auch für den Zugang zu Gesetzblättern schon bisher ein gewisses Spezialwissen für deren Beschaffung und den Umgang mit Registern und Katalogen notwendig; die für die Bedienung eines einmal installierten Internetanschlusses notwendigen Fähigkeiten gehen nicht über jene hinaus, die für die Bedienung eines elektronischen Bibliothekskataloges zB. der Österreichischen Nationalbibliothek notwendig sind (der auf Papier geführte „Zettelkatalog“ ist dort eingestellt worden).

Ausdrücklich sieht der Entwurf vor, dass die verlautbarten Texte „auf Dauer“ zugänglich sein müssen: dies wird bei Verlautbarungen auf Papier in der Praxis dadurch bewirkt, dass von den (meist Tausenden) ursprünglich gedruckten Exemplaren zumindest in einigen öffentlichen Bibliotheken gebundene Bestände aufbewahrt werden (mag auch diese mehr faktische denn organisatorische Art der Textsicherung bei zB. Gesetzblättern der österreichisch-ungarischen Monarchie aber auch bei Gesetz-, Amts- und Verordnungsblättern der Länder und kleinerer Verwaltungseinrichtungen bereits an ihre Grenzen stoßen). Die einem Internetangebot zu Grunde liegende Datenspeicherung existiert zunächst nur in einem einzigen Exemplar auf einem (dem entsprechend gesicherten) Speichermedium. Ihre dauernde Sicherheit ist (vgl. das zuletzt ergangene Angebot des Bundeskanzleramtes zur sicheren Datenaufbewahrung) durch die Herstellung unveränderbarer Kopien (optische Speicherung etc.) auf anderen Wegen als bei Papierpublikationen herzustellen.

Absolute Fälschungssicherheit erscheint weder geboten noch erreichbar: selbst Verfassungsgesetze der Republik Österreich werden noch heute auf einfachem Druckpapier ohne erkennbare Sicherheitsmerkmale verlautbart. Manche Amtsblätter wurden zumindest in der Vergangenheit gar nur als Kopien aus Vervielfältigungsgeräten herausgegeben. Das heute für rechtsverbindliche Texte allgemein akzeptierte Sicherheitsniveau kann durch Datensicherung auf unveränderbaren (optischen) Speicherplatten (vgl. nicht

wiederbeschreibbare CD-ROM in mehrfacher Ausfertigung und weit auseinander liegenden Aufbewahrungsorten) leicht erreicht und sogar deutlich erhöht werden.

Durch die bereits jetzt vorgesehene – und in Zukunft beizubehaltende – Wiederverlautbarungsverpflichtung nach § 455 Abs. 1 ASVG wird der Bedarf an Einsicht in ältere Verlautbarungen in der Praxis überdies gering sein.

Der Zeitraum zwischen Publikation und Wirksamkeitsbeginn wurde nicht von der Praxis der papierschriftlichen Verlautbarungen in Gesetzblättern übernommen (dort ist es der Folgetag der Kundmachung, vgl. § 4 BGBIG und § 31 Abs. 9 ASVG in der geltenden Fassung). Die Praxis zeigt, dass allein durch den Postzustellungslauf stets mehrere Tage vergehen, ehe das herausgegebene Gesetzblatt den Normadressaten tatsächlich im Abonnement zugänglich wird. Die rechtliche Wirksamkeit einer Internetverlautbarung soll daher von vornherein erst mit dem 5. Kalendertag nach der Publikationsfreigabe im Internet eintreten (der Tag dieser Freigabe ist selbstverständlich bei der Kundmachung anzugeben).

Dies erleichtert den Zugang zum Recht (es ist keine tägliche Abfrage notwendig) und vermeidet die Gefahr, dass es durch kurzfristige Computerausfälle, Leitungsstörungen etc. nicht möglich wird, von Verlautbarungen vor ihrer Wirksamkeit Kenntnis zu haben. Computerausfälle für länger als fünf volle Kalendertage, die sogar den Zugriff auf das Internet betreffen, sind im täglichen Leben selten, weil dadurch auch wesentlich wichtigere Bereiche eines Betriebes, einer Kanzlei, eines Büros (Buchhaltung, Rechnungslegung) lahmgelegt wären.

Auf welche Weise der Tag der Publikationsfreigabe festgelegt wird, bleibt wie heute der pflichtgemäßen Vorgangsweise der zuständigen Stellen überlassen (je nach Norm im Zusammenwirken von Druckerei, Fachressort, Publikationsdienst im Bundeskanzleramt, Fachabteilungen bei Versicherungsträgern und Hauptverband).

Im Vergleich zu den unvermeidlichen Unwägbarkeiten der heutigen gedruckten Verlautbarung (Verzögerungen infolge Überlastung des Herstellungsbetriebes zB. zum Jahresende oder bei Novellenhäufung zum Schluss einer Tagung oder Legislaturperiode) und der Postzustellung (zB. Zustellungsverzögerungen, Herausrutschen eines Blattes aus der Versandschleife, Verlust der Sendung, Fehlzustellungen) bedeutet dies zweifellos eine bedeutende Verbesserung des Zugangs zum Recht.

In diesem Sinn wird die bisher sehr lange Frist für die Kundmachung (vier Monate nach Genehmigung, das war durch die früher notwendige Aufbereitung in der Setzerei, Korrekturlesungen etc. und die nur einmonatliche Erscheinungsweise des Publikationsorgans begründet) durch das Erfordernis unverzüglicher Kundmachung ersetzt. Dafür können die ohnedies bereits vorhandenen Druck-EDV-Dateien verwendet werden; theoretisch wäre die Kundmachung am Tag der (Zustellung der) Genehmigung möglich, in der Praxis wird die Kundmachung (eine entsprechend effiziente Organisation vorausgesetzt) innerhalb von ein bis zwei Werktagen erfolgen können.

Die Übergangsbestimmung soll gemeinsam mit der Umstellung auf Internet-Verlautbarung eine Rechtsbereinigung bewirken. Nach einer angemessenen Übergangsfrist soll ab dem Jahr 2005 verlässlich davon ausgegangen werden können, dass auf neue Sachverhalte keine (papier-)schriftlich in der Fachzeitschrift „Soziale Sicherheit“ publizierten Vorschriften mehr anwendbar sind.

Die rechtsverbindliche Kraft soll sich zunächst nur auf die tatsächlich verlaublichten Texte der Rechtsvorschriften (Stammfassungen und Novellen) beschränken. Textfassungen, in die die Novellen bereits eingearbeitet sind, werden im Rahmen der Dokumentation des österreichischen Sozialversicherungsrechts (§ 31 Abs. 4 Z 4 iVm Abs. 10 ASVG) zwar angefertigt werden, bleiben jedoch (vorerst noch) rechtlich unverbindlich, weil die Erstellung von rechtsverbindlichen Texten mit eingearbeiteten Änderungen (so genannte Kunsttexte) schon aus dem Grund, dass diese Texte zeitgleich mit der Kundmachung der entsprechenden Novelle zugänglich sein müssten, einen relativ hohen Aufwand (Einarbeiten und Prüfen der Richtigkeit der Texte) verlangen würde, der derzeit noch nicht notwendig erscheint.

Aus dem gleichen Anlass wird (nicht zuletzt vor dem Hintergrund der gesetzlich vorgegebenen Sparmaßnahmen nach § 588 Abs. 14 ASVG) derzeit der Weg einer Kundmachung durch Wiedergabe der jeweils vollständigen Textfassung, in die die Änderungen bereits eingearbeitet sind (siehe NÖLGBl.), noch nicht eingeschlagen. Der bloße Text der Kundmachung einer Rechtsvorschrift bzw. einer Novelle kann durch schreibgeschützte Dateien, Wiedergabe in speziellen Darstellungsformaten (zB. pdf – portable document format), optische Speicherung etc. auf wesentlich einfachere und raschere Weise sicher wiedergegeben werden.

Detailvorschriften über die Druckfehlerberichtigung etc., aber auch über das Layout (Formatvorlagen, Dokumentvorlagen, etc.) der Textaufbereitung werden durch den Hauptverband auf Grund seiner bereits

vorhandenen Kompetenz zur Festlegung von Datensätzen, Formularen etc. nach § 31 Abs. 4 Z 6 ASVG zu schaffen sein, der sich an der Praxis des Bundes zu orientieren haben wird. Eine Einflussnahme des Bundes, in dessen Kompetenz das Sozialversicherungsrecht und seine Verlautbarungen fallen, ist in diesem Bereich schon durch die Rechte des Bundesministers für soziale Sicherheit und Generationen als Aufsichtsbehörde nach den §§ 448f ASVG sichergestellt, ohne dass es besonderer Regelungen bedürfte.

Technische Vorarbeiten (einschließlich Auseinandersetzung mit dem Thema der Programm-Wiedergabesprachen XML etc.) wurden im Zusammenhang mit der Dokumentation des österreichischen Sozialversicherungsrechts bereits getätigt. Die Erfahrungen daraus und die Erfahrungen mit einer allfälligen Publikation im Internet würden in weiterer Folge den Gebietskörperschaften als Grundlage für eine allfällige Umstellung oder Erweiterung ihrer Publikationspraxis zur Verfügung stehen. Der Gesetzestext beschäftigt sich mit diesem Thema ebenso wenig wie dies nach geltendem Recht hinsichtlich der technischen Details des Drucks, der Setzerei, des Layouts usw. gemacht wird. Detaillierte technische Regelungen im Gesetz erscheinen nicht notwendig und würden relativ rasch veralten.

Die vorgeschlagene Gesetzesänderung ist somit Rechtsgrundlage für ein Pilotprojekt anhand eines (im Vergleich zur Bundesverlautbarung) leicht überschaubaren und geringeren Normbestandes.

Die Regeln über die Wiederverlautbarung übernehmen die für Bundesgesetze vorgesehene Vorgangsweise nach Art. 49a B-VG. Der rechtsbereinigende Gedanke einer generellen Aufhebung jener Texte, die nicht wiederverlautbart wurden, ist der Vorgangsweise des Landes Niederösterreich bei dessen Umstellung des NÖLGBL auf Loseblattausgabe entnommen (§ 1 NÖRechtsbereinigungsg 0005, NÖLGBL Nr. 25/1979 idF 80/82) und folgt der Vorgangsweise des Bundes in dessen zuletzt ergangenem Rechtsbereinigungsgesetz.

Das vereinfachte Verfahren bei einer Wiederverlautbarung entspricht einer durch das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen genehmigten Praxis: mit Schreiben vom 7. Mai 1982, Zl. 26.634/1-3/82, wurde eine Wiederverlautbarung ohne Zustimmung des Ministeriums für zulässig erklärt. Darauf beruhen die Wiederverlautbarungen von Richtlinien des Hauptverbandes in SoSi 1982, 345 (ökonomische Verschreibweise) und 444 (Kostenerstattung in Betreuungsfällen).

Diese Maßnahme führt zu Einsparungen im Verwaltungsbereich von jährlich zwei bis drei Millionen Schilling.

#### **Zu Z 14 (§ 32c):**

Die durch das SRÄG 2000 geschaffenen Bestimmungen über das Management, dem die Unterstützung der Controllinggruppe obliegt, sollen weiter konkretisiert werden.

Danach wird festgelegt, dass die in das Management bestellten Personen und die von ihnen lukrierten Mitarbeiter im erforderlichen Ausmaß dienstfrei zu stellen sind, Dienstort der Sitz jenes Versicherungsträgers ist, dem der jeweilige „Manager“ angehört, die Sozialversicherungsträger und der Hauptverband das Management vorrangig zu unterstützen haben, das Management in Erfüllung seiner Aufgaben ausschließlich der Controllinggruppe verantwortlich ist, die auch über den Ressourceneinsatz durch das Management entscheidet, und die Kosten für das Management letztlich vom Hauptverband zu tragen sind.

Durch diese Maßnahmen wird sichergestellt, dass das Management in effizienter Weise seinen Aufgaben nachkommen kann.

Mit der vorgenommenen Konkretisierung sind keine finanziellen Maßnahmen verbunden.

#### **Zu Z 15 (§ 59 Abs. 1):**

Die Zahlungstermine für Sozialversicherungsbeiträge und für Bundesabgaben sollen dergestalt vereinheitlicht werden, dass eine dem § 211 Abs. 2 BAO entsprechende „Nachsicht von drei Tagen“ Platz greifen soll.

Derzeit müssen die fälligen Sozialversicherungsbeiträge spätestens am 15. des Kalendermonates auf dem Konto des Versicherungsträgers gutgeschrieben sein, um nicht zu rückständigen Beiträgen zu werden, von denen grundsätzlich Verzugszinsen zu entrichten sind; für die abzuführende Lohnsteuer reicht es hingegen aus, am 15. des Kalendermonates bei der Bank den entsprechenden Überweisungsauftrag zu erteilen.

Zwar hat der Arbeitgeber die Lohnsteuer, die in einem Kalendermonat einzubehalten war, (ebenfalls) spätestens am 15. Tag nach Ablauf des Kalendermonates an das zuständige Finanzamt abzuführen (§ 79 Abs. 1 EStG 1988), jedoch normiert § 211 Abs. 2 BAO, dass im Fall der bargeldlosen Überweisung die Gutschrift auf dem Konto der empfangsberechtigten Kasse ohne Rechtsfolgen um bis zu drei Tage verspätet erfolgen kann.

In Hinkunft soll eine solche „Respirofrist“ auch im Bereich des Beitragsrechtes der Sozialversicherung gelten.

In Anbetracht der Kürze dieser Respirofrist ergeben sich keine finanziellen Auswirkungen.

**Zu den Z 16 und 70 (§§ 81 Abs. 2 und 446a):**

Teilt man staatliche Aufgaben in hoheitliche und nichthoheitliche Funktionen ein und untersucht man dann, in welchen Bereichen die Verwaltung über eine hohe eigene Kompetenz verfügt, die im nationalen und internationalen Wettbewerb bestehen kann, so muss man zu dem Schluss kommen, dass wesentliche Bereiche staatlichen Handelns nichthoheitlich und mit ungenügender Kompetenz ausgestattet sind.

Diese Bereiche bieten sich in erster Linie für eine vollständige Privatisierung an, da sie nicht zu den hoheitlichen Kernaufgaben gehören und da für deren Handhabung der Staat intern nur über eine geringe Kompetenz verfügt.

Dort allerdings, wo öffentliche Verwaltungen über eine hohe eigene Kompetenz im nichthoheitlichen Bereich verfügen, sollte die Strategie einer Partnerschaft mit einem privaten Dienstleister verfolgt werden.

Hier bietet sich neben Anderem beispielhaft der Bereich der Datenverarbeitung und -verwaltung in der Sozialversicherung ebenso an wie der Betrieb von Gesundheits- und Spitalseinrichtungen, wo zweifellos eine hohe Kompetenz der Sozialversicherung gegeben ist.

Je mehr öffentliche Verwaltungen neuartige Kooperationen mit dem privaten Sektor eingehen, desto mehr werden der öffentliche und der private Sektor ihre jeweils verschiedenen, sich ergänzenden Kompetenzen, Erfahrungen und Ressourcen integrieren, sodass ein fruchtbares Klima des partnerschaftlichen Miteinanders entsteht. Für die Bürger werden sich die Grenzen zwischen öffentlichem und privatem Sektor zunehmend verwischen, und das umso mehr, als beide gemeinsam verbesserte Dienstleistungen anstreben. Es werden neue öffentliche Unternehmen entstehen, die private Angebote mit Produkten und Dienstleistungen der Verwaltung kombinieren und damit den Beweis liefern, dass sowohl Bürger als auch Wirtschaftsunternehmen mit dem öffentlichen und dem privaten Sektor bestens zurechtkommen.

