

**HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER**

A - 1031 WIEN KUNDMANNGASSE 21 POSTFACH 600 DVR 0024279
VORWAHL Inland: 01, Ausland: +43 - 1 TEL. 711 32 / KI. 1202 TELEFAX 711 32 3780

Zl. 12-42.01/01 Gm/Er

Wien, 15. Mai 2002

An das
Bundesministerium für soziale Sicherheit
und Generationen

Stubenring 1
1010 Wien

An das Präsidium
des Nationalrates
(*per mail und 25-fach auf Papier*)

Betr.: Entwurf eines Bundesgesetzes, mit dem das
Allgemeine Sozialversicherungsgesetz geändert wird
(60. Novelle zum ASVG) und Parallelgesetze

Bezug: Ihre mails vom 26. April 2002; GZ: 21.119/25-1/02,
GZ: 21.135/7-3/02, GZ: 21.145/12-3/02,
GZ: 21.155/1-3/02 und GZ: 21.175/1-3/02

Sehr geehrte Damen und Herren!

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

FINANZIELLE SITUATION DER KRANKENVERSICHERUNG

Die Finanzsituation der sozialen Krankenversicherung ist weiterhin ernst und erfordert langfristig wirksame Maßnahmen.

Noch ohne jede Veränderung im Beitrags- oder Leistungsrecht könnten finanzielle Nachteile ausgeglichen bzw. Ersparnisse dadurch erzielt werden, dass organisatorische Hindernisse beseitigt, unzureichende Rechtslagen (z. B. bei der Geschäfts-

führerhaftung) geändert und einheitliche, klare Regelungen (z. B. hinsichtlich der Umsatzsteuerrechnung) getroffen werden.

Auch im Entwurf der 60. ASVG-Novelle ist keine Regelung über einen Strukturausgleich für die Krankenversicherungsträger enthalten. Im Einzelnen wären für das Ziel einer finanziellen Sanierung der Krankenversicherung jedenfalls folgende Themen zu behandeln:

UMSATZSTEUER

Das Umsatzsteuerrecht (Gesundheits- und Sozialbereichs-Beihilfengesetz GSBG) benachteiligt die medizinische Behandlung außerhalb von landesfondsfinanzierten Krankenanstalten (und damit Ärzte und Sozialversicherung) dadurch, dass die Steuerbelastung dieses Bereiches nicht so wie bei den Krankenanstalten vollständig, sondern (insbesondere bei Medikamenten) nur teilweise ausgeglichen wird.

Darüber hinaus besteht eine die Sozialversicherung benachteiligende unklare Rechtslage dahingehend, ob Aufwendungen, welche vom Schuldigen zu ersetzen sind (Regress, z. B. nach Unfällen), vollständig auch die steuerlichen Aufwendungen umfassen (sog. „Beihilfenäquivalent“, siehe § 4 Abs. 4 der Verordnung des BMF zu den Beihilfen- und Ausgleichsprozentsätzen, die im Rahmen des GSBG anzuwenden sind). § 332 ASVG usw. sollte um diesen Betrag erweitert werden, um unzumutbare Musterprozesse und Verzögerungen zu vermeiden.

Die Rechtslage in diesem Bereich sollte an jene der Rechtsträger der landesfondsfinanzierten Krankenanstalten angeglichen werden. Das Umsatzsteuerrecht sollte keine Unterschiede bei medizinischer Behandlung bewirken.

HAFTUNG FÜR BEITRAGSSCHULDEN GEMÄß § 67 ABS. 10 ASVG

Der Grundsatz, wonach der, der einen Betrieb übernimmt, auch für die Schulden dieses Betriebes haften soll, wird in der Praxis durch „Gestaltungsmöglichkeiten“ immer stärker zu Lasten der Allgemeinheit (aber auch der Gläubiger) durchbrochen. Schuldenbefreiung zu Lasten Dritter sollte verhindert werden.

Der durch das Erkenntnis des Verwaltungsgerichtshofes vom 12. Dezember 2000, Zl. 98/08/0191, 0112, bedingte grundsätzliche Wegfall der Geschäftsführerhaf-

tung gemäß § 67 Abs. 10 ASVG bewirkt wesentliche Nachteile, welche - über den dadurch höheren Bundesbeitrag - auch zu Lasten des Bundes gehen.

ELEKTRONISCHE ABRECHNUNG MEDIZINISCHER LEISTUNGEN

Analog der Bestimmung für öffentliche Krankenanstalten im § 148 Z6 ASVG, wonach der gesamte Datenaustausch auf elektronischer Basis zu erfolgen hat, sollte vorgesehen werden, dass alle Vertragspartner (nicht nur die Ärzte, vgl. § 340a ASVG) elektronisch abrechnen.

ELEKTRONISCHE SOZIALVERSICHERUNGSMELDUNGEN

Noch immer verwenden zahlreiche Dienstgeber – mitunter auch noch Steuerberater – das elektronische Meldeverfahren nicht. Dadurch entsteht hoher Arbeitsaufwand (händische Erfassung von Belegen). Die Verwendung des elektronischen Systems sollte allgemein verpflichtend werden. Sie ist mittlerweile allen Dienstgebern zumutbar.

APOTHEKEN / HEILMITTEL

Der Hauptverband geht zunächst davon aus, dass die bereits ausformulierten Bestimmungen über die Aufnahme von Heilmitteln in das Heilmittelverzeichnis (Umsetzung der Transparenzrichtlinie) noch in die Regierungsvorlage aufgenommen werden.

Weitere Vorschläge:

Das österreichische Heilmittelrecht enthält Bestimmungen, welche in ihrer Basis auf dem Apothekenrecht des 19. Jahrhunderts beruhen.

Es sollte versucht werden - ohne die Stellung des Apothekers als wichtiger Partner im Gesundheitswesen anzutasten - , Bestimmungen zu schaffen, welche ein flexibleres Eingehen auf die heutigen technischen (Bestell- und Abrechnungs-)Möglichkeiten sowie Markt- und Transportgegebenheiten möglich machen.

Gesamtvertrag mit den öffentlichen Apotheken

§ 348a ASVG verpflichtet die Krankenversicherungsträger und die Apotheken, ihre Beziehungen ausschließlich durch einen Gesamtvertrag zu regeln.

Diese Verpflichtung impliziert auch das Verbot, neben dem Gesamtvertrag oder entgegen dem Gesamtvertrag einzelvertragliche Beziehungen zu Apotheken abzuschließen. Dadurch sind die Möglichkeiten, auf konkrete Sachverhalte wie z. B. Versorgung von chronisch Kranken durch einzelne Lieferapotheken einzugehen, rechtlich auf null eingeschränkt.

Eine Konstruktion, wonach neben dem Gesamtvertrag auch einzelvertragliche Beziehungen möglich sind, wäre anzustreben.

Versorgung durch Anstaltsapotheken

Die Versorgung von Patienten, welche in der Behandlungshoheit von Anstaltsapotheken stehen (z. B. Wachstumshormonpatienten), die aber ihre Medikamente dann zu Hause einnehmen oder anderweitig applizieren, kann derzeit nicht über die kostengünstigen Anstaltsapotheken erfolgen, weil diese angesichts des § 36 Apothekengesetz nicht berechtigt sind, diese Versorgung durchzuführen.

Darin ist nämlich geregelt, dass Anstaltsapotheken nur für „die in der Pflege der Krankenanstalt befindlichen Patienten“ Arzneimittel zur Verfügung stellen dürfen.

Eine Klarstellung, wonach damit auch Patienten gemeint sind, die in der Therapiehoheit einer Ambulanz stehen, wäre notwendig.

Ausgaben für Heilmittel bei Hausapotheken

Die Kostensituation bei Hausapotheken ist günstiger als die Kostensituation in einer öffentlichen Apotheke (Personalkosten, Gebäudekosten, Lagerhaltung etc.).

Dennoch ist in der österreichischen Arzneitaxe (nur) geregelt, dass der Verkaufspreis eines Arzneimittels bei einem Hausapotheker nicht *höher* sein darf als jener Verkaufspreis, der in der öffentlichen Apotheke verrechnet werden darf. De facto führt dies zu einer Preisgleichheit.

Ein kleiner Ausgleich erfolgt dadurch, dass der Abschlag für begünstigte Bezieher bei Hausapotheken um rund 4% Punkte höher liegt als bei öffentlichen Apotheken.

Hier sollte durch eine Verordnung geregelt werden, dass für die Hausapotheken eine niedrigere Spanne oder einen höheren Abschlag besteht.

UNNÖTIGE REGELUNGSDICHTE UND ZWÄNGE IM VERHÄLTNIS ZU WIRTSCHAFTLICH TÄTIGEN LEISTUNGSERBRINGERN

Generell erscheint die Regelungsdichte des ASVG nicht mehr den wirtschaftlichen Gegebenheiten angepasst.

Wie bereits in den Stellungnahmen zur 58. und 59. ASVG-Novelle angeregt, sollte der Sozialversicherung das Recht eingeräumt werden, mit einzelnen Vertragspartnern von gesamtvertraglichen Regelungen abweichende (Verrechnungs- usw.) Modelle über bestimmte Zeiträume ausprobieren und dadurch innovativ tätig sein zu können, auch wenn dies von einer Standesvertretung abgelehnt wird.

Eine entsprechende Regelung ist in Deutschland im SGB V vorgesehen.

VERWALTUNGSKOSTENDECKELUNG IN § 588 ABS. 14 ASVG

Abschließend sei darauf hingewiesen, dass die einschränkenden Bestimmungen des § 588 Abs. 14 ASVG die Einleitung bzw. Durchführung von Maßnahmen behindern, welche auf längere Sicht zu deutlichen Einsparungen führen würden. Da die Verwaltungskosten einzuschränken sind, müssen Zusatzaufwendungen (Investitionen) in Einsparungsmaßnahmen (z. B. Organisationsänderungen) hintangestellt werden.

* * *

Stellungnahmen und Zusatzvorschläge zu einzelnen Bestimmungen der Novellen werden in den angeschlossenen Beilagen näher erörtert. Der Hauptverband ersucht, diese Vorschläge bei der weiteren Bearbeitung des Entwurfes zu berücksichtigen.

* * *

Ihrem Wunsch entsprechend wird diese Stellungnahme auch per e-mail (cornelia.graf@bmsg.gv.at) sowie in 25 Ausfertigungen auf Papier dem Präsidium des Nationalrates (ebenso an begutachtungsverfahren@parlinkom.gv.at) übermittelt.

Mit freundlichen Grüßen
Für die Geschäftsführung:

Beilagen

HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER

Stellungnahme

**zum Entwurf der
60. ASVG-Novelle**

**Zu Z 5 - § 19a Abs. 2 ASVG:
(Beginn der Selbstversicherung)**

Die Angleichung des Beginns der Selbstversicherung nach § 19a an den Beginn der Selbstversicherung in der Krankenversicherung nach § 16 Abs. 3 ASVG wird ausdrücklich begrüßt.

Allerdings scheint die nunmehr gewählte Formulierung missverständlich:

Die „Sperrfrist“ von drei Monaten soll in den Fällen des Abs. 3 Z 2 und Z 3 zum Tragen kommen. In der Formulierung des Entwurfes regelt die Z 1 ausschließlich die erstmalige Inanspruchnahme, die Z 2 zitiert bei jeder weiteren Inanspruchnahme zwar nur Abs. 3 Z 2 oder Z 3 (und nicht auch Z 1).

Allein daraus ist für einen Versicherten aber wohl nicht deutlich genug verständlich, dass eine weitere Inanspruchnahme nach dem Wegfall der Voraussetzungen für die ursprüngliche Selbstversicherung bei geringfügiger Beschäftigung ebenfalls keine Sperrfrist auslöst, sondern die Selbstversicherung auch in diesem Fall mit dem auf die Antragstellung folgenden Tag beginnt.