Ein erster Schritt soll nunmehr im Rahmen der Sozialversicherung dadurch erfolgen, dass die Versicherungsträger ausdrücklich dazu ermächtigt werden,

- marktwirtschaftliche und innovative Finanzierungs- und Betreibermodelle zur Verbesserung der Service-Qualität und zur Erzielung von Einsparungen auszuwählen,
- durch die die Managementfähigkeiten, die Kreativität und die kommerziellen Fähigkeiten des privaten Sektors für die Bereitstellung von Dienstleistungen im Rahmen der sozialen Sicherheit nutzbar gemacht werden, um letztendlich
- die Kunden- und Serviceorientierung in der Sozialversicherung zu erhöhen sowie den Einsatz neuer Technologien zu forcieren, wobei
- die Bereitschaft des privaten Partners gegeben sein muss, auf der Basis von „value für money“ Leistungen, Wertschöpfung und Produktivität zu schaffen, eigenes Kapital zu investieren, Risiko zu übernehmen und Know-how zu teilen,
- und der oder die Partner aus dem privatwirtschaftlichen Bereich jedenfalls im Rahmen einer Ausschreibung auszuwählen sind.

Diese Maßnahmen werden mittel- und langfristig zu Einsparungen im Verwaltungsbereich führen, die jedoch nicht quantifizierbar sind.

**Zu den Z 17, 20 bis 31, 33 bis 35, 38 bis 47, 49 und 51 bis 68 (§§ 116 Abs. 3, 131 Abs. 3 und 5, 131a samt Überschrift, 132a Abs. 1, 132b Abs. 2, 135 Abs. 1 bis 3, 153 Abs. 3 und 4, 338 Abs. 1, 340 Abs. 1, 341 Abs. 1, 3 und 4, 342 Abs. 1 und 2, 343 Abs. 1 und 2 bis 4, 343a Abs. 2, 343c Abs. 1 Z 2 und Abs. 2, 349 Abs. 3 und 350 Abs. 1 und 2):**

Als begleitende Maßnahmen zur Verankerung von Gruppenpraxen im Ärztegesetz sollen insbesondere die Bestimmungen des Vertragspartnerrechts, aber auch die Bestimmungen des Leistungsrechts entsprechend adaptiert werden.

So sollen ärztliche Gruppenpraxen in das bestehende Vertragssystem für Ärzte (Abschluss von Gesamtverträgen zwischen Hauptverband und zuständiger Ärztekammer bzw. Österreichischer Ärztekammer; Erfordernis der Zustimmung des betroffenen Krankenversicherungsträgers; Abschluss von Einzelverträgen auf Basis dieser Gesamtverträge) einbezogen werden.

Als Besonderheit ist zu erwähnen, dass eine Vertrags-Gruppenpraxis das ex lege-Erlöschen ihres Einzelvertrages im Falle der rechtskräftigen (straf- bzw. zivilgerichtlichen) Verurteilung eines ärztlichen

Gesellschafters (vgl. § 343 Abs. 2 Z 4 bis 6 ASVG) verhindern kann, wenn sie den betreffenden Gesellschafter innerhalb von vier Wochen ab Rechtskraft des Urteils aus der Vertrags-Gruppenpraxis ausschließt.

Ebenso soll der Vertrags-Gruppenpraxis ermöglicht werden, die Kündigung ihres Einzelvertrages abzuwenden, indem sie den für die Kündigung allein verantwortlichen Gesellschafter (Arzt) innerhalb von acht Wochen ab Rechtskraft der Kündigung ausschließt. Als „Ausschluss“ wird es auch zu werten sein, wenn alle hierfür erforderlichen Maßnahmen (etwa Einbringung einer entsprechenden Klage) gesetzt wurden.

Unter einem mit dieser Regelung soll der als nicht mehr zeitgemäß empfundene Ausschluss der aufschiebenden Wirkung der Anrufung der Bundesschiedskommission durch den Arzt (soweit nicht eine Verfahrenspartei, nämlich der Krankenversicherungsträger, zustimmt) aufgehoben werden.

Der Einzelvertrag mit einer Vertrags-Gruppenpraxis erlischt jedenfalls ohne Kündigung nach 35 Jahren; auf Basis der Evaluierung der bisherigen Zusammenarbeit zwischen Krankenversicherungsträger und Gruppenpraxis ist sodann ein neuerlicher Vertragsabschluss zulässig.

Bemerkt sei, dass Gruppenpraxen nach dem Ärztegesetz nur in Form einer offenen Erwerbsgesellschaft oder einer Kommandit-Erwerbsgesellschaft betrieben werden dürfen, wobei in der Gruppenpraxis tätige Ärzte jedenfalls persönlich haftende Gesellschafter sein müssen.

Die finanziellen Auswirkungen in Bezug auf die Ausgaben für die ärztliche Hilfe können derzeit nicht abgeschätzt werden. Für den Bund ergeben sich allerdings auf keinen Fall finanzielle Auswirkungen, da die gesetzliche Krankenversicherung keine Bundesmittel erhält.

#### **Zu Z 32 (§ 135 Abs. 6):**

Im Rahmen des SRÄG 2000 wurden unter dem Titel „Einführung eines 20%igen Selbstbehaltes bei Vertragsabschluss Psychotherapie“ irrtümlicherweise auch die Leistungen der psychologischen Diagnostik in die Bestimmung über diesen Selbstbehalt einbezogen. Dies soll nunmehr korrigiert werden.

Diese Korrektur hat keine finanziellen Auswirkungen.

#### **Zu den Z 36 und 80 (§§ 292 Abs. 2a und 590 Abs. 5):**

Nach § 292 Abs. 1 ASVG hat der Pensionsberechtigte Anspruch auf Ausgleichszulage zur Pension, wenn die Pension zuzüglich eines aus übrigen Einkünften des Pensionsberechtigten erwachsenden Nettoeinkommens sowie der nach § 294 ASVG zu berücksichtigenden Beträge nicht die Höhe des für ihn geltenden Richtsatzes erreicht. Darüber hinaus ist nach § 292 Abs. 2 ASVG das gesamte Nettoeinkommen eines im gemeinsamen Haushalt lebenden Ehegatten zu berücksichtigen.

Bestehen die übrigen Einkünfte aus anderen Pensionen des Pensionsberechtigten oder seines Ehegatten (seiner Ehegattin), sind diese somit - im Unterschied zu jener Pension, zu der die Ausgleichszulage gebührt - im Nettowert heranzuziehen. Auch wenn die Summe mehrerer Nettopensionen gleich hoch ist, ist die Ausgleichszulage daher höher, wenn sie zur niedrigeren Pension gebührt, und niedriger, wenn sie zur höheren Pension gebührt. Dies entbehrt jeder sachlichen Rechtfertigung.

Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang auch auf die Aussage des Obersten Gerichtshofes in 10 ObS 337/97, wonach es („wenn beide im gemeinsamen Haushalt lebenden Ehegatten Anspruch auf eine Pension aus einer Pensionsversicherung haben, mit Rücksicht auf den Familienrichtsatz“) keinen Unterschied machen soll, ob die Ausgleichszulage zu der einen oder zu der anderen Pension gewährt wird.

Um diese willkürlichen und zufälligen Ergebnisse bei der Bestimmung der Ausgleichszulage zu verhindern, wird vorgeschlagen, weitere Pensionen des Pensionsberechtigten sowie eines (einer) im gemeinsamen Haushalt lebenden Ehegatten (Ehegattin) ebenfalls mit dem Bruttowert zu berücksichtigen. Ungerechtfertigte Bevorzungen beim Bezug mehrerer Pensionen wären dann ausgeschlossen.

Der Übergang zu einer „Netto-Netto“-Betrachtung würde demgegenüber ungleich höhere Kosten als nach der geltenden Rechtslage verursachen, da aus Gerechtigkeitsgründen auch für Alleinstehende bzw. für die Bezieher nur einer Leistung eine Nettobetrachtung eingeführt werden müsste.

Diese Maßnahme, die nur auf Pensionen mit einem nach dem 31. Dezember 2000 liegenden Stichtag anzuwenden ist, wird zu geringfügigen Einsparungen im Bereich der Aufwendungen für die Ausgleichszulagen und damit auch für den Bund führen, allerdings sind die Einsparungen mangels konkreter Daten nicht quantifizierbar.

**Zu Z 37 (§ 294 Abs. 1 und 2 ASVG):**

Der Verfassungsgerichtshof hat mit Erkenntnis vom 17. Juni 2000, G 26/00 - 7, in § 294 Abs. 1 ASVG die Wortfolgen „a) den Ehegatten (die Ehegattin), sofern er (sie) mit dem Pensionsberechtigten nicht im gemeinsamen Haushalt lebt,“ sowie „in Fällen der lit. a 25 vH und“ als verfassungswidrig aufgehoben.

Die aufgehobene Bestimmung sah beim Anspruch auf Ausgleichszulage in Fällen, in denen Ehegatten nicht im gemeinsamen Haushalt leben, die Berücksichtigung des Unterhaltsanspruchs des Pensionsberechtigten gegen den Ehegatten dadurch vor, dass pauschal 25 Prozent des Nettoeinkommens des Ehegatten dem Einkommen des Pensionsberechtigten zuzurechnen waren, gleichgültig ob und in welcher Höhe die Unterhaltsleistung tatsächlich erbracht wurde.

Der Verfassungsgerichtshof führte aus, dass es nach seiner ständigen Rechtsprechung dem Gleichheitssatz nicht widerspricht, wenn der Gesetzgeber von einer Durchschnittsbetrachtung ausgeht und dabei auch eine pauschalierende Regelung trifft, insbesondere wenn dies der Verwaltungsökonomie dient. Es wird ein solches Gesetz nicht schon deshalb gleichheitswidrig, weil dabei Härtefälle entstehen. Das Ausmaß der solcherart hinzunehmenden ungleichen Auswirkungen einer generellen Norm hängt allerdings nicht nur vom Grad der Schwierigkeit ab, die eine nach verschiedenen Sachverhalten differenzierende Lösung der Vollziehung bereiten würde, sondern auch vom Gewicht der angeordneten Rechtsfolgen. Der Verfahrensökonomie dienende, sohin auf Vereinfachung zielende, pauschalierende Regelungen dürfen vom Gesetzgeber in Übereinstimmung mit dem Gleichheitssatz auch nur derart getroffen werden, dass diese nicht den Erfahrungen des täglichen Lebens widersprechen. Die zulässige Bedachtnahme auf die Praktikabilität des Gesetzes ist somit nicht schrankenlos; sie findet ihre Grenze dort, wo anderen Überlegungen, die gegen die Regelung sprechen, größeres Gewicht beizumessen ist als den verwaltungsökonomischen Erwägungen.

Der Verfassungsgerichtshof verglich die Rechtslage des Unterhaltsrechts mit jener des Ausgleichszulagenrechts und kam zu dem Ergebnis, dass der Pauschalsatz für die Unterhaltsanrechnung zwischen getrennt lebenden Ehegatten im Ausgleichszulagenrecht nur in einem solchen Fall dem Unterhaltsrecht entsprach, in dem der Unterhaltsverpflichtete ein mehrfach so hohes Einkommen hatte wie der Unterhaltsberechtigte.

Der Verfassungsgerichtshof meinte daher, dass sich der Gesetzgeber in der aufgehobenen Bestimmung über die Realität des Unterhaltsrechts hinweggesetzt und die Anrechnung eines (fiktiven) Unterhaltes in einer Weise angeordnet hat, die nicht der für den Durchschnittsfall maßgeblichen (von der Judikatur entwickelten) Berechnungsformel (40% des Familieneinkommens abzüglich des eigenen Einkommens) entsprach, sondern - im Gegenteil - von einem Ausnahmefall ausging, der vom Durchschnittsfall des Unterhaltsrechts in einer unter dem Gesichtspunkt des Gleichheitssatzes nicht mehr hinnehmbaren Weise abwich.

Es wird daher vorgeschlagen, für das Bestehen eines Anspruches auf Ausgleichszulage die Berücksichtigung eines Unterhaltsanspruches gegen einen nicht im gemeinsamen Haushalt lebenden Ehegatten in § 294 ASVG in Berücksichtigung der Argumentation des Verfassungsgerichtshofes neu zu regeln:

Der Unterhaltsanspruch soll in einer Höhe berücksichtigt werden, die den von der Judikatur zu § 94 ABGB entwickelten Berechnungskriterien für die Fälle eines eigenen Einkommens des Unterhaltsberechtigten entspricht; d.h. es soll ein Unterhaltsanspruch in der Höhe von 40% des Familieneinkommens (pauschal) angerechnet werden (gleichviel, ob und in welcher Höhe die Unterhaltsleistung tatsächlich erbracht wird).

Diese Maßnahme wird zu geringfügigen Einsparungen im Bereich der Aufwendungen für die Ausgleichszulagen und damit auch für den Bund führen, allerdings sind die Einsparungen mangels konkreter Daten nicht quantifizierbar.

**Zu den Z 48 und 80 (§§ 343 Abs. 1 und 590 Abs. 6):**

Durch die vorgeschlagene Ergänzung soll näher determiniert werden, wie die Kriterien für die Reihung von Ärzten, die sich um Kassenverträge bewerben, festzulegen sind.

Die Festlegung dieser Kriterien soll grundsätzlich im Einvernehmen zwischen der jeweils zuständigen Ärztekammer und der jeweiligen Gebietskrankenkasse erfolgen (bei bundesweiter Geltung: zwischen Österreichischer Ärztekammer und Hauptverband); subsidiär, dh. wenn innerhalb von sechs Monaten kein Einvernehmen erzielt werden kann, sind die Reihungskriterien der jeweiligen Ärztekammer heranzuziehen.

Um der besonderen Sensibilität der Vertragspartnerauswahl Rechnung zu tragen, sollen auch die inhaltlichen Parameter vorgegeben werden, nach denen sich diese Auswahl zu richten hat: So müssen - schon von Gesetzes wegen - insbesondere die fachliche Eignung der Bewerber und der Zeitpunkt ihrer

Bewerbung Kriterien für die Reihung sein. Als (auch verfassungsrechtlicher) Rahmen für die (weiteren) Kriterien wird deren Übereinstimmung mit dem Gleichheitsgebot, der Erwerbsausübungs- und Niederlassungsfreiheit sowie der Europäischen Menschenrechtskonvention ausdrücklich normiert.

Mit dieser Maßnahme sind keine finanziellen Auswirkungen verbunden.

**Zu Z 50 (§ 343 Abs. 1a):**

Die vorgeschlagenen Regelungen betreffend die Nachfolgeordination sollen ermöglichen, dass der jeweilige Kassenvertrag nach spätestens drei Jahren ex lege vom bisherigen Kassenarzt auf den Praxisnachfolger übergeht.

Voraussetzung hierfür ist, dass ein Kassenarzt, der seine Ordination an einen Nachfolger übergeben will, mit diesem eine Kooperation eingeht. Der potentielle Nachfolger ist aus dem Kreis der drei Bestgereihten nach den Reihungskriterien für Bewerber um einen Einzelvertrag zu wählen. Mit Beginn der Kooperation beginnt auch die Dreijahresfrist zu laufen, bis zu deren Ende ein automatischer Übergang des Kassenvertrages zulässig ist. Innerhalb dieser drei Jahre kann der Arzt seine Zusammenarbeit mit einem Bewerber um die Nachfolge beenden und eine neuerliche Auswahl unter den drei Bestgereihten treffen (eine zweimalige Auswahl des potentiellen Nachfolgers ist möglich). Allerdings müssen sich Kassenarzt und potentieller Nachfolger innerhalb eines Jahres der Zusammenarbeit entscheiden, ob sie weiter zusammenarbeiten wollen bzw. der Bewerber tatsächlich (und verbindlich) die Nachfolge des Kassenarztes antritt. Diese Einjahresfrist wurde deshalb gewählt, damit der Kassenarzt einerseits genügend Zeit hat, seinen potentiellen Nachfolger kennen zu lernen, andererseits soll auch der potentielle Nachfolger nach einem Jahr wissen, ob er den Kassenvertrag übernehmen kann oder nicht. Damit ist ausgeschlossen, dass ein Kassenarzt seinen potentiellen Nachfolger bis zum letzten Tag der Dreijahresfrist im Unklaren darüber lassen kann, ob er den Kassenvertrag erhält oder nicht. In diesem Jahr ist auch genügend Zeit, um eine konkrete Praxisübergaberegung zu treffen.

Mit dieser Maßnahme sind keine finanziellen Auswirkungen verbunden.

**Zu Z 69 (§ 357 Abs. 1):**

Im Rahmen des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 164/1999 wurde zur Beseitigung behindertendiskriminierender Bestimmungen ua. das Allgemeine Verwaltungsverfahrensgesetz 1991 geändert. Die neu eingeführte Bestimmung des § 17a AVG, derzufolge die Behörde blinden und hochgradig sehbehinderten Beteiligten, die eines Vertreters entbehren, auf Verlangen den Inhalt von Akten(teilen) durch Verlesung oder nach Maßgabe der vorhandenen technischen Möglichkeiten in sonst geeigneter Weise zur Kenntnis zu bringen hat, soll auch für das Verfahren vor den Sozialversicherungsträgern gelten.

Mit dieser Maßnahme sind keine finanziellen Auswirkungen verbunden.

**Zu Z 71 (§ 447g Abs. 6):**

Aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung soll bei der Bevorschussung von Überweisungen aus dem Ausgleichsfonds der Pensionsversicherungsträger nach § 447g Abs. 6 ASVG zur Rechtslage vor dem 1. August 1998 zurückgekehrt werden (die geltende Rechtslage beruht auf der 55. ASVG-Novelle; zurückgekehrt werden soll zu § 447g Abs. 6 ASVG in der Fassung der 51. ASVG-Novelle, die mit 1. Jänner 1994 in Kraft getreten war).

Mit dieser Maßnahme sind keine finanziellen Auswirkungen verbunden.

**Zu den Z 74, 75 und 77 (§§ 572 Abs. 1 Z 4a und 5 sowie 581 Abs. 1 Z 3):**

Aus verwaltungsökonomischen Überlegungen soll die Neuregelung der Sachleistungszuständigkeit bei mehrfacher Krankenversicherung bis zum Ablauf des Jahres 2002 ausgesetzt werden.

Mit dieser Maßnahme sind keine finanziellen Auswirkungen verbunden.

**Zu den Z 76 und 80 (§§ 572 Abs. 4a und 590 Abs. 7):**

Am 1. Jänner 2001 wird der Pflichtversicherungstatbestand des § 4 Abs. 4 ASVG auch für Personen hinsichtlich ihrer Tätigkeit als Kunstschaffende wirksam. Für diesen Personenkreis soll im Wesentlichen das gleiche Übergangsrecht gelten wie für jene Erwerbstätigen, die mit 1. Jänner 1998 erstmals in die Sozialversicherung einbezogen worden sind (Ausnahme von der Pflichtversicherung auf Antrag, wenn zum Stichtag 1. Jänner 2001 das 50. Lebensjahr vollendet ist und noch nicht 180 Beitragsmonate der Pflichtversicherung erworben sind, und Ausnahme von der Pflichtversicherung ex lege, wenn ein bestimmtes Lebensalter erreicht ist).

Aus finanzieller Sicht ergeben sich keine Auswirkungen, da die geringfügigen Beitragsmindereinnahmen zu einem späteren Zeitpunkt durch nicht anfallende Leistungsaufwendungen kompensiert werden.

**Zu Z 79 (§ 588 Abs. 14 Z 3):**

Nach § 588 Abs. 14 ASVG ist bei der Rückführung des Verwaltungs- und Verrechnungsaufwandes der Sozialversicherungsträger auf das Niveau von 1999 ua. die Vergütung für die Mitwirkung an fremden Aufgaben nach § 82 Abs. 1 ASVG nicht zu beachten.

Durch die Verwendung des Ausdrucks „Abs. 1“ wurde eine ungewollte Einschränkung dahingehend vorgenommen, dass nur die Vergütung für die Mitwirkung an der Durchführung der Unfall- und Pensionsversicherung, nicht jedoch die Vergütung für die Einhebung der Arbeitslosenversicherungsbeiträge, der Arbeiterkammerumlage usw. außer Acht zu lassen ist.

Dieses redaktionelle Versehen soll nunmehr beseitigt werden.

Mit dieser Maßnahme sind keine finanziellen Auswirkungen verbunden.

**Zu Z 80 (§ 590 Abs. 4):**

Diese Änderung entspricht einer gleichartigen Änderung im BSVG, wie sie im Rahmen des Entwurfes einer 24. Novelle zum BSVG vorgeschlagen wurde, weshalb auf gesonderte Erläuterungen hiezu verzichtet werden kann.

## Textgegenüberstellung Änderung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes

### Geltende Fassung:

#### Ausnahmen von der Vollversicherung

§ 5. (1) Von der Vollversicherung nach § 4 sind - unbeschadet einer nach § 7 oder nach § 8 eintretenden Teilversicherung - ausgenommen:

1. bis 7. unverändert.
8. Notariatskandidaten im Sinne des Notarversicherungsgesetzes 1972, hinsichtlich einer Beschäftigung, welche die Pensionsversicherung für das Notariat begründet, sowie Rechtsanwaltsanwärter;
9. bis 12. unverändert.
13. Aufgehoben.
14. Aufgehoben.
15. Aufgehoben.

(2) unverändert.

#### Teilversicherung von im § 4 genannten Personen

§ 7. Nur in den nachstehend angeführten Versicherungen sind von den im § 4 genannten Personen auf Grund dieses Bundesgesetzes versichert (teilversichert):

1. in der Kranken- und Unfallversicherung hinsichtlich der nachstehend bezeichneten Beschäftigungsverhältnisse:
  - a) bis d) unverändert.
  - e) die Rechtsanwaltsanwärter;
  - f) die Erntehelfer gemäß § 18 Abs. 3 Z 2 Fremden-gesetz.

### Vorgeschlagene Fassung:

#### Ausnahmen von der Vollversicherung

§ 5. (1) Von der Vollversicherung nach § 4 sind - unbeschadet einer nach § 7 oder nach § 8 eintretenden Teilversicherung - ausgenommen:

1. bis 7. unverändert.
8. Notariatskandidaten im Sinne des Notarversicherungsgesetzes 1972, hinsichtlich einer Beschäftigung, welche die Pensionsversicherung für das Notariat begründet;
9. bis 12. unverändert.
13. Erntehelfer nach § 18 Abs. 3 Z 2 des Fremden-gesetzes 1997, BGBl. I Nr. 75;
14. Rechtsanwälte und Rechtsanwaltsanwärter hinsichtlich einer Beschäftigung, die die Teilnahme an der Versorgungseinrichtung einer Rechtsanwaltskammer begründet;
15. Ziviltechniker und Berufsanwärter im Sinne des Ziviltechniker-kammergesetzes 1993, BGBl. Nr. 157/1994, hinsichtlich einer Beschäftigung, die die Teilnahme an der Wohlfahrtseinrichtung der Bundeskammer der Architekten und Ingenieurkonsulenten begründet.

(2) unverändert.

#### Teilversicherung von im § 4 genannten Personen

§ 7. Nur in den nachstehend angeführten Versicherungen sind von den im § 4 genannten Personen auf Grund dieses Bundesgesetzes versichert (teilversichert):

1. in der Kranken- und Unfallversicherung hinsichtlich der nachstehend bezeichneten Beschäftigungsverhältnisse:
  - a) bis d) unverändert.
  - e) die angestellten Rechtsanwälte und die Rechtsanwaltsanwärter;
  - f) die Erntehelfer nach § 18 Abs. 3 Z 2 des Fremden-gesetzes 1997;

2. bis 4. unverändert.  
in der Unfall- und Pensionsversicherung

### Sonstige Teilversicherung

§ 8. (1) bis (3) unverändert.

(4) Aufgehoben.

(5) und (6) unverändert.

### Selbstversicherung in der Krankenversicherung

§ 16. (1) bis (5) unverändert.

(6) Die Selbstversicherung endet außer mit dem Wegfall der Voraussetzungen

1. und 2. unverändert.

3. bei den im Abs. 2 bezeichneten Personen mit dem Ablauf des dritten Kalendermonates nach dem Ende des Studien(Schul)jahres (§ 19 des Allgemeinen Hochschul-Studiengesetzes bzw. §§ 2 und 5 des Schulzeitgesetzes), in dem der Hörer letztmalig inskribiert war bzw. einen Lehrgang oder Kurs der Diplomatischen Akademie besucht hat oder in dem die Zulassung zum Studium erloschen ist oder nach dem Verstreichen des letzten Prüfungstermines.

In den Fällen der Z. 1 und 2 endet die Selbstversicherung frühestens mit dem Ablauf von sechs aufeinanderfolgenden Kalendermonaten nach dem Beginn der Selbstversicherung, wobei ein neuerlicher Antrag auf Selbstversicherung erst nach Ablauf von weiteren sechs Monaten gestellt werden kann. Dies gilt nicht in den Fällen der Z. 1, wenn der Austritt aus dem Grund des Beginnes der Angehörigeneigenschaft im Sinne des § 123, des § 56 des Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes, des § 78 des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes oder des § 83 des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes oder aus dem Grund des Beginnes einer

g) die angestellten Geschäftsführer von Ziviltechnikergesellschaften und die Berufsanwärter im Sinne des Ziviltechnikerkammergesetzes 1993.

2. bis 4. unverändert.  
in der Unfall- und Pensionsversicherung

### Sonstige Teilversicherung

§ 8. (1) bis (3) unverändert.

(4) Abs. 1 Z 3 lit. c ist nicht auf Personen anzuwenden, die als Volontäre an einem Programm der Europäischen Gemeinschaften zur Förderung der Mobilität junger Menschen teilnehmen.

(5) und (6) unverändert.

### Selbstversicherung in der Krankenversicherung

§ 16. (1) bis (5) unverändert.

(6) Die Selbstversicherung endet außer mit dem Wegfall der Voraussetzungen

1. und 2. unverändert.

3. bei den im Abs. 2 bezeichneten Personen mit dem Ablauf des dritten Kalendermonates nach dem Ende des Studien(Schul)jahres (§ 6 des Universitäts-Studiengesetzes bzw. §§ 2 und 5 des Schulzeitgesetzes), in dem der Hörer letztmalig inskribiert war bzw. einen Lehrgang oder Kurs der Diplomatischen Akademie besucht hat oder in dem die Zulassung zum Studium erloschen ist oder nach dem Verstreichen des letzten Prüfungstermines.

In den Fällen der Z. 1 und 2 endet die Selbstversicherung frühestens mit dem Ablauf von sechs aufeinanderfolgenden Kalendermonaten nach dem Beginn der Selbstversicherung, wobei ein neuerlicher Antrag auf Selbstversicherung erst nach Ablauf von weiteren sechs Monaten gestellt werden kann. Dies gilt nicht in den Fällen der Z. 1, wenn der Austritt aus dem Grund des Beginnes der Angehörigeneigenschaft im Sinne des § 123, des § 56 des Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes, des § 78 des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes oder des § 83 des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes oder aus dem Grund des Beginnes einer

Krankenfürsorge seitens einer Krankenfürsorgeeinrichtung eines öffentlich-rechtlichen Dienstgebers erklärt wurde.

#### **Sachliche Zuständigkeit der Trägerder Krankenversicherung**

§ 26. (1) Zur Durchführung der Krankenversicherung sind - unbeschadet der Bestimmungen des § 16 Abs. 5 über die Selbstversicherung - sachlich zuständig:

1. und 2. unverändert.
  3. die Betriebskrankenkassen
    - a) und b) unverändert.
    - c) für Personen, die unmittelbar vor Antritt des ordentlichen oder außerordentlichen Präsenzdienstes die Voraussetzungen der lit. a erfüllt hatten;
  4. und 5. unverändert.
- (2) bis (4) unverändert.

#### **Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger**

§ 31. (1) bis (7) unverändert.

(8) Die Erstellung von Richtlinien gemäß Abs. 3 Z 9, die Aufstellung von Vorschriften gemäß Abs. 3 Z 10 und die Herausgabe eines Heilmittelverzeichnisses gemäß Abs. 3 Z 12 sowie die im Abs. 5 bezeichneten Richtlinien bedürfen der Beurkundung des gesetzmäßigen Zustandekommens durch den Bundesminister für Arbeit, Gesundheit und Soziales und sind sodann in der Fachzeitschrift "Soziale Sicherheit" zu verlautbaren. Die Richtlinien gemäß § 31 Abs. 3 Z 9 können entsprechend den Abschlüssen der Kollektivverträge für die Versicherungsträger auch rückwirkend geändert werden.

(9) Soweit den Verlautbarungen in der Fachzeitschrift "Soziale Sicherheit" ihrem Inhalt nach rechtsverbindliche Kraft zukommt, beginnt diese, wenn in ihnen oder gesetzlich nichts anderes bestimmt ist, nach Ablauf des Tages der

Krankenfürsorge seitens einer Krankenfürsorgeeinrichtung eines öffentlich-rechtlichen Dienstgebers erklärt wurde.

#### **Sachliche Zuständigkeit der Trägerder Krankenversicherung**

§ 26. (1) Zur Durchführung der Krankenversicherung sind - unbeschadet der Bestimmungen des § 16 Abs. 5 über die Selbstversicherung - sachlich zuständig:

1. und 2. unverändert.
  3. die Betriebskrankenkassen
    - a) und b) unverändert.
    - c) für die Bezieher einer Pension aus der Pensionsversicherung der Angestellten, wenn die Betriebskrankenkasse für die Krankenversicherung in der letzten Beschäftigung vor dem Entstehen des Pensionsanspruches zuständig war oder wäre;
    - d) für Personen, die unmittelbar vor Antritt des ordentlichen oder außerordentlichen Präsenzdienstes die Voraussetzungen der lit. a erfüllt hatten.
  4. und 5. unverändert.
- (2) bis (4) unverändert.

#### **Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger**

§ 31. (1) bis (7) unverändert.

(8) Die Erstellung von Richtlinien gemäß Abs. 3 Z 9, die Aufstellung von Vorschriften gemäß Abs. 3 Z 10 und die Herausgabe eines Heilmittelverzeichnisses gemäß Abs. 3 Z 12 sowie die im Abs. 5 bezeichneten Richtlinien bedürfen der Beurkundung des gesetzmäßigen Zustandekommens durch den Bundesminister für Arbeit, Gesundheit und Soziales und sind sodann im Internet zu verlautbaren. Die Richtlinien gemäß § 31 Abs. 3 Z 9 können entsprechend den Abschlüssen der Kollektivverträge für die Versicherungsträger auch rückwirkend geändert werden.

(9) Die nach Abs. 8 und nach den §§ 455 Abs. 1 und 456a Abs. 3 im Internet zu verlautbarenden Texte von Rechtsvorschriften und deren Änderungen müssen

1. jederzeit ohne Identitätsnachweis und sondergebührenfrei zugänglich

Kundmachung; als solcher gilt der Tag, an dem das Heft der Zeitschrift, das die Verlautbarung enthält, herausgegeben und versendet wird. Der Tag der Herausgabe, an dem zugleich die Versendung zu erfolgen hat, ist auf jedem Heft der Zeitschrift anzugeben. Der Bezug der Zeitschrift ist nach Möglichkeit zu erleichtern, der Preis nach Maßgabe der Herstellungskosten festzusetzen. Die Zeitschrift hat bei allen Sozialversicherungsträgern (beim Hauptverband) während der Dienststunden zur unentgeltlichen öffentlichen Einsicht aufzuliegen.

(10) bis (12) unverändert.

### Management

§ 32c. Zur Erfüllung der Aufgaben nach den §§ 32a und 32b ist ein Management einzurichten. Die Verbandskonferenz hat hierfür durch Beschluss zwei qualifizierte Mitarbeiter(innen) des leitenden Dienstes nach den Bestimmungen der Dienstordnung A für die Angestellten bei den Sozialversicherungsträgern Österreichs, die bei verschiedenen Versicherungsträgern beschäftigt sind, jeweils für die Dauer von zwei Jahren zu bestellen, wobei eine unmittelbare Wiederbestellung unzulässig ist. Zumindest eine(r) dieser zwei qualifizierten Mitarbeiter(innen) muss der (die) leitende Angestellte eines Versicherungsträgers sein. Die bestellten Personen sind zur Amtsübernahme verpflichtet und vom Sozialversicherungsträger für die Dauer der Ausübung des Amtes unter Wahrung ihrer dienst- und besoldungsrechtlichen Ansprüche zu beurlauben. Das Management ist unmittelbar der Controllinggruppe verantwortlich. Abschnitt IX des Achten Teiles ist sinngemäß anzuwenden.

sein;

2. ab 1. Jänner 2002 in ihrer verlautbarten Form vollständig und auf Dauer ermittelt werden können.