Es wird daher nachstehende Formulierung des § 19 Abs. 2 vorgeschlagen:

„(2) Die Selbstversicherung beginnt

- 1. bei der erstmaligen Inanspruchnahme mit dem Tag der geringfügigen Beschäftigung, wenn der Antrag binnen 6 Wochen nach diesem Zeitpunkt gestellt wird;*
- 2. sonst mit dem der Antragstellung folgenden Tag; erfolgte die Beendigung der Selbstversicherung gem. Abs. 3 Z 2 oder 3, frühestens jedoch nach Ablauf von drei Kalendermonaten nach deren Ende.“*

**Zu Z 6 - § 31 Abs. 5 Z 34 ASVG:
(Richtlinien – jährlicher Beschluss)**

In der Novelle ist vorgesehen, dass der Hauptverband die Richtlinien über die Beitragseinhebung usw. (§ 31 Abs. 5 Z 34 neu) „*mindestens ein Mal jährlich neu zu beschließen*“ haben wird.

Diese Richtlinien werden aus rein praktischen Gründen inhaltlich mit den Lohnsteuerrichtlinien und vielleicht auch anderen Unterlagen des BMF zusammenhängen. Das BMF erlässt seine Richtlinien aber nicht jährlich.

Die Situation der Normadressaten wird nicht dadurch verbessert, dass jährlich jedenfalls ein anderer Text anzuwenden ist, mag auch dessen Inhalt gleich bleiben: Es ist davon auszugehen, dass wesentliche Teile über längere Zeit unverändert bleiben. Wollte man sie jährlich neu beschließen lassen, wären z. B. bei nicht seltenen Sachverhalten (Beschäftigungsverhältnissen), die sich über mehrere Jahre erstrecken, mehrere Bestimmungen unterschiedlicher Richtlinien anzuwenden.

Dies würde weder zur Rechtssicherheit noch zur Verwaltungsvereinfachung beitragen, abgesehen vom - bei Gleichbleiben der Texte - unnötigen bürokratischen Aufwand.

Der eingangs zitierte Halbsatz sollte gestrichen werden.

Sonderversicherungsträger:

Gemäß § 31 Abs. 1 ASVG zählen auch die Sonderversicherungsträger zu den im Hauptverband zusammengefassten Versicherungsträgern. Dementsprechend würde sich die Richtlinie gemäß § 31 Abs. 5 Z 34 auch auf die Sonderversicherungsträger beziehen.

Dies erscheint angesichts der materiell-rechtlichen Unterschiede wenig sinnvoll. Zweckmäßig wäre daher eine dem § 455 Abs. 2 ASVG vergleichbare Textierung, derzufolge die Verbindlichkeit der Richtlinien auf bestimmte Gruppen von Versicherungsträgern eingeschränkt werden kann.

**Zu Z9 - § 47 lit. c ASVG:
(Aufhebung)**

Durch die Aufhebung des § 47 lit. c ist § 53 Abs. 4 ASVG inhaltsleer und sollte daher ebenfalls aufgehoben werden.

**Zu Z 12 - § 70a Abs. 1 ASVG:
(Mehrfachversicherung - Zusatzbeitrag und Zuständigkeit)**

Im Falle einer Mehrfachversicherung wird der Zusatzbeitrag nur bis zur Höchstbeitragsgrundlage vorgeschrieben. Da die Bemessungsgrundlage für den Zusatzbeitrag das zweitvorangegangene Jahr ist, stimmen die Berechnungsgrundlagen für die Erstattung nach § 70a und den Zusatzbeitrag nicht immer überein.

Die in Aussicht genommene Formulierung führt dazu, dass **mehr erstattet werden müsste, als einbezahlt wurde (!)**.

Es wird daher nachstehende Formulierung des letzten Halbsatzes des § 70a Abs. 1 angeregt:

„... mit 4 %, soweit jedoch vom Überschreibungsbetrag ein Zusatzbeitrag nach § 51d während des gesamten Kalenderjahres geleistet wurde, mit 7,4 % zu erstatten.“

Dieser Änderungsvorschlag umfasst sinngemäß auch die jeweiligen Bestimmungen des GSVG, BSVG und B-KUVG.

Es wird zusätzlich angeregt, die Wortfolge *„... vom leistungszuständigen Versicherungsträger ...“* auf die ursprüngliche Formulierung *„... dem Versicherten ... zu erstatten ...“* zu ändern.

Die dafür auslösende Bestimmung des § 128 ASVG wird erst mit 1. Jänner 2005 wirksam und würde somit sonst zu Zuständigkeitsdifferenzen führen.

**Zu Z 13 und Z 62 - §§ 77 Abs. 6 und 599 Abs. 1 ASVG:
(Erleichterung der Selbstversicherung in der Pensionsversicherung
bei Pflegepersonen)**

Wenngleich das Ziel der Begünstigung der Selbstversicherung in der Pensionsversicherung für Pflegepersonen von Pflegefällen ab der Stufe 3 statt wie bisher ab der Stufe 4 nach §4 Abs. 2 Bundespflegegeldgesetz durch Bezahlung des fiktiven Dienstgeberanteils durch den Bund anerkannt wird, meinen wir, dass die Mehrkosten, die mit etwa € 150.000 pro Jahr für den Bund geschätzt wurden, nicht ausreichen werden.

Da allein der Personenkreis der Pflegebedürftigen in der Pensions- und Unfallversicherung mit Einbeziehung der Stufe 3 **um 65,5 %** ausgeweitet wird, wird allein schon dadurch mit **höheren Mehraufwendungen** zu rechnen sein, die der **Bund** zu übernehmen hat.

**Zu Z 15 - § 123 Abs. 4 Z 1 ASVG:
(Bindung der Angehörigeneigenschaft an den Bezug der Familienbeihilfe)**

Die vorgeschlagene Regelung – grundsätzliche Bindung der Angehörigeneigenschaft an den Bezug der Familienbeihilfe – bringt zweifellos nicht nur eine Erleichterung bei der Anspruchsprüfung, sie wird sicher auch bei den Versicherten mehr Verständnis hervorrufen als die bisherige Regelung.

Diese Regelung wird daher ausdrücklich begrüßt.

Da die gleiche Problematik auch bei der Prüfung der Kindeseigenschaft gemäß § 252 Abs. 2 Z 1 ASVG besteht, sollte auch im § 252 ASVG eine Ergänzung wie im § 123 Abs. 4 Z 1 ASVG aufgenommen werden.

§ 252 Abs.2 Z 1 zweiter Halbsatz ASVG müsste somit lauten:

„... die Kindeseigenschaft von Kindern, die eine im § 3 des Studienförderungsgesetzes 1992 genannte Einrichtung besuchen, verlängert sich nur dann, wenn für sie

a) entweder Familienbeihilfe ...“.

Im Zusammenhang mit der vorgeschlagenen Ergänzung des § 123 Abs. 4 Z 1 ASVG wird zusätzlich angeregt, im ASVG einen eigenen Rückforderungstatbestand vorzusehen für den Fall, dass die Familienbeihilfe seitens des Finanzamtes rückwirkend aberkannt wird und die in lit. b leg cit. enthaltene Voraussetzung nicht gegeben ist.

**Zu Z 16 - § 125 Abs. 1 ASVG:
(Bemessung des Krankengeldes)**

Diese Änderung, die nach den Erläuterungen der Klarstellung dienen sollte, ist unklarer formuliert als der bisherige Text und bietet Anlass zu Fehlinterpretationen:

Bei der vorgeschlagenen Textierung könnte die irrige Auffassung vertreten werden, dass beispielsweise dann, wenn nur am letzten Kalendertag eines Monats ein Arbeitsverdienst vorliegt und dieser Kalendermonat zur Bemessung des Krankengeldes heranzuziehen ist, dieser Eintagesverdienst durch 30 dividiert und der sich daraus ergebende Betrag als Bemessungsgrundlage herangezogen wird. Dies würde eine gravierende Schlechterstellung bewirken.

Da dies offenbar nicht beabsichtigt ist, muss unbedingt klargestellt werden, dass bei Dienstverhältnissen, die nicht den gesamten Monat umfassen, auf einen fiktiven Monatsverdienst hochgerechnet und sodann durch Division durch 30 die tägliche Bemessungsgrundlage ermittelt wird.

Es fehlt auch eine Klarstellung, dass nur der **beitragspflichtige** Arbeitsverdienst (§ 49 ASVG - nicht aber der *gebührende* Arbeitsverdienst, der durch Gestaltungen viel höher sein kann) heranziehen ist.

**Zu Z 18 bis Z 20 - § 131 Abs. 3 ASVG:
(Kostenerstattung bei Anstaltspflege)**

Die Klarstellung, dass die Kostenerstattung bei Anstaltspflege (stationär und tagesklinisch) ausschließlich in § 150 ASVG geregelt wird, begrüßen wir.

Die Novelle geht allerdings insofern über das Ziel hinaus, als künftig auch bei **ambulanter** Behandlung in Krankenanstalten die Anwendung des § 131 Abs. 3 ASVG ausgeschlossen wird.

Die Textierung des § 131 Abs. 3 ASVG sollte daher auch auf die Art der Krankenbehandlung (ambulant oder stationär) Bedacht nehmen.

**Zu Z 22 und Z 23 - §§ 135a Abs. 2 und 142 Abs. 1 ASVG:
(Behandlungsbeitrag-Ambulanz)**

Nach der Neufassung soll der Behandlungsbeitrag-Ambulanz bei einem Raufhandel nur dann anfallen, wenn eine rechtskräftige Verurteilung nach § 91 StGB (Raufhandel) vorliegt.

Verurteilungen nach § 91 StGB sind selten. Im Ergebnis bedeutet die Bestimmung eine Aufhebung des bisherigen Rechts, welche in Summe nur zusätzlichen Aufwand bewirkt. Man könnte die Bestimmung dann besser gleich ersatzlos streichen.

Von der Regelung nicht erfasst ist überdies die Vorgangsweise bei einem außergerichtlichen Tatausgleich (Diversion) nach den §§ 90a bis 90m StPO.

Es ist weiters schwer nachvollziehbar, dass bei der Teilnahme an einem Raufhandel die Ambulanzgebühr zu fordern ist, hingegen bei einer gegenseitigen Körperverletzung (Verurteilung nach den §§ 83 bis § 87 StGB) nicht, obwohl in diesen Fällen eine schuldhafte Beteiligung nachweisbar ist.

Die vorgesehene Neuregelung bringt auch sonst keinerlei Vorteile, weil ja immer der rechtskräftige Abschluss eines Verfahrens abgewartet werden müsste - bis dahin wären die Forderungen an Ambulanzgebühr in Evidenz zu halten.

Nach Meinung des Hauptverbandes sollte die Ausnahmebestimmung des § 135a Abs. 2 ASVG sowie Bestimmung des § 142 Abs. 1 ASVG erweitert werden, da es sich unseres Erachtens hierbei um Gesetzeslücken handelt, die es zu schließen gilt.

Gleichzeitig sollte auch der § 343 Abs. 2 ASVG, der das Erlöschen eines Vertragsverhältnisses zwischen dem Vertragsarzt und dem Träger der Krankenversicherung regelt, in der Z4 um den außergerichtlichen Tatausgleich (Diversion) nach den §§ 90a bis 90m StPO ergänzt werden.

**Zu Z 24 - § 162 Abs. 3a Z 2 ASVG:
(BezieherInnen von Wochengeld)**

Es ist zwar richtig dass das Wochengeld eine Leistung ist, die grundsätzlich nur an Frauen ausbezahlt wird.

Nach § 167 ASVG haben beim Tod der Wöchnerin aber auch andere Personen, die in diesen bedauerlichen Fällen weiter das Kind pflegen, Anspruch auf das Wochengeld. Das können auch Männer (z. B. der Vater) sein.

Der Begriff „BezieherInnen“ sollte daher bestehen bleiben. Die Begründung in den Materialien trifft nicht zu.

**Zu Z 29 und Z 62 - § 181 Abs. 1 (iVm § 599 Abs.1 Z 2) ASVG:
(Bemessungsgrundlage)**

Gegen die betragliche Angleichung bestehen keine Bedenken, in der Folge ist jedoch eine Adaptierung des § 148f Abs. 2 BSVG unverzichtbar.