Die aus der Verlautbarung im Internet zusätzlich entstehenden Kosten sind von jenen Stellen zu tragen, die diese Verlautbarung vorzunehmen haben.

(9a) Soweit der Verlautbarung nach Abs.9 ihrem Inhalt nach rechtsverbindliche Kraft zukommt, beginnt diese, wenn nicht ausdrücklich anderes bestimmt ist, nach Ablauf des fünften Kalendertages ab dem Zeitpunkt der Freigabe der Verlautbarung zur Abfrage. Tag und Uhrzeit der Freigabe sind bei jeder Verlautbarung anzugeben. Schreibfehler in Verlautbarungen im Internet, ferner Verstöße gegen die innere Einrichtung der Verlautbarung (Nummerierungen, technische Verweisungen, Angabe des Freigabetages usw.), werden durch Kundmachung des Hauptverbandes berichtet. Die technische Einrichtung der Verlautbarung im Internet gehört zu den Aufgaben des Hauptverbandes nach Abs. 4 Z 6.

(10) bis (12) unverändert.

### Management

§ 32c. Zur Erfüllung der Aufgaben nach den §§ 32a und 32b ist ein Management einzurichten. Die Verbandskonferenz hat hierfür durch Beschluss zwei qualifizierte Mitarbeiter(innen) des leitenden Dienstes nach den Bestimmungen der Dienstordnung A für die Angestellten bei den Sozialversicherungsträgern Österreichs, die bei verschiedenen Versicherungsträgern beschäftigt sind, jeweils für die Dauer von zwei Jahren zu bestellen, wobei eine unmittelbare Wiederbestellung unzulässig ist. Zumindest eine(r) dieser zwei qualifizierten Mitarbeiter(innen) muss der (die) leitende Angestellte eines Versicherungsträgers sein. Die bestellten Personen sind für die Dauer der Ausübung ihres Amtes unter Fortzahlung ihrer Bezüge vom Dienst im erforderlichen Ausmaß freizustellen. Die Versicherungsträger (der Hauptverband) sind verpflichtet, dem Management das zur Erfüllung seiner Aufgaben notwendige Personal sowie die erforderlichen Räumlichkeiten und Mittel vorrangig zur Verfügung zu stellen. Dieses Personal ist in gleicher Weise wie das Management vom Dienst freizustellen. Dienort ist der Sitz jenes

### Verzugszinsen

**§ 59.** (1) Werden Beiträge nicht innerhalb von 15 Tagen  
1. und 2. unverändert.

eingezahlt, so sind von diesen rückständigen Beiträgen, wenn nicht gemäß § 113 Abs. 1 ein Beitragszuschlag vorgeschrieben wird, Verzugszinsen in einem Hundertsatz der rückständigen Beiträge zu entrichten. Der Hundertsatz berechnet sich jeweils für ein Kalenderjahr aus der jeweiligen von der Oesterreichischen Nationalbank verlaublichen Sekundärmarktrendite für Bundesanleihen im Oktober des dem Kalenderjahr vorangegangenen Jahres zuzüglich drei Prozentpunkten. Für rückständige Beiträge aus Beitragszeiträumen, die vor dem Zeitpunkt einer Änderung dieses Hundertsatzes liegen, sind die Verzugszinsen, soweit sie zu diesem Zeitpunkt nicht bereits vorgeschrieben sind, mit dem jeweils geänderten Hundertsatz zu berechnen. § 108 Abs. 3 der Bundesabgabenordnung, BGBl. Nr. 194/1961, gilt entsprechend. Für die Berechnung der Verzugszinsen können die rückständigen Beiträge auf volle 10 S abgerundet werden.

(2) bis (4) unverändert.

### Verwendung der Mittel

**§ 81.** Die Mittel der Sozialversicherung dürfen nur für die gesetzlich vorgeschriebenen oder zulässigen Zwecke verwendet werden. Zu den zulässigen Zwecken gehören im Rahmen der Zuständigkeit der Versicherungsträger (des Hauptverbandes) auch die Aufklärung, Information

Versicherungsträgers, dem die jeweils in das Management bestellte Person angehört. Das Management ist hinsichtlich seines aufgabenbezogenen Verhaltens der Controllinggruppe unmittelbar verantwortlich; die Controllinggruppe entscheidet auch über die Erforderlichkeit des zur Verfügung zu stellenden Personals und der zur Verfügung zu stellenden Räumlichkeiten und Mittel. Der Hauptverband hat den Versicherungsträgern die Kosten des zur Verfügung gestellten Personals und der zur Verfügung gestellten Räumlichkeiten und Mittel zu ersetzen. Abschnitt IX des Achten Teiles ist sinngemäß anzuwenden.

### Verzugszinsen

**§ 59.** (1) Werden Beiträge nicht innerhalb von 15 Tagen  
1. und 2. unverändert.

eingezahlt, so sind von diesen rückständigen Beiträgen, wenn nicht gemäß § 113 Abs. 1 ein Beitragszuschlag vorgeschrieben wird, Verzugszinsen in einem Hundertsatz der rückständigen Beiträge zu entrichten. Erfolgt die Einzahlung zwar verspätet, aber noch innerhalb von drei Tagen nach Ablauf der 15-Tage-Frist, so bleibt diese Verspätung ohne Rechtsfolgen. Der Hundertsatz berechnet sich jeweils für ein Kalenderjahr aus der jeweiligen von der Oesterreichischen Nationalbank verlaublichen Sekundärmarktrendite für Bundesanleihen im Oktober des dem Kalenderjahr vorangegangenen Jahres zuzüglich drei Prozentpunkten. Für rückständige Beiträge aus Beitragszeiträumen, die vor dem Zeitpunkt einer Änderung dieses Hundertsatzes liegen, sind die Verzugszinsen, soweit sie zu diesem Zeitpunkt nicht bereits vorgeschrieben sind, mit dem jeweils geänderten Hundertsatz zu berechnen. § 108 Abs. 3 der Bundesabgabenordnung, BGBl. Nr. 194/1961, gilt entsprechend. Für die Berechnung der Verzugszinsen können die rückständigen Beiträge auf volle 10 S abgerundet werden.

(2) bis (4) unverändert.

### Verwendung der Mittel

**§ 81.** (1) Die Mittel der Sozialversicherung dürfen nur für die gesetzlich vorgeschriebenen oder zulässigen Zwecke verwendet werden. Zu den zulässigen Zwecken gehören im Rahmen der Zuständigkeit der Versicherungsträger (des Hauptverbandes) auch die Aufklärung, Information

und sonstige Formen der Öffentlichkeitsarbeit sowie die Mitgliedschaft zu gemeinnützigen Einrichtungen, die der Forschung nach den wirksamsten Methoden und Mitteln zur Erfüllung der Aufgaben der Sozialversicherung dienen.

#### Aufgaben

§ 116. (1) und (2) unverändert.

(3) Mittel der Krankenversicherung können auch zur Förderung und Unterstützung von gemeinnützigen Einrichtungen, die der Verhütung oder Früherkennung von Krankheiten, der Verhütung von Unfällen, ausgenommen Arbeitsunfälle, der Sicherstellung der Leistung ärztlicher Hilfe oder der Betreuung von Kranken dienen, sowie zur Förderung der Niederlassung von Vertragsärzten in medizinisch schlecht versorgten Gebieten und zur Aufrechterhaltung der Praxis in solchen Gebieten verwendet werden, wenn dies der Erfüllung der in den Abs. 1 und 2 genannten Aufgaben dient.

(4) und (5) unverändert.

#### Anspruchsberechtigung für Angehörige

§ 123. (1) bis (3) unverändert.

(4) Kinder und Enkel (Abs. 2 Z. 2 bis 6) gelten als Angehörige bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Nach diesem Zeitpunkt gelten sie als Angehörige, wenn und solange sie

1. unverändert.
2. seit der Vollendung des 18. Lebensjahres oder seit dem Ablauf des in Z. 1 genannten Zeitraumes

und sonstige Formen der Öffentlichkeitsarbeit sowie die Mitgliedschaft zu gemeinnützigen Einrichtungen, die der Forschung nach den wirksamsten Methoden und Mitteln zur Erfüllung der Aufgaben der Sozialversicherung dienen.

#### Aufgaben

§ 116. (1) und (2) unverändert.

(3) Mittel der Krankenversicherung können auch zur Förderung und Unterstützung von gemeinnützigen Einrichtungen, die der Verhütung oder Früherkennung von Krankheiten, der Verhütung von Unfällen, ausgenommen Arbeitsunfälle, der Sicherstellung der Leistung ärztlicher Hilfe oder der Betreuung von Kranken dienen, sowie zur Förderung der Niederlassung von Vertragsärzten (Vertrags-Gruppenpraxen) in medizinisch schlecht versorgten Gebieten und zur Aufrechterhaltung der Praxis in solchen Gebieten verwendet werden, wenn dies der Erfüllung der in den Abs. 1 und 2 genannten Aufgaben dient.

(4) und (5) unverändert.

#### Anspruchsberechtigung für Angehörige

§ 123. (1) bis (3) unverändert.

(4) Kinder und Enkel (Abs. 2 Z. 2 bis 6) gelten als Angehörige bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Nach diesem Zeitpunkt gelten sie als Angehörige, wenn und solange sie

1. unverändert.
2. seit der Vollendung des 18. Lebensjahres oder seit dem Ablauf des in Z. 1 genannten Zeitraumes

a) und b) unverändert.

Die Angehörigeneigenschaft bleibt in den Fällen der Z 2 lit. b längstens für die Dauer von 24 Monaten ab den in Z 2 genannten Zeitpunkten gewahrt.

(5) bis (9) unverändert.

(10) Eine im Abs. 2 Z 1 sowie Abs. 7 und 8 genannte Person gilt nicht als Angehöriger, wenn sie im Ausland eine Erwerbstätigkeit ausübt, die, würde sie im Inland ausgeübt werden, nach den Bestimmungen dieses oder eines anderen Bundesgesetzes die Versicherungspflicht in der Krankenversicherung begründet.

(11) unverändert.

#### **Erstattung von Kosten der Krankenbehandlung**

§ 131. (1) und (2) unverändert.

(3) Bei im Inland eingetretenen Unfällen, plötzlichen Erkrankungen und ähnlichen Ereignissen kann der nächsterreichbare Arzt (Dentist), erforderlichenfalls auch die nächsterreichbare Krankenanstalt in Anspruch genommen werden, falls ein Vertragsarzt (Vertragsdentist) beziehungsweise eine Vertragskrankenanstalt oder eigene Einrichtung des Versicherungsträgers für die ärztliche Hilfe (Anstaltspflege) nicht rechtzeitig die notwendige Hilfe leisten kann. Der Versicherungsträger hat in solchen Fällen für die dem Versicherten tatsächlich erwachsenen Kosten (Arztkosten, Heilmittelkosten, Kosten der Anstaltspflege und Transportkosten) den in der Satzung festgesetzten Ersatz zu leisten. Darüber hinaus können nach Maßgabe der Satzung auch die notwendigen Reise(Fahrt)kosten übernommen werden. Für die weitere Behandlung ist, sofern der Versicherte nicht eine anderweitige Krankenbehandlung im Sinne des Abs. 1 in Anspruch nimmt, so bald wie möglich ein Vertragspartner (§ 338) oder eine eigene Einrichtung (Vertragseinrichtung) des Versicherungsträgers heranzuziehen, wenn der Zustand des Erkrankten (Verletzten) dies ohne Gefahr einer Verschlimmerung zuläßt.

(4) unverändert.

a) und b) unverändert;

3. an einem Programm der Europäischen Gemeinschaften zur Förderung der Mobilität junger Menschen teilnehmen, längstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres.

Die Angehörigeneigenschaft bleibt in den Fällen der Z 2 lit. b längstens für die Dauer von 24 Monaten ab den in Z 2 genannten Zeitpunkten gewahrt.

(5) bis (9) unverändert.

(10) Eine im Abs. 2 Z 1, Abs. 4 Z 3 sowie Abs. 7 und 8 genannte Person gilt nicht als Angehöriger, wenn sie im Ausland eine Erwerbstätigkeit ausübt, die, würde sie im Inland ausgeübt werden, nach den Bestimmungen dieses oder eines anderen Bundesgesetzes die Versicherungspflicht in der Krankenversicherung begründet.

(11) unverändert.

#### **Erstattung von Kosten der Krankenbehandlung**

§ 131. (1) und (2) unverändert.

(3) Bei im Inland eingetretenen Unfällen, plötzlichen Erkrankungen und ähnlichen Ereignissen kann der nächsterreichbare Arzt (Dentist) oder die nächsterreichbare Gruppenpraxis, erforderlichenfalls auch die nächsterreichbare Krankenanstalt in Anspruch genommen werden, falls ein Vertragsarzt (Vertragsdentist), eine Vertrags-Gruppenpraxis, eine Vertragskrankenanstalt oder eine eigene Einrichtung des Versicherungsträgers für die ärztliche Hilfe (Anstaltspflege) nicht rechtzeitig die notwendige Hilfe leisten kann. Der Versicherungsträger hat in solchen Fällen für die dem Versicherten tatsächlich erwachsenen Kosten (Arztkosten, Heilmittelkosten, Kosten der Anstaltspflege und Transportkosten) den in der Satzung festgesetzten Ersatz zu leisten. Darüber hinaus können nach Maßgabe der Satzung auch die notwendigen Reise(Fahrt)kosten übernommen werden. Für die weitere Behandlung ist, sofern der Versicherte nicht eine anderweitige Krankenbehandlung im Sinne des Abs. 1 in Anspruch nimmt, so bald wie möglich ein Vertragspartner (§ 338) oder eine eigene Einrichtung (Vertragseinrichtung) des Versicherungsträgers heranzuziehen, wenn der Zustand des Erkrankten (Verletzten) dies ohne Gefahr einer Verschlimmerung zuläßt.

(4) unverändert.

(5) Für Leistungen eines approbierten Arztes (§ 3 c des Ärztegesetzes 1984) besteht nur dann Anspruch auf Kostenerstattung, wenn der Arzt gemäß Artikel 36 Abs. 2 der Richtlinie 93/16/EWG das Recht erworben hat, den ärztlichen Beruf als praktischer Arzt im Rahmen eines Sozialversicherungssystems auszuüben.

(6) unverändert.

#### **Kostenerstattung bei Fehlen vertraglicher Regelungen mit den Ärzten (Dentisten)**

**§ 131a.** Stehen Vertragsärzte (Vertragsdentisten) infolge des Fehlens einer Regelung durch Verträge (§ 338) nicht zur Verfügung, so hat der Versicherungsträger dem Versicherten für die außerhalb einer eigenen Einrichtung in Anspruch genommene Behandlung (den Zahnersatz) die Kostenerstattung in der Höhe des Betrages zu leisten, der vor Eintritt des vertragslosen Zustandes bei Inanspruchnahme eines Wahlarztes (Wahldentisten) zu leisten gewesen wäre. Der Versicherungsträger kann diese Kostenerstattung durch die Satzung unter Bedachtnahme auf seine finanzielle Leistungsfähigkeit und das wirtschaftliche Bedürfnis der Versicherten erhöhen.

#### **Jugendlichenuntersuchungen**

**§ 132a.** (1) Die Träger der Krankenversicherung haben die bei ihnen pflichtversicherten Jugendlichen zwecks Überwachung ihres Gesundheitszustandes jährlich mindestens einmal einer ärztlichen Untersuchung zu unterziehen. Für die Durchführung der Untersuchung kommen insbesondere Vertragsärzte, Einrichtungen der Vertragsärzte und sonstiger Vertragspartner sowie eigene Einrichtungen in Betracht.

(2) bis (6) unverändert.