Die genannte Bestimmung sollte bei Einführung der bäuerlichen Unfallversicherung zum 1. Jänner 1999 eine Benachteiligung von Nebenerwerbslandwirten gegenüber den leistungsrechtlichen Möglichkeiten des ASVG-Rentenrechtes hintanhalten.

Bei gleichzeitiger bäuerlicher und gewerblicher Tätigkeit stellt sich die Frage einer Begünstigung von vornherein nicht, weil die Summe der festen Bemessungsgrundlagen für beide Tätigkeiten unter der neuen Bemessungsgrundlage des BSVG zu liegen kommt.

Durch die nunmehr vorgesehene Angleichung käme es jedoch zu einem automatischen Übersteigen der bäuerlichen Bemessungsgrundlage, was im Ergebnis nur mit einer Novellierung des § 148f Abs. 2 BSVG ausgeglichen werden könnte.

Mit der Angleichung an § 148f BSVG sollte der Gesetzgeber nicht nur eine erforderliche realistische Anpassung der festen Bemessungsgrundlage in der Unfallversicherung für Gewerbetreibende und neue Selbstständige vornehmen, sondern auch verfassungsrechtliche Bedenken hinsichtlich eines Missverhältnisses zu den Beitragsgrundlagen für unselbstständig Erwerbstätige beseitigen.

Angesichts des in § 599 Abs. 1 Z 2 normierten Wirksamkeitsbeginns stellt sich die Frage, ob die nunmehr angehobene Bemessungsgrundlage ausschließlich für Neuzugänge ab dem 1. Jänner 2003 maßgeblich sein soll oder auch bereits bestehende Renten hievon erfasst werden.

Es sollte daher mit einer **Übergangsbestimmung** klargestellt werden, dass **nur Unfallrenten, die ab dem Inkrafttreten mit 1. Jänner 2003 anfallen**, davon erfasst werden.

**Zu Z 31 - § 233 Abs. 2 ASVG:
(Versicherungszeiten - Versicherungsmonate)**

In den Erläuterungen zu Z31 ist angeführt, dass die im Zuge der Einführung des Kinderbetreuungsgeldes durchgeführte und mit 1. Jänner 2002 in Kraft getretene Änderung des § 233 ASVG (unterschiedliche Rangordnung bei der Berücksichtigung von deckenden Versicherungsmonaten) zur Konsequenz hat, dass BezieherInnen einer Geldleistung aus der Arbeitslosenversicherung durch den Erwerb von Beitragsmonaten der freiwilligen Versicherung ihre bereits erworbenen Beitragszeiten auf 540 (480) Beitragsmonate aufstocken können, um auf diese Weise in den Genuss einer vorzeitigen Alterspension bereits mit Erreichung des 60. (55.) Lebensjahres entsprechenden der Übergangsbestimmung des § 588 Abs. 7 ASVG zu kommen.

Diese Gestaltungsmöglichkeit ist aber ohnehin nicht gegeben, da vor Anwendung der Bestimmungen des § 233 ASVG gemäß **§ 231 ASVG** Versicherungszeiten **unverändert** in Versicherungsmonate zusammenzufassen sind, wobei Zeiten, die sich zeitlich decken – ausgenommen Versicherungszeiten gemäß den §§ 227 Abs. 1 Z 1 und 228 Abs. 1 Z 3 ASVG (Schul- bzw. Studienzeiten) sowie den §§ 227a und 228a ASVG (Zeiten der Kindererziehung) – unter Beachtung folgender Reihenfolge nur einfach zu zählen sind:

- ??Beitragszeit der Pflichtversicherung
- ??Ersatzzeiten
- ??Beitragszeit der freiwilligen Versicherung.

Die Bestimmungen des § 233 ASVG kommen daher nur in jenen Fällen zur Anwendung, in denen sich Schul- bzw. Studienmonate oder Kindererziehungsmonate nach dem ASVG oder Versicherungsmonate nach dem GSVG oder BSVG mit (sonstigen) Versicherungszeiten nach dem ASVG decken.

Daraus ergibt sich, dass für Monate die bereits Ersatzmonate (z. B. AIVG) sind, eine freiwillige Weiterversicherung nur als Höherversicherung berücksichtigt werden kann und dadurch auch für die Prüfung der Voraussetzungen gemäß § 588 Abs. 7 ASVG (480 bzw. 540 Beitragsmonate) nicht heranzuziehen ist.

Die vorgesehene Änderung des § 233 ASVG geht daher ins Leere.

**Zu Z 34 und Z 35 - §§ 245 Abs. 8, 251a Abs. 7 ASVG:
(Feststellung der Leistungszugehörigkeit)**

Die Formulierung des § 245 Abs. 8 und § 251a Abs. 7 schließt den Wechsel der Leistungszugehörigkeit auch in den Fällen des § 254 Abs. 4 bzw. des Art. VIII Abs. 9 der 37. Novelle zum ASVG grundsätzlich aus.

Bei gleichbleibender Leistungszugehörigkeit kann aber bei einem Bezieher einer Berufsunfähigkeitspension der Versicherungsfall der Invalidität oder der Erwerbsunfähigkeit nicht eintreten. Die während des Pensionsbezuges erworbenen Beitragszeiten könnten daher erst in der Alterspension berücksichtigt werden.

Es sollte daher jeweils folgender Satz angefügt werden:

„Die Feststellung der Leistungszugehörigkeit in Fällen des § 254 Abs. 4 ist davon nicht berührt.“

Entsprechende Änderungen wären auch im GSVG und BSVG aufzunehmen.

**Zu Z 39 und Z 40 - §§ 309 und 312 ASVG:
(Fälligkeit der Überweisungsbeträge)**

Die Bestimmungen der §§ 309 und 312 ASVG betreffend die Fälligkeit der Überweisungsbeträge sollten erst mit 1. Jänner 2004 in Kraft treten.

Da bis zu diesem Zeitpunkt aber weitere Härtefälle auftreten können, würde ein In-Kraft-Treten der vorgesehenen Regelung mit 1. August 2002 begrüßt werden.