#### **Vorsorge(Gesunden)untersuchungen**

(5) Für Leistungen eines approbierten Arztes (§ 44 Abs.1 des Ärztegesetzes 1998) besteht nur dann Anspruch auf Kostenerstattung, wenn der Arzt gemäß Artikel 36 Abs. 2 der Richtlinie 93/16/EWG das Recht erworben hat, den ärztlichen Beruf als Arzt für Allgemeinmedizin im Rahmen eines Sozialversicherungssystems auszuüben.

(6) unverändert.

#### **Kostenerstattung bei Fehlen vertraglicher Regelungen mit den Ärzten (Dentisten) oder mit den Gruppenpraxen**

**§ 131a.** Stehen Vertragsärzte (Vertragsdentisten) oder Vertrags-Gruppenpraxen infolge des Fehlens einer Regelung durch Verträge (§ 338) nicht zur Verfügung, so hat der Versicherungsträger dem Versicherten für die außerhalb einer eigenen Einrichtung in Anspruch genommene Behandlung (den Zahnersatz) die Kostenerstattung in der Höhe des Betrages zu leisten, der vor Eintritt des vertragslosen Zustandes bei Inanspruchnahme eines Wahlarztes (Wahldentisten) oder einer Wahl-Gruppenpraxis zu leisten gewesen wäre. Der Versicherungsträger kann diese Kostenerstattung durch die Satzung unter Bedachtnahme auf seine finanzielle Leistungsfähigkeit und das wirtschaftliche Bedürfnis der Versicherten erhöhen.

#### **Jugendlichenuntersuchungen**

**§ 132a.** (1) Die Träger der Krankenversicherung haben die bei ihnen pflichtversicherten Jugendlichen zwecks Überwachung ihres Gesundheitszustandes jährlich mindestens einmal einer ärztlichen Untersuchung zu unterziehen. Für die Durchführung der Untersuchung kommen insbesondere Vertragsärzte, Einrichtungen der Vertragsärzte und sonstiger Vertragspartner, Vertrags-Gruppenpraxen sowie eigene Einrichtungen in Betracht.

(2) bis (6) unverändert.

#### **Vorsorge(Gesunden)untersuchungen**

§ 132b. (1) unverändert.

(2) Der Hauptverband hat die Durchführung dieser Vorsorge(Gesunden)untersuchungen durch Richtlinien zu regeln; in diesen Richtlinien sind unter Berücksichtigung des Fortschrittes der medizinischen Wissenschaft sowie der vom Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales jeweils als besonders vordringlich erklärten Maßnahmen zur Erhaltung der Volksgesundheit die Untersuchungsziele und der Kreis der für die Untersuchung in Betracht kommenden Personen festzulegen. Bei der Festlegung der Untersuchungsziele ist darauf Bedacht zu nehmen, daß die Vorsorge(Gesunden)untersuchungen insbesondere der Früherkennung von Volkskrankheiten, wie Krebs, Diabetes, Herz- und Kreislaufstörungen, zu dienen haben. Für die Durchführung der Untersuchungen kommen unter Bedachtnahme auf das Untersuchungsziel insbesondere Vertragsärzte, Einrichtungen der Vertragsärzte und sonstiger Vertragspartner sowie eigene Einrichtungen in Betracht. Die Träger der Krankenversicherung können überdies dafür Vorsorge treffen, daß Vorsorge(Gesunden)untersuchungen im Einvernehmen mit dem in Betracht kommenden Dienstgeber (Träger der Ausbildungsstätte) und dem in Betracht kommenden Organ der Betriebsvertretung auch in den Arbeits- oder Ausbildungsstätten der Versicherten durchgeführt werden können.

(3) bis (6) unverändert.

### Ärztliche Hilfe

§ 135. (1) Die ärztliche Hilfe wird durch Vertragsärzte, durch Wahlärzte (§ 131 Abs. 1), durch Ärzte in eigenen hierfür ausgestatteten Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) der Versicherungsträger gewährt. Im Rahmen der Krankenbehandlung (§ 133 Abs. 2) ist der ärztlichen Hilfe gleichgestellt:

1. und 2. unverändert.
3. eine psychotherapeutische Behandlung durch Personen, die gemäß § 11 des Psychotherapiegesetzes, BGBl. Nr. 361/1990, zur selbständigen Ausübung der Psychotherapie berechtigt sind, wenn nachweislich vor oder nach der ersten, jedenfalls vor der zweiten psychotherapeutischen Behandlung innerhalb desselben Abrechnungszeitraumes eine ärztliche Untersuchung (§ 1 Abs. 2 Z1 des Ärztegesetzes 1984, BGBl. Nr. 373) stattgefunden hat.

§ 132b. (1) unverändert.

(2) Der Hauptverband hat die Durchführung dieser Vorsorge(Gesunden)untersuchungen durch Richtlinien zu regeln; in diesen Richtlinien sind unter Berücksichtigung des Fortschrittes der medizinischen Wissenschaft sowie der vom Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales jeweils als besonders vordringlich erklärten Maßnahmen zur Erhaltung der Volksgesundheit die Untersuchungsziele und der Kreis der für die Untersuchung in Betracht kommenden Personen festzulegen. Bei der Festlegung der Untersuchungsziele ist darauf Bedacht zu nehmen, daß die Vorsorge(Gesunden)untersuchungen insbesondere der Früherkennung von Volkskrankheiten, wie Krebs, Diabetes, Herz- und Kreislaufstörungen, zu dienen haben. Für die Durchführung der Untersuchungen kommen unter Bedachtnahme auf das Untersuchungsziel insbesondere Vertragsärzte, Einrichtungen der Vertragsärzte und sonstiger Vertragspartner, Vertrags-Gruppenpraxen sowie eigene Einrichtungen in Betracht. Die Träger der Krankenversicherung können überdies dafür Vorsorge treffen, daß Vorsorge(Gesunden)untersuchungen im Einvernehmen mit dem in Betracht kommenden Dienstgeber (Träger der Ausbildungsstätte) und dem in Betracht kommenden Organ der Betriebsvertretung auch in den Arbeits- oder Ausbildungsstätten der Versicherten durchgeführt werden können.

(3) bis (6) unverändert.

### Ärztliche Hilfe

§ 135. (1) Die ärztliche Hilfe wird durch Vertragsärzte und Vertrags-Gruppenpraxen, durch Wahlärzte und Wahl-Gruppenpraxen (§ 131 Abs. 1) sowie durch Ärzte in eigenen Einrichtungen (oder Vertragseinrichtungen) der Versicherungsträger gewährt. Im Rahmen der Krankenbehandlung (§ 133 Abs. 2) ist der ärztlichen Hilfe gleichgestellt:

1. und 2. unverändert.
3. eine psychotherapeutische Behandlung durch Personen, die gemäß § 11 des Psychotherapiegesetzes, BGBl. Nr. 361/1990, zur selbständigen Ausübung der Psychotherapie berechtigt sind, wenn nachweislich vor oder nach der ersten, jedenfalls vor der zweiten psychotherapeutischen Behandlung innerhalb desselben Abrechnungszeitraumes eine ärztliche Untersuchung (§ 2 Abs. 2 Z1

(2) In der Regel soll die Auswahl zwischen mindestens zwei zur Behandlung berufenen, für den Erkrankten in angemessener Zeit erreichbaren Ärzten freigestellt sein. Bestehen bei einem Versicherungsträger eigene Einrichtungen für die Gewährung der ärztlichen Hilfe oder wird diese durch Vertragseinrichtungen gewährt, muß die Wahl der Behandlung zwischen einer dieser Einrichtungen und einem oder mehreren Vertragsärzten (Wahlärzten) unter gleichen Bedingungen freigestellt sein. Insoweit Zuzahlungen zu den Leistungen vorgesehen sind, müssen diese in den Ambulatorien und bei den freiberuflich tätigen Vertragsärzten gleich hoch sein.

(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. Für jeden Krankenschein (ausgenommen Überweisungsscheine, Zuweisungsscheine) ist vom Anspruchsberechtigten eine Gebühr von 50 S an den Dienstgeber (§ 361 Abs. 3) bzw. an die sonst zur Ausstellung des Krankenscheines verpflichtete Stelle für Rechnung des Versicherungsträgers zu zahlen. Diese Gebühr darf nicht eingehoben werden

1. bis 6. unverändert.

Bei der Erstattung der Kosten der Krankenbehandlung gemäß § 131 Abs. 1 bis 3 hat der Versicherungsträger den Betrag einzubehalten, der bei der Inanspruchnahme eines Vertragsarztes als Krankenscheingebühr zu entrichten gewesen wäre.

(4) und (5) unverändert.

(6) In den Fällen der Inanspruchnahme einer Leistung eines klinischen Psychologen (Abs. 1 Z 2) oder eines Psychotherapeuten (Abs. 1 Z 3) hat der (die) Versicherte an den Vertragspartner für Rechnung des Versicherungsträgers einen Behandlungsbeitrag in der Höhe von 20% des jeweiligen Vertragshonorares zu zahlen, wenn Gesamtverträge nach § 349 Abs. 2 bestehen.

### **Zahnbehandlung und Zahnersatz**

des Ärztegesetzes 1998) stattgefunden hat.

(2) In der Regel soll die Auswahl zwischen mindestens zwei zur Behandlung berufenen, für den Erkrankten in angemessener Zeit erreichbaren Ärzten oder Gruppenpraxen freigestellt sein. Bestehen bei einem Versicherungsträger eigene Einrichtungen für die Gewährung der ärztlichen Hilfe oder wird diese durch Vertragseinrichtungen gewährt, muß die Wahl der Behandlung zwischen einer dieser Einrichtungen und einem oder mehreren Vertragsärzten (Wahlärzten) bzw. einer oder mehreren Vertrags-Gruppenpraxen (Wahl-Gruppenpraxen) unter gleichen Bedingungen freigestellt sein. Insoweit Zuzahlungen zu den Leistungen vorgesehen sind, müssen diese in den Ambulatorien, bei den freiberuflich tätigen Vertragsärzten und in den Vertrags-Gruppenpraxen gleich hoch sein.

(3) Bei der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe durch einen Vertragsarzt, in einer Vertrags-Gruppenpraxis 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. Für jeden Krankenschein (ausgenommen Überweisungsscheine, Zuweisungsscheine) ist vom Anspruchsberechtigten eine Gebühr von 50 S an den Dienstgeber (§ 361 Abs. 3) bzw. an die sonst zur Ausstellung des Krankenscheines verpflichtete Stelle für Rechnung des Versicherungsträgers zu zahlen. Diese Gebühr darf nicht eingehoben werden

1. bis 6. unverändert.

Bei der Erstattung der Kosten der Krankenbehandlung gemäß § 131 Abs. 1 bis 3 hat der Versicherungsträger den Betrag einzubehalten, der bei der Inanspruchnahme eines Vertragsarztes als Krankenscheingebühr zu entrichten gewesen wäre.

(4) und (5) unverändert.

(6) In den Fällen der Inanspruchnahme einer Leistung eines Psychotherapeuten (Abs. 1 Z 3) hat der (die) Versicherte an den Vertragspartner für Rechnung des Versicherungsträgers einen Behandlungsbeitrag in der Höhe von 20% des jeweiligen Vertragshonorares zu zahlen, wenn Gesamtverträge nach § 349 Abs. 2 bestehen.

### **Zahnbehandlung und Zahnersatz**

§ 153. (1) und (2) unverändert.

(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, Wahldentisten (§ 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 gesamtvertraglichen Vereinbarungen (§§ 341, 343c Abs.1 Z 1) nicht vorgesehene Leistungen dürfen in den Zahnambulatorien nicht erbracht werden; in den Zahnambulatorien dürfen aber jedenfalls jene Leistungen erbracht werden, die Gegenstand des letztgültigen Vertrages gemäß § 341 bzw. § 343c Abs. 1 Z 1 sind oder waren.

(4) Bei der Inanspruchnahme der chirurgischen oder konservierenden Zahnbehandlung durch einen Vertragszahnarzt oder Vertragsdentisten oder in einer eigenen Einrichtung (Vertragseinrichtung) des Versicherungsträgers ist ein Zahnbehandlungsschein vorzulegen. Der Hauptverband hat hierfür einen einheitlichen, für alle Versicherungsträger gültigen Vordruck aufzulegen. Für jeden Zahnbehandlungsschein (ausgenommen Überweisungsscheine, Zuweisungsscheine) ist vom Anspruchsberechtigten eine Gebühr von 50 S an den Dienstgeber (§ 361 Abs.3) bzw. an die sonst zur Ausstellung des Zahnbehandlungsscheines verpflichtete Stelle für Rechnung des Versicherungsträgers zu zahlen. § 135 Abs.3 vierter und fünfter Satz ist anzuwenden.

(5) unverändert.

#### **Voraussetzungen für den Anspruch auf Ausgleichszulage**

§ 292. (1) und (2) unverändert.

§ 153. (1) und (2) unverändert.

(3) Zahnbehandlung und Zahnersatz werden als Sachleistungen durch Vertragsärzte oder Vertrags-Gruppenpraxen, Wahlärzte oder Wahl-Gruppenpraxen (§ 131 Abs. 1), nach den Bestimmungen des Dentistengesetzes, BGBl. Nr. 90/1949, auch durch Vertragsdentisten, Wahldentisten (§ 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 sowie bei den Vertrags-Gruppenpraxen gleich hoch sein. In gesamtvertraglichen Vereinbarungen (§§ 341, 343c Abs. 1 Z 1) nicht vorgesehene Leistungen dürfen in den Zahnambulatorien nicht erbracht werden; in den Zahnambulatorien dürfen aber jedenfalls jene Leistungen erbracht werden, die Gegenstand des letztgültigen Vertrages gemäß § 341 bzw. § 343c Abs. 1 Z 1 sind oder waren.

(4) Bei der Inanspruchnahme der chirurgischen oder konservierenden Zahnbehandlung durch einen Vertragszahnarzt oder Vertragsdentisten oder in einer Vertrags-Gruppenpraxis oder in einer eigenen Einrichtung (Vertragseinrichtung) des Versicherungsträgers ist ein Zahnbehandlungsschein vorzulegen. Der Hauptverband hat hierfür einen einheitlichen, für alle Versicherungsträger gültigen Vordruck aufzulegen. Für jeden Zahnbehandlungsschein (ausgenommen Überweisungsscheine, Zuweisungsscheine) ist vom Anspruchsberechtigten eine Gebühr von 50 S an den Dienstgeber (§ 361 Abs.3) bzw. an die sonst zur Ausstellung des Zahnbehandlungsscheines verpflichtete Stelle für Rechnung des Versicherungsträgers zu zahlen. § 135 Abs.3 vierter und fünfter Satz ist anzuwenden.

(5) unverändert.

#### **Voraussetzungen für den Anspruch auf Ausgleichszulage**

§ 292. (1) und (2) unverändert.

(2a) Abweichend von den Abs. 1 und 2 sind bei der Feststellung des Anspruches auf Ausgleichszulage weitere Pensionsansprüche des (der)

(3) bis (13) unverändert.

#### **Unterhaltsansprüche und Nettoeinkommen**

§ 294. (1) Bei Anwendung des § 292 sind Unterhaltsansprüche des Pensionsberechtigten gegen

a) bis c) unverändert.

gleichviel ob und in welcher Höhe die Unterhaltsleistung tatsächlich erbracht wird, dadurch zu berücksichtigen, daß dem Nettoeinkommen des Pensionsberechtigten in den Fällen der lit. b und c 12,5 vH des monatlichen Nettoeinkommens der dort genannten Personen zuzurechnen sind. Der so festgestellte Betrag vermindert sich jedoch in dem Ausmaß, in dem das dem Verpflichteten verbleibende Nettoeinkommen den Richtsatz gemäß § 293 Abs.1 lit.b unterschreitet.

(2) Ist eine der im Abs. 1 angeführten Personen auch gegenüber anderen Angehörigen als dem Pensionsberechtigten unterhaltspflichtig, so ist der nach Abs. 1 in Betracht kommende Hundertsatz des monatlichen Nettoeinkommens für jeden dieser Unterhaltsberechtigten um 2 v. H. zu vermindern.

(3) bis (5) unverändert.

#### **Regelung durch Verträge**

§ 338. (1) Die Beziehungen der Träger der Sozialversicherung (des Hauptverbandes) zu den freiberuflich tätigen Ärzten, Dentisten, Hebammen,

Pensionsberechtigten sowie Pensionsansprüche des (der) im gemeinsamen Haushalt lebenden Ehegatten (Ehegattin) im Bruttowert zu berücksichtigen.

(3) bis (13) unverändert.

#### **Unterhaltsansprüche und Nettoeinkommen**

§ 294. (1) Bei Anwendung des § 292 werden Unterhaltsansprüche des Pensionsberechtigten gegen

a) den Ehegatten (die Ehegattin), sofern er (sie) mit dem Pensionsberechtigten nicht im gemeinsamen Haushalt lebt,

b) den geschiedenen Ehegatten (die geschiedene Ehegattin),

c) die Eltern, sofern sie mit dem Pensionsberechtigten im gemeinsamen Haushalt leben,

gleichviel, ob und in welcher Höhe die Unterhaltsleistung tatsächlich erbracht wird, dadurch berücksichtigt, dass dem Nettoeinkommen des Pensionsberechtigten in den Fällen der lit. a und b 40% der Summe der monatlichen Nettoeinkommen des Unterhaltsberechtigten und des Unterhaltsverpflichteten abzüglich des monatlichen Nettoeinkommens des Unterhaltsberechtigten und in den Fällen der lit. c 12,5% des monatlichen Nettoeinkommens der dort genannten Personen zugerechnet werden. Der so festgestellte Betrag vermindert sich jedoch in dem Ausmaß, in dem das dem Verpflichteten verbleibende Nettoeinkommen den Richtsatz nach § 293 Abs. 1 lit. b unterschreitet.

(2) Wird die Unterhaltspflicht einer der im Abs. 1 angeführten Personen auch gegenüber anderen Angehörigen als dem Pensionsberechtigten nachgewiesen, so wird das nach Abs. 1 in Betracht kommende monatliche Nettoeinkommen (lit. a und b) bzw. der Prozentsatz des monatlichen Nettoeinkommens (lit. c) des Unterhaltspflichtigen für jeden dieser Unterhaltsberechtigten um 4% vermindert.

(3) bis (5) unverändert.

#### **Regelung durch Verträge**

§ 338. (1) Die Beziehungen der Träger der Sozialversicherung (des Hauptverbandes) zu den freiberuflich tätigen Ärzten, Gruppenpraxen nach den

Apothekern, freiberuflich tätigen klinischen Psychologen, freiberuflich tätigen Psychotherapeuten, Pflegepersonen, die medizinische Hauskrankenpflege gemäß § 151 erbringen, und anderen Vertragspartnern werden durch privatrechtliche Verträge nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen geregelt. Diese Verträge bedürfen zu ihrer Rechtsgültigkeit der schriftlichen Form.

(2) bis (4) unverändert.

### Ärzteausschüsse

**§ 340.** (1) Zur Beratung von grundsätzlichen Fragen, welche die Beziehungen zwischen den Trägern der Sozialversicherung und den freiberuflich tätigen Ärzten betreffen, insbesondere zur Beratung der Gesamtverträge gemäß § 341, ist ein Bundes-Ärzteausschuß einzurichten, dem in gleicher Zahl Vertreter der Österreichischen Ärztekammer und des Hauptverbandes angehören.

(2) und (3) unverändert.

### Gesamtverträge

**§ 341.** (1) Die Beziehungen zwischen den Trägern der Krankenversicherung und den freiberuflich tätigen Ärzten werden durch Gesamtverträge geregelt, die für die Träger der Krankenversicherung durch den Hauptverband mit den örtlich zuständigen Ärztekammern abzuschließen sind. Die Gesamtverträge bedürfen der Zustimmung des Trägers der Krankenversicherung, für den der Gesamtvertrag abgeschlossen wird. Die Österreichische Ärztekammer kann mit Zustimmung der beteiligten Ärztekammer den Gesamtvertrag mit Wirkung für diese abschließen.

(2) unverändert.

(3) Der Inhalt des Gesamtvertrages ist auch Inhalt des zwischen dem Träger der Krankenversicherung und dem Arzt abzuschließenden Einzelvertrages. Vereinbarungen zwischen dem Träger der Krankenversicherung und dem Arzt im Einzelvertrag sind rechtsunwirksam, insoweit sie gegen den Inhalt eines für den Niederlassungsort des Arztes

§§ 52a und 52b des Ärztegesetzes 1998, Dentisten, Hebammen, Apothekern, freiberuflich tätigen klinischen Psychologen, freiberuflich tätigen Psychotherapeuten, Pflegepersonen, die medizinische Hauskrankenpflege gemäß § 151 erbringen, und anderen Vertragspartnern werden durch privatrechtliche Verträge nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen geregelt. Diese Verträge bedürfen zu ihrer Rechtsgültigkeit der schriftlichen Form.

(2) bis (4) unverändert.

### Ärzteausschüsse

**§ 340.** (1) Zur Beratung von grundsätzlichen Fragen, welche die Beziehungen zwischen den Trägern der Sozialversicherung und den freiberuflich tätigen Ärzten oder Gruppenpraxen betreffen, insbesondere zur Beratung der Gesamtverträge gemäß § 341, ist ein Bundes-Ärzteausschuß einzurichten, dem in gleicher Zahl Vertreter der Österreichischen Ärztekammer und des Hauptverbandes angehören.

(2) und (3) unverändert.

### Gesamtverträge

**§ 341.** (1) Die Beziehungen zwischen den Trägern der Krankenversicherung und den freiberuflich tätigen Ärzten sowie den Gruppenpraxen werden durch Gesamtverträge geregelt. Diese sind für die Träger der Krankenversicherung durch den Hauptverband mit den örtlich zuständigen Ärztekammern abzuschließen. Die Gesamtverträge bedürfen der Zustimmung des Trägers der Krankenversicherung, für den der Gesamtvertrag abgeschlossen wird. Die Österreichische Ärztekammer kann mit Zustimmung der beteiligten Ärztekammer den Gesamtvertrag mit Wirkung für diese abschließen.

(2) unverändert.

(3) Der Inhalt des Gesamtvertrages ist auch Inhalt des zwischen dem Träger der Krankenversicherung und dem Arzt oder der Gruppenpraxis abzuschließenden Einzelvertrages. Vereinbarungen zwischen dem Träger der Krankenversicherung und dem Arzt oder der Gruppenpraxis im Einzelvertrag sind rechtsunwirksam, insoweit sie gegen den Inhalt eines für den Niederlassungsort des Arztes oder für den Sitz der Gruppenpraxis geltenden

geltenden Gesamtvertrages verstoßen.

(4) Für Verträge zwischen den Trägern der Unfall- und Pensionsversicherung und den freiberuflich tätigen Ärzten zum Zwecke der Leistungserbringung (§ 338 Abs. 2 erster Satz) gelten unbeschadet der Bestimmungen des § 343 b die Abs. 1 und 3 entsprechend.

#### **Inhalt der Gesamtverträge**

**§ 342.** (1) Die zwischen dem Hauptverband und den Ärztekammern abzuschließenden Gesamtverträge haben nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen insbesondere folgende Gegenstände zu regeln:

1. die Festsetzung der Zahl und der örtlichen Verteilung der Vertragsärzte mit dem Ziel, daß unter Berücksichtigung der örtlichen und Verkehrsverhältnisse sowie der Bevölkerungsdichte und -struktur eine ausreichende ärztliche Versorgung im Sinne des § 338 Abs. 2 erster Satz der in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten und deren Angehörigen gesichert ist; in der Regel soll die Auswahl zwischen mindestens zwei in angemessener Zeit erreichbaren Vertragsärzten freigestellt sein;
2. die Auswahl der Vertragsärzte, Abschluß und Lösung der mit diesen zu treffenden Abmachungen (Einzelverträge);
3. die Rechte und Pflichten der Vertragsärzte, insbesondere auch ihre Ansprüche auf Vergütung der ärztlichen Leistung;
4. und 5. unverändert.
6. die Zusammenarbeit der Vertragsärzte mit dem beim Versicherungsträger eingerichteten chef- und kontrollärztlichen Dienst unter Zugrundelegung des Heilmittelverzeichnisses (§ 31 Abs. 3 Z 12) und der Richtlinien gemäß § 31 Abs. 5 Z 10 und 13;

Gesamtvertrages verstoßen.

(4) Für Verträge zwischen den Trägern der Unfall- und Pensionsversicherung und den freiberuflich tätigen Ärzten oder den Gruppenpraxen zum Zwecke der Leistungserbringung (§ 338 Abs. 2 erster Satz) gelten unbeschadet der Bestimmungen des § 343 b die Abs. 1 und 3 entsprechend.

#### **Inhalt der Gesamtverträge**

**§ 342.** (1) Die zwischen dem Hauptverband und den Ärztekammern abzuschließenden Gesamtverträge haben nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen insbesondere folgende Gegenstände zu regeln:

1. die Festsetzung der Zahl und der örtlichen Verteilung der Vertragsärzte und Vertrags-Gruppenpraxen mit dem Ziel, daß unter Berücksichtigung der örtlichen und Verkehrsverhältnisse sowie der Bevölkerungsdichte und -struktur eine ausreichende ärztliche Versorgung im Sinne des § 338 Abs. 2 erster Satz der in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten und deren Angehörigen gesichert ist; in der Regel soll die Auswahl zwischen mindestens zwei in angemessener Zeit erreichbaren Vertragsärzten oder einem Vertragsarzt und einer Vertrags-Gruppenpraxis freigestellt sein;
2. die Auswahl der Vertragsärzte und Vertrags-Gruppenpraxen, Abschluß und Lösung der mit diesen zu treffenden Abmachungen (Einzelverträge);
3. die Rechte und Pflichten der Vertragsärzte und Vertrags-Gruppenpraxen, insbesondere auch ihre Ansprüche auf Vergütung der ärztlichen Leistung;
- 3a. die Möglichkeit eines Beschäftigungsverhältnisses bei einem Vertragsarzt oder bei einer Vertrags-Gruppenpraxis;
4. und 5. unverändert.
6. die Zusammenarbeit der Vertragsärzte und Vertrags-Gruppenpraxen mit dem beim Versicherungsträger eingerichteten chef- und kontrollärztlichen Dienst unter Zugrundelegung des Heilmittelverzeichnisses (§ 31 Abs. 3 Z 12) und der Richtlinien gemäß § 31 Abs. 5 Z 10 und 13;
7. und 8. unverändert.

7. und 8. unverändert.

(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.

#### **Aufnahme der Ärzte in den Vertrag und Auflösung des Vertragsverhältnisses**

§ 343. (1) Die Auswahl der Vertragsärzte und der Abschluß der Einzelverträge zwischen dem zuständigen Träger der Krankenversicherung und dem Arzt erfolgt nach den Bestimmungen des Gesamtvertrages und im Einvernehmen mit der zuständigen Ärztekammer. Diese Einzelverträge sind sodann für alle Gebiets- und Betriebskrankenkassen sowie für die Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues und für die Sozialversicherungsanstalt der Bauern wirksam. Einzelverträge, die nicht im Rahmen der jeweils nach § 342 Abs.1 Z.1 vereinbarten Zahl und örtlichen Verteilung abgeschlossen werden, bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Zustimmung des Hauptverbandes und der zuständigen Ärztekammer, bei Nichteinigung der Zustimmung des Hauptverbandes und der Österreichischen Ärztekammer. Mit approbierten Ärzten (§ 3 c des Ärztegesetzes 1984) kann kein Einzelvertrag abgeschlossen werden, es sei denn, der Arzt hat gemäß Artikel 36 Abs. 2 der Richtlinie 93/16/EWG das Recht erworben, den ärztlichen Beruf als praktischer Arzt im Rahmen eines Sozialversicherungssystems auszuüben.

(2) Die Vergütung der Tätigkeit von Vertragsärzten und Vertrags-Gruppenpraxen 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.

#### **Aufnahme der Ärzte in den Vertrag und Auflösung des Vertragsverhältnisses**

§ 343. (1) Die Auswahl der Vertragsärzte und der Vertrags-Gruppenpraxen und der Abschluß der Einzelverträge zwischen dem zuständigen Träger der Krankenversicherung und dem Arzt oder der Gruppenpraxis erfolgt nach den Bestimmungen des Gesamtvertrages und im Einvernehmen mit der zuständigen Ärztekammer. Zu diesem Zweck sind verbindliche Kriterien für die Reihung der Bewerber (Bewerberinnen) um Einzelverträge festzulegen (Reihungskriterien), und zwar einvernehmlich zwischen der örtlich zuständigen Ärztekammer und der jeweiligen Gebietskrankenkasse oder - für den Bereich bundesweit zuständiger Krankenversicherungsträger - zwischen der Österreichischen Ärztekammer und dem Hauptverband. Dabei sind insbesondere die fachliche Eignung der Bewerber (Bewerberinnen) und die zeitliche Reihenfolge der Bewerbungen um Einzelverträge zu berücksichtigen; die Reihungskriterien haben jedenfalls dem Gleichheitsgebot, der Erwerbsausübungs- und Niederlassungsfreiheit sowie den Bestimmungen der Europäischen Menschenrechtskonvention, BGBl. Nr. 210/1958, zu entsprechen. Kommt keine Einigung innerhalb der Frist nach § 590 Abs.6 zustande, so sind die Reihungskriterien der örtlich zuständigen Ärztekammer maßgeblich, die ebenfalls den genannten Vorgaben entsprechen müssen. In diesem Fall kann der jeweils zuständige Krankenversicherungsträger begründete Bedenken gegen einen Bewerber (eine Bewerberin) vor der Landesschiedskommission geltend machen, die ihrer Entscheidung die genannten Vorgaben zu Grunde zu legen hat. Diese Einzelverträge sind sodann für alle Gebiets- und Betriebskrankenkassen sowie für die Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues und für die Sozialversicherungsanstalt der Bauern wirksam. Einzelverträge, die nicht im Rahmen der jeweils nach § 342 Abs.1 Z.1

vereinbarten Zahl und örtlichen Verteilung abgeschlossen werden, bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Zustimmung des Hauptverbandes und der zuständigen Ärztekammer, bei Nichteinigung der Zustimmung des Hauptverbandes und der Österreichischen Ärztekammer. Mit approbierten Ärzten (§ 44 Abs. 1 des Ärztegesetzes 1998) kann kein Einzelvertrag abgeschlossen werden, es sei denn, der Arzt hat gemäß Artikel 36 Abs. 2 der Richtlinie 93/16/EWG das Recht erworben, den ärztlichen Beruf als Arzt für Allgemeinmedizin im Rahmen eines Sozialversicherungssystems auszuüben.

(1a) Die Rechte und Pflichten aus dem Einzelvertrag gehen auf den bereits in der Ordination des Vertragsarztes tätigen Bewerber um die Nachfolge über (Nachfolgeordination), wenn

1. der Nachfolger auf Grund der Reihungskriterien nach Abs. 1 dem Kreis der drei erstgereihten Bewerber angehört,
2. der Vertragsarzt höchstens zweimal eine Auswahl unter den Bewerbern nach Z 1 getroffen hat,
3. Vertragsarzt und Bewerber innerhalb des ersten Jahres ihrer Zusammenarbeit eine verbindliche Vereinbarung über die Nachfolge schließen und
4. die Zusammenarbeit zwischen dem Vertragsarzt und dem (den) Bewerber(n) die Dauer von drei Jahren nicht überschritten hat.

Scheitert die Nachfolge allein deshalb, weil der Bewerber die Zusammenarbeit beendet, so wird dadurch die Auswahlmöglichkeit nach Z 2 nicht geschmälert. Nähere Bestimmungen über die Zusammenarbeit der Ärzte in der Nachfolgeordination und den Ordinationsübergang hat die Österreichische Ärztekammer zu erlassen.