**Zu Z 42 - § 350 Abs. 1 Z 2 ASVG:
(Abgabe von Heilmittel)**

Die Schaffung einer eindeutigen Rechtsgrundlage betreffend das Rezepturrecht für Krankenanstalten wird ausdrücklich begrüßt, wenn zusätzlich sicher gestellt wird, dass eine Bindung der Krankenanstalten an die Richtlinie über die ökonomische Verschreibweise gegeben ist (Ärzte in Vertragskrankenanstalten sind grundsätzlich nicht jenem Personenkreis zugehörig, für den die in § 350 Abs. 1 Z 3 ASVG genannten Hauptverbandsrichtlinien verbindlich sind).

Zusätzlich sollte auch geklärt werden, durch wen die Ermächtigung für den bei der Vertragskrankenanstalt beschäftigten Arzt erteilt wird.

Den Erläuterungen kann entnommen werden, dass sich die Berechtigung zur Abgabe von Heilmitteln durch einen Arzt in einer Vertragskrankenanstalt nur auf die Entlassungsmedikation bezieht.

Aus dem Gesetzestext ist dies aber so nicht abzuleiten.

Die Ermächtigung sollte sich daher nach Ansicht des Hauptverbandes explizit nur auf die Entlassungsmedikation beziehen.

**Zu Z 51 - § 447a Abs. 3 ASVG:
(Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger)**

Hiezu hat die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft folgende Stellungnahme abgegeben:

„Die SVAdgW sieht sich gezwungen, entschieden gegen diese Maßnahme Stellung zu nehmen, die im Ergebnis einer dauerhaften „Aushöhlung“ ihrer Finanzkraft gleichkäme. Folgende Gründe werden hiefür ins Treffen geführt:

a. Systemwidrige und dauerhafte Verzerrung der Zahlungsströme im Rahmen des Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger:

Die vorgeschlagene Erhöhung des Beitrages der SVAdgW zum Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger (im Folgenden kurz als „Ausgleichsfonds“ bezeichnet) von 2,0% auf 2,3% ihrer Beitragseinnahmen ist vorgesehen, ohne dass gleichzeitig auch der Beitrag der übrigen im Ausgleichsfonds zusammengefassten Krankenversicherungsträger angehoben würde. Begründet wird diese Maßnahme mit einem aus der im Rahmen der 27. GSVG-Novelle vorgesehenen Herabsetzung der Mindestbeitragsgrundlage in der gewerblichen Krankenversicherung zu erwartenden Minderertrag an Beiträgen von rund 50 Mio. Euro pro Jahr. Die einseitige Anhebung der Beiträge der SVAdgW auf 2,3% soll erfolgen, um die Dotierung des Ausgleichsfonds nicht zu verändern. Damit wird ein „Einfrieren“ des Ist-Zustandes 2002 bewirkt. Eine solche Maßnahme ist jedoch völlig systemwidrig. Die Systematik des Ausgleichsfonds folgt nämlich folgendem Schema:

- 1. Von allen beteiligten Versicherungsträgern ist ein bestimmter Prozentsatz ihrer Beitragseinnahmen zu leisten – in diesem ersten Schritt erfolgt noch kein Ausgleich struktureller Art!*
- 2. Der in den Ausgleichsfonds in Summe eingezahlte Betrag wird sodann in Form von Zuschüssen und Zweckzuschüssen, auf die Rechtsanspruch besteht (§§ 447b u. 447e ASVG), Zuwendungen (§ 447c ASVG) und Darlehen (§ 447d ASVG), die im Ermessen geleistet werden, zur Sicherung einer ausgeglichenen Gebarung bzw. einer ausreichenden Liquidität der beteiligten Träger aufgeteilt – auf dieser zweiten Stufe folgt der strukturelle Ausgleich.*

Die dargelegten Grundsätze wurden vom Gesetzgeber seit Installierung des Ausgleichsfonds im Wege der 6. ASVG-Novelle beachtet.

Der Beitragssatz betrug:

<i>von 1961 bis 1973</i>	<i>0,5 v.H.,</i>
<i>von 1974 bis 1978</i>	<i>1,0 v.H.,</i>
<i>von 1979 bis 2000</i>	<i>1,4 v.H.,</i>
<i>ab 2001</i>	<i>2,0 v. H. der Beitragseinnahmen.</i>

Daraus ergibt sich, dass ein Finanzierungsbedarf des Fonds systemkonform nur im Wege einer gleichmäßigen Anhebung des für alle beteiligten Krankenversicherungsträger geltenden Beitragssatzes abgedeckt werden kann.

Durch die vorgeschlagene Erhöhung des Beitragssatzes auf 2,3% ausschließlich für die SVAdgW würde diese Systematik erstmals durchbrochen und das Element eines „Ist“-Betrages („Einfrieren“ der Dotierung 2002), letztlich, wie noch zu zeigen sein wird, sogar überschießend dem System der prozentual gleichen Beitragsbelastung „aufgepfropft“ und hiedurch auf Dauer eine „Schiefelage“ geschaffen, die einseitig bloß die SVAdgW belastet und daher keinesfalls akzeptiert werden kann.

Eine solche – in den Erläuterungen deutlich offengelegte – Anlassgesetzgebung steht im offenkundigen Widerspruch zum verfassungsrechtlich gebotenen Gleichbehandlungsgrundsatz und müsste daher, sollte die Neuregelung tatsächlich Gesetzeskraft erlangen, mit allen zu Gebote stehenden Mitteln bekämpft werden.

b. Zur Höhe des Beitragssatzes:

Die Erläuterungen gehen davon aus, dass durch die Herabsetzung der Mindestbeitragsgrundlage in der Krankenversicherung gemäß § 25 Abs. 4 GVG ein Minderertrag an Beiträgen von rund 50 Mio. Euro pro Jahr zu erwarten sei. Dieser Betrag, der ersten Schätzungen entsprochen hat, wurde jedoch unter unrichtigen Voraussetzungen errechnet. Es wurde nicht berücksichtigt, dass durch die bereits ab 01.01.1999 im Wege der 23. Novelle zum GSVG, BGBl. I Nr. 139/1998, herabgesetzte Mindestbeitragsgrundlage für Neuzugänge (§ 25 Abs. 4 Z 1 letzter Satz GSVG) sich bereits eine Reduktion der Beitragseinnahmen ergeben hat, die quasi als „Vorzieheffekt“ die Auswirkungen der generellen Herabsetzung der Beitragsgrundlage in der Krankenversicherung vermindert. Unter Berücksichtigung dieses Umstandes lässt sich der Minderertrag an Beiträgen für die in Rede stehende generelle Herabsetzung mit etwa 34,186 Mio. Euro pro Jahr beziffern. Nach dieser zutreffenden Berechnungsmethode wäre aber unter Zugrundelegung der prognostizierten Erfolgsrechnung für 2003, die unter Berücksichtigung der Herabsetzung der Mindestbeitragsgrundlage aus der Krankenversicherung voraussichtliche Beitragseinnahmen von 526,316.000 Euro ausweist, eine Überweisung von 2,1% (11,052.600 Euro) ausreichend, um den Ist-Zustand des Jahres 2002 fortzuschreiben.

Die vorgesehene Erhöhung auf 2,3% würde dagegen eine voraussichtliche Zahllast von 12,105.256 Euro, also noch um mehr als 1 Mio. Euro über das in den Erläuterungen genannte Maß bedeuten und sogar noch über das dargelegte Ziel des „Einfrierens“ deutlich hinausschießen.

Als „Mindestforderung“ muss daher die SVAdgW – ungeachtet der aufrecht bleibenden generell vorgebrachten Ablehnung einer Aufgabe eines einheitlichen Beitragsprozentsatzes für alle am Ausgleichsfonds beteiligten Krankenversicherungsträger – auf einer Bemessung ihres Beitragssatzes ab 2003 mit nicht mehr als 2,1% ihrer Beitragseinnahmen bestehen.

Zusätzlich wird eine sachlich gerechtfertigte Neuregelung vorgeschlagen, die auf folgenden Überlegungen basiert:

10% der Beiträge an den Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger (§ 447a ASVG) dienen nach § 447a Abs. 5 ASVG zur Deckung einer erhöhten Belas-

tung der WGKK, die sich aus dem Betrieb des Hanusch-Krankenhauses ergibt. Aus demselben Grund werden erstmals für das Geschäftsjahr 2001 weitere 7 267 283,42 € (100 Mio. S) dieses Fonds an die WGKK überwiesen. Da auch Versicherte und deren anspruchsberechtigte Angehörige der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter und der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen im Hanusch-Krankenhaus behandelt werden, erscheint die Beteiligung dieser beiden Krankenversicherungsträger an den Zahlungen an die WGKK in Höhe von rund 39 Mio. € und somit ihre Beteiligung am Ausgleichsfonds der KV-Träger sachgerecht.

Die Zusatzbeitragseinnahmen nach § 85a GSVG und die Beitragseinnahmen zur Zusatzversicherung nach § 9 in Verbindung mit § 31 Abs. GSVG sind zweckgebunden. Sie dienen der Finanzierung der von den Versicherten nach § 85a Abs. 1 und 2 GSVG gewählten Optionen bzw. Kranken- und Taggeldzahlungen nach § 105 GSVG, können daher nicht (auch) in die Ausgleichsregelung einbezogen werden.

§ 447a Abs. 3 sollte daher lauten:

„Die Gebietskrankenkassen, die Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues, die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft, die Sozialversicherungsanstalt der Bauern, die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen als Träger der Krankenversicherung haben einen Beitrag im Ausmaß von 2,0% ihrer Beitragseinnahmen zu entrichten; bei der Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues, der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft, der Sozialversicherungsanstalt der Bauern, der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter und Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen ist hiebei nur von den Beitragseinnahmen des Versicherungsträgers als Träger der Krankenversicherung auszugehen, wobei Zusatzbeiträge nach § 85a Abs. 1 und 2 GSVG und Beiträge zur Zusatzversicherung nach § 9 GSVG nicht berücksichtigt werden.“

**Zu Z 54 - § 447f Abs. 15 ASVG:
(PRIKRAF - Überweisungen)**

Im Jahr 1999 gab es noch keinen PRIKRAF – das Jahr 1999 ist die Basis für die Ermittlung des vorläufigen Aufteilungsschlüssels für das Jahr 2002. Die Bezugnahme auf das Jahr 1999 ist daher nicht richtig.

Im **ersten Satz** dieser Bestimmung sollte daher „1999“ durch „2002“ ersetzt werden.

Durch die Neuformulierung des §447f Abs. 15 bleibt nach wie vor offen, ob die sozialversicherungsinterne Aufteilung nach abgerechneten LKF-Punkten oder auf Basis der Pflegetage, die für Versicherte der einzelnen Träger in den vertragsgegenständlichen Krankenanstalten erbracht wurden, erfolgen soll.

Es spricht die Formulierung „...unter Berücksichtigung der Inanspruchnahme der Leistungen nach § 149 Abs. 3...“ zwar eher für eine Aufteilung nach Leistungen, d. h. nach LKF-Punkten. Dieser Schluss ist jedoch zum einen nicht zwingend, zum anderen lässt die Formulierung auch offen, ob es neben der Leistungsanspruchnahme noch weitere Aufteilungskriterien geben kann.

Wir treten jedenfalls für eine Abrechnung nach Pflegetagen ein:

Sie ist zum einen deshalb gerechtfertigt, weil ansonsten Versicherungsträger mit Krankenanstalten, die qualitativ hochwertige Leistungen mit geringer Aufenthaltsdauer erbringen, benachteiligt würden. Zum anderen würde eine Aufteilung nach LKF-Punkten abweichen von der Aufteilung der Zahlungslast im Bereich der landesfondsfinanzierten Krankenanstalten, die anhand der Pflegetage erfolgt.