(2) Das Vertragsverhältnis zwischen dem Vertragsarzt oder der Vertrags-Gruppenpraxis und dem Träger der Krankenversicherung erlischt ohne Kündigung im Falle:

1. unverändert.
2. des Wirksamwerdens gesetzlicher Vorschriften, durch die die Tätigkeit des Trägers der Krankenversicherung entweder eine örtliche oder eine sachliche Einschränkung erfährt, in deren Folge die Tätigkeit als Vertragsarzt oder der Vertrags-Gruppenpraxis nicht mehr in Frage kommt;
3. des Todes des Vertragsarztes oder der Auflösung der Vertrags-Gruppenpraxis, wobei die bis zu diesem Zeitpunkt erworbenen Honoraransprüche des Arztes auf die Erben, jene der Vertrags-

(2) Das Vertragsverhältnis zwischen dem Vertragsarzt und dem Träger der Krankenversicherung erlischt ohne Kündigung im Falle:

1. unverändert.
2. des Wirksamwerdens gesetzlicher Vorschriften, durch die die Tätigkeit des Trägers der Krankenversicherung entweder eine örtliche oder eine sachliche Einschränkung erfährt, in deren Folge die Tätigkeit als Vertragsarzt nicht mehr in Frage kommt;
3. des Todes des Vertragsarztes, wobei die bis zu diesem Zeitpunkt erworbenen Honoraransprüche des Arztes auf die Erben übergehen;

4. der rechtskräftigen Verurteilung des Vertragsarztes
  - a) und b) unverändert.
5. einer im Zusammenhang mit der Ausübung des ärztlichen Berufes wegen groben Verschuldens strafgerichtlichen rechtskräftigen Verurteilung;
6. eines wiederholten rechtskräftigen zivilgerichtlichen Urteils, in welchem ein Verschulden des Vertragsarztes im Zusammenhang mit der Ausübung seiner vertragsärztlichen Tätigkeit festgestellt wird.

(3) Der Träger der Krankenversicherung ist zur Auflösung des Vertragsverhältnisses mit einem Vertragsarzt verpflichtet, wenn der Arzt die Staatsbürgerschaft eines Mitgliedstaates des Europäischen Wirtschaftsraumes oder die Berechtigung zur Ausübung des ärztlichen Berufes verliert oder wenn ihm diese Berechtigung von Anfang an fehlte oder wenn einvernehmlich mit der zuständigen Ärztekammer festgestellt wird, daß die Voraussetzungen, die zur Bestellung des Vertragsarztes erforderlich sind, von Anfang an nicht gegeben waren.

(4) Das Vertragsverhältnis kann unbeschadet der Bestimmungen der Abs. 2 und 3 von beiden Teilen unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist zum Ende eines Kalendervierteljahres gekündigt werden. Kündigt der Träger der Krankenversicherung, so hat er dies schriftlich zu begründen. Der gekündigte Arzt kann innerhalb von zwei Wochen die Kündigung bei der Landesschiedskommission mit Einspruch anfechten. Die

- Gruppenpraxis auf die Gesellschafter übergehen;
4. der rechtskräftigen Verurteilung des Vertragsarztes oder eines persönlich haftenden Gesellschafters der Vertrags-Gruppenpraxis
    - a) und b) unverändert.
  5. einer im Zusammenhang mit der Ausübung des ärztlichen Berufes wegen groben Verschuldens strafgerichtlichen rechtskräftigen Verurteilung des Vertragsarztes oder eines persönlich haftenden Gesellschafters der Vertrags-Gruppenpraxis;
  6. eines wiederholten rechtskräftigen zivilgerichtlichen Urteils, in welchem ein Verschulden des Vertragsarztes oder eines persönlich haftenden Gesellschafters der Vertrags-Gruppenpraxis im Zusammenhang mit der Ausübung der vertraglichen Tätigkeit festgestellt wird.

Darüber hinaus erlischt das Vertragsverhältnis zwischen der Vertrags-Gruppenpraxis und dem Träger der Krankenversicherung ohne Kündigung jedenfalls nach Ablauf von 35 Jahren, gerechnet vom Zeitpunkt des Vertragsabschlusses. In den Fällen der Z 4 bis 6 kann eine Vertrags-Gruppenpraxis das Erlöschen des Einzelvertrages verhindern, wenn sie innerhalb von vier Wochen ab Rechtskraft der gerichtlichen Entscheidung den betroffenen persönlich haftenden Gesellschafter aus der Vertrags-Gruppenpraxis ausschließt.

(3) Der Träger der Krankenversicherung ist zur Auflösung des Vertragsverhältnisses mit einem Vertragsarzt oder mit einer Vertrags-Gruppenpraxis verpflichtet, wenn der Arzt oder ein persönlich haftender Gesellschafter einer Vertrags-Gruppenpraxis die Staatsbürgerschaft eines Mitgliedstaates des Europäischen Wirtschaftsraumes oder die Berechtigung zur Ausübung des ärztlichen Berufes verliert oder wenn ihm diese Berechtigung von Anfang an fehlte oder wenn im Einvernehmen mit der zuständigen Ärztekammer festgestellt wird, dass die Voraussetzungen, die zur Bestellung des Vertragsarztes oder der Vertrags-Gruppenpraxis erforderlich sind, von Anfang an nicht gegeben waren. Abs. 2 letzter Satz gilt sinngemäß.

(4) Das Vertragsverhältnis kann unbeschadet der Bestimmungen der Abs. 2 und 3 von beiden Teilen unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist zum Ende eines Kalendervierteljahres gekündigt werden. Kündigt der Träger der Krankenversicherung, so hat er dies schriftlich zu begründen. Der gekündigte Arzt oder die gekündigte Vertrags-Gruppenpraxis kann innerhalb von vier Wochen die Kündigung bei der

Landesschiedskommission hat innerhalb von sechs Monaten nach Einlangen des Einspruches über diesen zu entscheiden. Der Einspruch hat bis zum Tag der Entscheidung der Landesschiedskommission aufschiebende Wirkung. Die Landesschiedskommission kann die Kündigung für unwirksam erklären, wenn sie für den Arzt eine soziale Härte bedeutet und nicht eine so beharrliche oder eine so schwerwiegende Verletzung des Vertrages oder der ärztlichen Berufspflichten im Zusammenhang mit dem Vertrag vorliegt, daß die Aufrechterhaltung des Vertragsverhältnisses für den Träger der Krankenversicherung nicht zumutbar ist. Eine vom gekündigten Arzt eingebrachte Berufung an die Bundesschiedskommission hat ohne Zustimmung des Krankenversicherungsträgers keine aufschiebende Wirkung.

Landesschiedskommission mit Einspruch anfechten. Die Landesschiedskommission hat innerhalb von sechs Monaten nach Einlangen des Einspruches über diesen zu entscheiden. Der Einspruch hat bis zum Tag der Entscheidung der Landesschiedskommission aufschiebende Wirkung. Die Landesschiedskommission kann die Kündigung für unwirksam erklären, wenn sie für den Arzt oder für einen persönlich haftenden Gesellschafter der Vertrags-Gruppenpraxis eine soziale Härte bedeutet und nicht eine so beharrliche oder eine so schwerwiegende Verletzung des Vertrages oder der ärztlichen Berufspflichten im Zusammenhang mit dem Vertrag vorliegt, daß die Aufrechterhaltung des Vertragsverhältnisses für den Träger der Krankenversicherung nicht zumutbar ist. Eine Vertrags-Gruppenpraxis kann die Kündigung des Einzelvertrages abwenden, wenn sie innerhalb von acht Wochen ab Rechtskraft der Kündigung jenen persönlich haftenden Gesellschafter, der ausschließlich den jeweiligen Kündigungsgrund gesetzt hat, aus der Vertrags-Gruppenpraxis ausschließt.

**Gesamtvertrag für die Durchführung der Untersuchungen nach den §§ 132 a und 132 b sowie der sonstigen Maßnahmen zur Erhaltung der Volksgesundheit nach § 132 c Abs. 1 Z 1**

§ 343a. (1) unverändert.

(2) Jeder freiberuflich tätige Arzt hat Anspruch auf Abschluß eines Einzelvertrages im Sinne des Gesamtvertrages nach Abs. 1. Der Krankenversicherungsträger kann nach Maßgabe des § 343 Abs. 1 den Abschluß dieses Einzelvertrages davon abhängig machen, daß der Arzt auch einen Vertrag im Sinne des § 343 abschließt. Lehnt der Arzt einen solchen Vertragsabschluß ab, so erlischt sein Anspruch. Der Anspruch erlischt ferner, wenn der Einzelvertrag oder ein nach § 343 abgeschlossener Einzelvertrag wirksam gekündigt wurde, gemäß § 343 Abs. 2 ohne Kündigung erloschen oder gemäß § 343 Abs. 3 aufgelöst worden ist.

(3) unverändert.

**Gesamtvertrag über den Tätigkeitsumfang der Zahnambulatorien und über Richttarife für den festsitzenden Zahnersatz**

**Gesamtvertrag für die Durchführung der Untersuchungen nach den §§ 132 a und 132 b sowie der sonstigen Maßnahmen zur Erhaltung der Volksgesundheit nach § 132 c Abs. 1 Z 1**

§ 343a. (1) unverändert.

(2) Jeder freiberuflich tätige Arzt (jede Gruppenpraxis) hat Anspruch auf Abschluß eines Einzelvertrages im Sinne des Gesamtvertrages nach Abs. 1. Der Krankenversicherungsträger kann nach Maßgabe des § 343 Abs. 1 den Abschluß dieses Einzelvertrages davon abhängig machen, daß der Arzt (die Gruppenpraxis) auch einen Vertrag im Sinne des § 343 abschließt. Lehnt der Arzt (die Gruppenpraxis) einen solchen Vertragsabschluß ab, so erlischt sein Anspruch. Der Anspruch erlischt ferner, wenn der Einzelvertrag oder ein nach § 343 abgeschlossener Einzelvertrag wirksam gekündigt wurde, gemäß § 343 Abs. 2 ohne Kündigung erloschen oder gemäß § 343 Abs. 3 aufgelöst worden ist.

(3) unverändert.

**Gesamtvertrag über den Tätigkeitsumfang der Zahnambulatorien und über Richttarife für den festsitzenden Zahnersatz**

**§ 343c.** (1) Zwischen dem Hauptverband und der Österreichischen Ärztekammer ist ein Gesamtvertrag abzuschließen, der

1. unverändert.
2. Richttarife festsetzt, die dem Versicherten von Vertragsärzten (Vertragsdentisten) für Leistungen des festsitzenden Zahnersatzes in Rechnung gestellt werden dürfen.

(2) Die gemäß Abs. 1 Z 2 festgesetzten Richttarife sind für alle in einem Vertragsverhältnis stehenden freiberuflich tätigen Ärzte bzw. Dentisten verbindlich.

#### Gesamtverträge

**§ 349.** (1) und (2) unverändert.

(3) Die Beziehungen zwischen den Sozialversicherungsträgern und anderen Vertragspartnern als Ärzten, Dentisten, Apothekern, freiberuflich tätigen klinischen Psychologen bzw. freiberuflich tätigen Psychotherapeuten und Krankenanstalten können durch Gesamtverträge geregelt werden. Hiebei finden die Bestimmungen des § 341 mit der Maßgabe sinngemäß Anwendung, daß an die Stelle der Ärztekammer die zuständige gesetzliche berufliche Vertretung tritt.

(4) unverändert.

#### Abgabe von Heilmitteln

**§ 350.** (1) Heilmittel (§ 136) und Heilbehelfe (§ 137) usw. dürfen für Rechnung der Krankenversicherungsträger von Apothekern und Hausapotheken führenden Ärzten nur unter folgenden Voraussetzungen abgegeben werden:

1. unverändert.
2. Verordnung durch einen mit dem Krankenversicherungsträger in einem Vertragsverhältnis stehenden Arzt und
3. unverändert.

(2) Verschreibungen von Heilmitteln durch Wahlärzte (§ 131 Abs. 1) sind, wenn die Anspruchsberechtigung gegeben und die Verordnung nach den Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise zugelassen ist, im Falle der

**§ 343c.** (1) Zwischen dem Hauptverband und der Österreichischen Ärztekammer ist ein Gesamtvertrag abzuschließen, der

1. unverändert.
2. Richttarife festsetzt, die dem Versicherten von Vertragsärzten (Vertragsdentisten, Vertrags-Gruppenpraxen) für Leistungen des festsitzenden Zahnersatzes in Rechnung gestellt werden dürfen.

(2) Die gemäß Abs. 1 Z 2 festgesetzten Richttarife sind für alle in einem Vertragsverhältnis stehenden freiberuflich tätigen Ärzte bzw. Dentisten oder Vertrags-Gruppenpraxen verbindlich.

#### Gesamtverträge

**§ 349.** (1) und (2) unverändert.

(3) Die Beziehungen zwischen den Sozialversicherungsträgern und anderen Vertragspartnern als Ärzten, Gruppenpraxen, Dentisten, Apothekern, freiberuflich tätigen klinischen Psychologen bzw. freiberuflich tätigen Psychotherapeuten und Krankenanstalten können durch Gesamtverträge geregelt werden. Hiebei finden die Bestimmungen des § 341 mit der Maßgabe sinngemäß Anwendung, daß an die Stelle der Ärztekammer die zuständige gesetzliche berufliche Vertretung tritt.

(4) unverändert.

#### Abgabe von Heilmitteln

**§ 350.** (1) Heilmittel (§ 136) und Heilbehelfe (§ 137) usw. dürfen für Rechnung der Krankenversicherungsträger von Apothekern und Hausapotheken führenden Ärzten (Gruppenpraxen) nur unter folgenden Voraussetzungen abgegeben werden:

1. unverändert.
2. Verordnung durch einen (eine) mit dem Krankenversicherungsträger in einem Vertragsverhältnis stehende(n) Arzt (Gruppenpraxis) und
3. unverändert.

(2) Verschreibungen von Heilmitteln durch Wahlärzte oder Wahl-Gruppenpraxen (§ 131 Abs. 1) sind, wenn die Anspruchsberechtigung gegeben und die Verordnung nach den Richtlinien über die ökonomische

Bestätigung durch den Versicherungsträger den von den Vertragsärzten ausgestellten Rezepten gleichzustellen.

#### **Anwendung des Allgemeinen Verwaltungsverfahrensgesetzes**

**§ 357.** (1) Für das Verfahren vor den Versicherungsträgern in Leistungssachen und in Verwaltungssachen gelten entsprechend die nachstehenden Bestimmungen des Allgemeinen Verwaltungsverfahrensgesetzes 1950, BGBl. Nr. 172: § 6 über die Wahrnehmung der Zuständigkeit mit der Maßgabe, daß § 361 Abs. 4 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes unberührt bleibt, § 7 über die Befangenheit von Verwaltungsorganen, § 8 über Beteiligte, Parteien, § 9 über Rechts- und Handlungsfähigkeit, §§ 10 bis 12 über Vertreter, §§ 13 bis 17 über Anbringen, Rechtsbelehrung, Niederschriften, Aktenvermerke und Akteneinsicht, § 18 Abs. 1, 2 und 4 über Erledigungen, §§ 21 und 22 über Zustellungen, §§ 32 und 33 über Fristen, § 38 über die Beurteilung von Vorfragen, §§ 58, 59 bis 61 und § 62 Abs. 4 über Inhalt und Form der Bescheide, §§ 69 und 70 über Wiederaufnahme des Verfahrens, §§ 71 und 72 über Wiedereinsetzung in den vorigen Stand.

(2) unverändert.

#### **Genehmigung der Beteiligung an fremden Einrichtungen**

**§ 446a.** Beschlüsse der Verwaltungskörper über eine Beteiligung an fremden Einrichtungen gemäß den §§ 23 Abs. 6, 24 Abs. 2 und 25 Abs. 2 bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Genehmigung durch den Bundesminister für Arbeit, Gesundheit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen.

#### **Ausgleichsfonds der Pensionsversicherungsträger**

**§ 447g.** (1) bis (5) unverändert.

(6) Der Hauptverband hat am 1., 13. und 23. eines jeden Kalendermonates die Zahlungen gemäß Abs. 5 zu bevorschussen, und zwar nach

Verschreibweise zugelassen ist, im Falle der Bestätigung durch den Versicherungsträger den von den Vertragsärzten (Vertrags-Gruppenpraxen) ausgestellten Rezepten gleichzustellen.

#### **Anwendung des Allgemeinen Verwaltungsverfahrensgesetzes**

**§ 357.** (1) Für das Verfahren vor den Versicherungsträgern in Leistungssachen und in Verwaltungssachen gelten entsprechend die nachstehenden Bestimmungen des Allgemeinen Verwaltungsverfahrensgesetzes 1950, BGBl. Nr. 172: § 6 über die Wahrnehmung der Zuständigkeit mit der Maßgabe, daß § 361 Abs. 4 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes unberührt bleibt, § 7 über die Befangenheit von Verwaltungsorganen, § 8 über Beteiligte, Parteien, § 9 über Rechts- und Handlungsfähigkeit, §§ 10 bis 12 über Vertreter, §§ 13 bis 17a über Anbringen, Rechtsbelehrung, Niederschriften, Aktenvermerke und Akteneinsicht, § 18 Abs. 1, 2 und 4 über Erledigungen, §§ 21 und 22 über Zustellungen, §§ 32 und 33 über Fristen, § 38 über die Beurteilung von Vorfragen, §§ 58, 59 bis 61 und § 62 Abs. 4 über Inhalt und Form der Bescheide, §§ 69 und 70 über Wiederaufnahme des Verfahrens, §§ 71 und 72 über Wiedereinsetzung in den vorigen Stand.

(2) unverändert.

#### **Genehmigung der Beteiligung an fremden Einrichtungen**

**§ 446a.** Beschlüsse der Verwaltungskörper über eine Beteiligung an fremden Einrichtungen gemäß den §§ 23 Abs. 6, 24 Abs. 2 und 25 Abs. 2 bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Genehmigung durch den Bundesminister für Arbeit, Gesundheit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen. Das Gleiche gilt für Beschlüsse der Verwaltungskörper über Finanzierungs- und Betreibermodelle im Sinne des § 81 Abs. 2.

#### **Ausgleichsfonds der Pensionsversicherungsträger**

**§ 447g.** (1) bis (5) unverändert.

(6) Der Hauptverband hat nach dem 20. eines jeden Kalendermonates die Überweisungen nach Abs. 5 nach Aufteilungsschlüsseln zu bevorschussen,

Aufteilungsschlüsseln, die der Bundesminister für Arbeit, Gesundheit und Soziales für das in Betracht kommende Geschäftsjahr auf Grund der voraussichtlichen Gebarungsergebnisse unter Berücksichtigung des Abs.7 durch Schätzung festsetzt. Für diese Vorschußzahlungen hat der Hauptverband alle beim Ausgleichsfonds jeweils eingelangten Beträge heranzuziehen und an die im Abs. 1 genannten Träger der Pensionsversicherung zu überweisen.

(7) bis (10) unverändert.

#### **Genehmigungspflicht**

§ 455. (1) Die Satzung und jede ihrer Änderungen bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Genehmigung durch den Bundesminister für Arbeit, Gesundheit und Soziales und sind binnen vier Monaten nach der Genehmigung in der Fachzeitschrift "Soziale Sicherheit" zu verlautbaren. Nach jeder fünften Änderung der Satzung, frühestens am Beginn der Amtsdauer (§ 425), ist diese unverzüglich neu zu beschließen.

(2) und (3) unverändert.

#### **Geschäftsordnungen der Verwaltungskörper**

§ 456a. (1) und (2) unverändert.

(3) Die Geschäftsordnungen der Vorstände sowie des Verbandsvorstandes haben Anhänge zu enthalten, in denen Zeitpunkt und Wortlaut der Beschlüsse dieser Verwaltungskörper anzuführen sind, mit denen diese einzelne ihrer Obliegenheiten Ausschüssen oder dem Obmann (Präsidenten) oder die Besorgung bestimmter laufender Angelegenheiten dem Büro des Versicherungsträgers (Hauptverbandes) übertragen haben. Diese Anhänge sind in ihrer jeweils gültigen Form unverzüglich allen Versicherungsvertretern und dem Vorsitzenden des Beirates des Versicherungsträgers sowie der Aufsichtsbehörde zur Kenntnis zu bringen und außerdem in der Fachzeitschrift "Soziale Sicherheit" zu verlautbaren.

(4) unverändert.

die vom Bundesminister für soziale Sicherheit und Generationen für das in Betracht kommende Geschäftsjahr auf Grund der voraussichtlichen Gebarungsergebnisse unter Berücksichtigung des Abs. 7 zu schätzen und dem Hauptverband bekannt zu geben sind; hiebei sind alle beim Hauptverband jeweils eingelangten Beträge an die Träger der Pensionsversicherung nach Abs.1 so rechtzeitig zu überweisen, dass die Vorschüsse für die Pensionszahlung des folgenden Kalendermonates zur Verfügung stehen. Um eine ungünstige Kassenlage eines Trägers der Pensionsversicherung ganz oder teilweise zu beheben, kann der Hauptverband zusätzliche Vorschusszahlungen vornehmen.

(7) bis (10) unverändert.

#### **Genehmigungspflicht**

§ 455. (1) Die Satzung und jede ihrer Änderungen bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Genehmigung durch den Bundesminister für Arbeit, Gesundheit und Soziales und sind unverzüglich nach der Genehmigung im Internet zu verlautbaren. Nach jeder fünften Änderung der Satzung, frühestens am Beginn der Amtsdauer (§ 425), ist diese unverzüglich neu zu beschließen.

(2) und (3) unverändert.

#### **Geschäftsordnungen der Verwaltungskörper**

§ 456a. (1) und (2) unverändert.

(3) Die Geschäftsordnungen der Vorstände sowie des Verbandsvorstandes haben Anhänge zu enthalten, in denen Zeitpunkt und Wortlaut der Beschlüsse dieser Verwaltungskörper anzuführen sind, mit denen diese einzelne ihrer Obliegenheiten Ausschüssen oder dem Obmann (Präsidenten) oder die Besorgung bestimmter laufender Angelegenheiten dem Büro des Versicherungsträgers (Hauptverbandes) übertragen haben. Diese Anhänge sind in ihrer jeweils gültigen Form unverzüglich allen Versicherungsvertretern und dem Vorsitzenden des Beirates des Versicherungsträgers sowie der Aufsichtsbehörde zur Kenntnis zu bringen und außerdem im Internet zu verlautbaren.

(4) unverändert.

**Schlußbestimmungen zu Art. 7 des Arbeits- und Sozialrechts-  
Änderungsgesetzes 1997, BGBl. I Nr. 139 (54. Novelle)**

§ 572. (1) Es treten in Kraft:

1. bis 4. unverändert.

4a. mit 1. Jänner 2002 die §§ 128 und 447h in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 139/1997;

5. mit 1. Jänner 2003 § 238 Abs. 1 bis 5 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 139/1997;

6. bis 8. unverändert.

(2) bis (4) unverändert.

(4a) Der Pflichtversicherungstatbestand des § 4 Abs. 4 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 139/1997 wird für Personen hinsichtlich ihrer Tätigkeit als Kunstschaffende erst mit 1. Jänner 2001 wirksam.

(4b) bis (20) unverändert.

**Schlußbestimmungen zum Bundesgesetz BGBl. I Nr. 173/1999 (57. Novelle)**

§ 581. (1) Es treten in Kraft:

1. bis 2. unverändert.

3. mit 1. Jänner 2002 § 128 Abs. 1 und 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 173/1999.

(1a) bis (5) unverändert.

**Schlussbestimmungen zu Art. 1 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 35/2000**

§ 585b. unverändert.

**Schlussbestimmungen zu Art. 1 des Sozialrechts-Änderungsgesetzes 2000,  
BGBl. I Nr. 101**

**Schlußbestimmungen zu Art. 7 des Arbeits- und Sozialrechts-  
Änderungsgesetzes 1997, BGBl. I Nr. 139 (54. Novelle)**

§ 572. (1) Es treten in Kraft:

1. bis 4. unverändert.

4a. Aufgehoben.

5. mit 1. Jänner 2003 die §§ 128, 238 Abs. 1 bis 5 und 447h in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 139/1997;

6. bis 8. unverändert.

(2) bis (4) unverändert.

(4a) Der Pflichtversicherungstatbestand des § 4 Abs. 4 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 139/1997 wird für Personen hinsichtlich ihrer Tätigkeit als Kunstschaffende erst mit 1. Jänner 2001 wirksam. Die Wirksamkeit dieses Pflichtversicherungstatbestandes tritt jedoch nicht ein für Personen, die am 1. Jänner 2001 das 55. Lebensjahr bereits vollendet haben.

(4b) bis (20) unverändert.

**Schlußbestimmungen zum Bundesgesetz BGBl. I Nr. 173/1999 (57. Novelle)**

§ 581. (1) Es treten in Kraft:

1. bis 2. unverändert.

3. mit 1. Jänner 2003 § 128 Abs. 1 und 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 173/1999.

(1a) bis (5) unverändert.

**Schlussbestimmung zum Bundesgesetz BGBl. I Nr. 35/2000**

§ 585b. unverändert.

**Schlussbestimmungen zu Art. 1 des Sozialrechts-Änderungsgesetzes 2000,  
BGBl. I Nr. 101**

§ 588. (1) bis (13) unverändert.

(14) Der auf die Krankenversicherung, Unfallversicherung und Pensionsversicherung jeweils entfallende Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand der Versicherungsträger nach diesem Bundesgesetz, dem GSVG, dem BSVG, dem B-KUVG und des Hauptverbandes ist ab dem Geschäftsjahr 2001 bis zum Geschäftsjahr 2003 auf die Höhe des jeweiligen Verwaltungs- und Verrechnungsaufwandes des Geschäftsjahres 1999 in der Krankenversicherung, Unfallversicherung und Pensionsversicherung zurückzuführen. Dabei sind

1. und 2. unverändert.

3. die Vergütung für die Mitwirkung an fremden Aufgaben nach § 82 Abs. 1 dieses Bundesgesetzes und nach § 250 Abs. 2 GSVG jeweils außer Acht zu lassen. Ferner ist auf die Veränderung des Versichertenstandes ab dem Geschäftsjahr 1999 bis zum Geschäftsjahr 2003 Bedacht zu nehmen. Der 6. Unterabschnitt des Abschnittes III des Ersten Teiles ist anzuwenden.

(15) unverändert.

§ 588. (1) bis (13) unverändert.

(14) Der auf die Krankenversicherung, Unfallversicherung und Pensionsversicherung jeweils entfallende Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand der Versicherungsträger nach diesem Bundesgesetz, dem GSVG, dem BSVG, dem B-KUVG und des Hauptverbandes ist ab dem Geschäftsjahr 2001 bis zum Geschäftsjahr 2003 auf die Höhe des jeweiligen Verwaltungs- und Verrechnungsaufwandes des Geschäftsjahres 1999 in der Krankenversicherung, Unfallversicherung und Pensionsversicherung zurückzuführen. Dabei sind

1. und 2. unverändert.

3. die Vergütung für die Mitwirkung an fremden Aufgaben nach § 82 dieses Bundesgesetzes und nach § 250 Abs. 2 GSVG jeweils außer Acht zu lassen. Ferner ist auf die Veränderung des Versichertenstandes ab dem Geschäftsjahr 1999 bis zum Geschäftsjahr 2003 Bedacht zu nehmen. Der 6. Unterabschnitt des Abschnittes III des Ersten Teiles ist anzuwenden.

(15) unverändert.

#### Schlussbestimmungen zum Bundesgesetz BGBl. I Nr. xxx/xx (58. Novelle)

§ 590. (1) Es treten in Kraft:

1. mit 1. Jänner 2001 die §§ 5 Abs. 1 Z 8, 14 und 15, 7 Z 1 lit. e und g, 8 Abs. 4, 16 Abs. 6 Z 3, 32c, 59 Abs. 1, 81, 116 Abs. 3, 123 Abs. 4 Z 2 und 3 sowie Abs. 10, 131 Abs. 3 und 5, 131a samt Überschrift, 132a Abs. 1, 132b Abs. 2, 135 Abs. 1 bis 3, 153 Abs. 3 und 4, 292 Abs. 2a, 338 Abs. 1, 340 Abs. 1, 341 Abs. 1, 3 und 4, 342 Abs. 1 und 2, 343 Abs. 1, 1a und 2 bis 4, 343a Abs. 2, 343c Abs. 1 Z 2 und Abs. 2, 349 Abs. 3, 350 Abs. 1 und 2, 357 Abs. 1, 446a, 447g Abs. 6, 572 Abs. 1 Z 5 und Abs. 4a, 581 Abs. 1 Z 3 und 588 Abs. 14 Z 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/xx;
2. mit 1. Jänner 2002 die §§ 31 Abs. 8, 9 und 9a, 455 Abs. 1 und 456a Abs. 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/xx;
3. rückwirkend mit 1. Oktober 2000 § 135 Abs. 6 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/xx;
4. rückwirkend mit 1. August 2000 § 294 Abs. 1 und 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/xx;

5. rückwirkend mit 1. Juli 2000 die §§ 5 Abs. 1 Z 13, 7 Z 1 lit. f und 585b Überschrift in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/xx;
6. rückwirkend mit 1. August 1998 § 26 Abs. 1 Z 3 lit. c und d in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/xx.

(2) § 572 Abs. 1 Z 4a tritt mit Ablauf des 31. Dezember 2000 außer Kraft.

(3) Alle vor Beginn des Jahres 2002 in der Fachzeitschrift „Soziale Sicherheit“ vorgenommenen Verlautbarungen, denen ihrem Inhalt nach rechtsverbindliche Kraft zukommt, treten spätestens mit Ablauf des 31. Dezember 2005 außer Kraft, sofern sie nicht nach § 31 Abs. 9 im Internet wiederverlautbart wurden. Sie sind jedoch auf Sachverhalte, die sich vor ihrem Außer-Kraft-Treten ereignet haben, weiterhin anzuwenden. Eine Wiederverlautbarung nach der genannten Bestimmung erfolgt unabhängig vom ursprünglichen Normerzeugungsverfahren durch Beschluss des Vorstandes (Verbandsvorstandes) mit einfacher Stimmenmehrheit, der der Aufsichtsbehörde (§ 448) zur Kenntnis zu bringen ist. Anlässlich der Wiederverlautbarung können die in Art. 49a Abs. 2 B-VG genannten Änderungen vorgenommen werden. Ab dem fünften Tag nach der Kundmachung sind alle Gerichte und Verwaltungsbehörden an die wiederverlautbarten Texte gebunden.

(4) Auf weibliche Versicherte, die am 1. September 1996 das 55. Lebensjahr bereits vollendet haben, ist zur Erfüllung der Wartezeit für eine Invaliditäts(Berufsunfähigkeits)pension (§ 255 Abs. 4) § 236 in der am 31. August 1996 geltenden Fassung weiterhin anzuwenden.

(5) § 292 Abs. 2a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/xx ist nur auf Versicherungsfälle anzuwenden, in denen der Stichtag nach dem 31. Dezember 2000 liegt.

(6) Die Reihungskriterien nach § 343 Abs. 1 zweiter Satz in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/xx sind bis 1. Juli 2001 festzulegen.“

(7) Personen, die nach § 572 Abs. 4a erst mit 1. Jänner 2001 der Pflichtversicherung in der Pensionsversicherung unterliegen, sind auf Antrag von dieser Pflichtversicherung zu befreien, wenn sie

1. am 1. Jänner 2001 das 50. Lebensjahr bereits vollendet haben,
2. zu diesem Zeitpunkt weniger als 180 Beitragsmonate der Pflichtversicherung in der Pensionsversicherung erworben haben und
3. den Antrag innerhalb eines Jahres ab Verständigung über die

Befreiungsmöglichkeit durch den Versicherungsträger, spätestens jedoch bis zum Ablauf des 31. Dezember 2002, stellen.

Die Befreiung gilt rückwirkend ab 1. Jänner 2001 für jene Zeiten, in denen der maßgebliche Pflichtversicherungstatbestand vorliegt. Der Befreiungsantrag kann auch nach bescheidmäßiger Erledigung bis zum Ablauf des 31. Dezember 2002 widerrufen werden, es sei denn, die Befreiung hat sich bereits auf eine Leistung aus einer gesetzlichen Pensionsversicherung ausgewirkt. Ebenso ist der Befreiungsantrag unzulässig, wenn sich die Befreiung auf eine bereits zuerkannte Leistung auswirken würde.