Da dem Gesetzestext keine eindeutige Aussage bezüglich des maßgeblichen Aufteilungskriteriums entnommen werden kann, kommt der Frage, wer den endgültigen Aufteilungsschlüssel festlegt, große Bedeutung zu. Gerade zu dieser Frage fehlt jedoch in § 447f Abs. 15 ebenfalls eine ausdrückliche Bestimmung. Obgleich zwar aus den Bestimmungen über die Festlegung des vorläufigen Aufteilungsschlüssels vermutet werden kann, dass auch für die Festlegung des endgültigen Schlüssels der Verwaltungsrat zuständig ist, wäre eine diesbezügliche Klarstellung im Gesetz notwendig.

Abschließend ist noch auf §4 Abs. 4 des zwischen dem Hauptverband und dem PRIKRAF abgeschlossenen Vertrags (Fondsvertrag) hinzuweisen. Diese Bestimmung, in der die endgültige sozialversicherungsinterne Aufteilung des Pauschalbetrages auf rechtsgeschäftlichem Weg festgelegt wird, steht mit dem geplanten § 447f Abs. 15 ASVG zumindest insofern in Widerspruch, als danach bei der Aufteilung auch die geleisteten Pflegekostenzuschüsse nach § 150 Abs. 2 ASVG zu berücksichtigen sind.

Darüber hinaus wird angeregt, dass die Endabrechnung des PRIKRAF in analoger Form zu jener der öffentlichen (landesfondsfinanzierten) Krankenanstalten erfolgt.

In Anlehnung an diese Regelungen wurde im PRIKRAF-Fondsvertrag, den der Hauptverband in enger Kooperation mit dem BMSG, dem derzeit die Geschäftsführung des PRIKRAF obliegt, vorgesehen, dass die Endabrechnung bis zum 30. September des Folgejahres zu erfolgen hat und der Ausgleich anlässlich der zum 20. Oktober des Folgejahres fälligen Zahlungen durchgeführt wird.

Es wird daher vorgeschlagen, im **dritten Satz** den Ausdruck „31. Juli“ durch „30. September“ zu ersetzen.

**Zu Z 61 - § 593 Abs. 3a ASVG:
(Übergangsbestimmung)**

Die geplante Aufnahme einer Übergangsbestimmung zu § 210 ASVG in den Gesetzestext wird begrüßt.

Zur Klarstellung wird lediglich vorgeschlagen, in Hinblick auf die Maßgeblichkeit des letzten Versicherungsfalles für die Anwendung der Bestimmung des § 210 ASVG den Text der Übergangsbestimmung wie folgt zu formulieren:

„§ 210 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl I, Nr. 99/2001 ist nur anzuwenden, wenn der letzte Versicherungsfall nach dem 31. Juli 2001 eingetreten ist.“

**Zu Z 62 - § 599 ASVG:
(Schlussbestimmung)**§ 447f Abs. 15 ASVG

Die Beschlussfassung über die Dotierung des PRIKRAF ist bereits anlässlich der Sitzung des Verwaltungsrates am 19. April 2002 in Vorwegnahme der nunmehr vorgeschlagenen Änderungsvorschläge erfolgt - mit Zustimmung der Vertreter der Aufsichtsbehörden.

Es wird daher vorgeschlagen, die Änderung des §447f Abs. 15 ASVG nicht mit 1. August 2002 sondern rückwirkend mit 1. Jänner 2002 in Kraft treten zu lassen.

**Ergänzungsvorschlag zu § 67 Abs. 10 ASVG:
(Geschäftsführerhaftung)**

Die Bestimmung über die Geschäftsführerhaftung in ihrer derzeitigen Fassung ist nach der jüngsten Judikatur des VwGH (Erkenntnis des verstärkten Senats vom 12. Dezember 2000, ZI. 98/08/0191-14, 0112-13) nur mehr bedingt anwendbar.

Es besteht daher dringender Novellierungsbedarf.

Die Geschäftsführerhaftung sollte im ASVG ebenso formuliert werden wie im Steuerrecht.

**Ergänzungsvorschlag zu § 73 Abs. 1a ASVG:
(Verfahrensregelungen - Zusatzpensionen)**

Wir weisen – wie bereits anlässlich der Begutachtung zur 59. ASVG-Novelle – wiederum mit Nachdruck darauf hin, dass dieser Entwurf noch immer keine Verfahrensregelungen zu § 73 Abs.1 a ASVG enthält.

Nach § 73 Abs. 1a ASVG (BGBl. I Nr. 142/2000) müssen Personen (Pensionisten), die Zusatzpensionsleistungen von regelmäßig aus öffentlichen Mitteln finanzierten Rechtsträgern beziehen, von diesen Zusatzpensionen einen Beitrag entrichten.

Zur Umsetzung dieser Bestimmungen fehlen Verfahrensregeln. Ein eigenes Versicherungsverhältnis zwischen der pensionsauszahlenden Stelle und dem Pensionisten wird aufgrund der Beitragspflicht solcher Zusatzpensionsleistungen nicht begründet.

Ein Versicherungsbescheid kann daher nicht erlassen werden.

Es besteht keine Meldepflicht der auszahlenden Stelle. Die genaue betragliche Vorschreibung der Beiträge mittels Bescheid ist daher nicht möglich.

Damit fehlt aber ein geeignetes Instrumentarium, solche Beitragszahlungen bei den bezugsauszahlenden Stellen durchzusetzen. Die bereits vorliegenden Bescheidenanträge können nicht erledigt werden.

**Ergänzungsvorschlag zu § 104 ASVG:
(Grenzbeträge für Anweisungen)**

Dazu läuft schon seit Jahren eine Diskussion um die Einführung von Bagatellbeträgen.

Es sollten Grenzbeträge für Anweisungen festgelegt werden.

Ergänzungsvorschlag zu § 148 ASVG: (Datenaustausch zwischen Krankenanstalten und Versicherungsträgern)

Durch die Verlängerung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung über den 31. Dezember 2000 hinaus (BGBl. I Nr. 5/2001) wurde die am 31. Dezember 2000 in Geltung gestandene Bestimmung des § 148 ASVG bis zum Ablauf des 31. Dezember 2004 überlagert, damit aber auch (unbeabsichtigt) die zentrale Bestimmung des § 148 ASVG Z6 weiter außer Kraft gesetzt, welche den Ländern die Verpflichtung auferlegt hat, für einen umfassenden Datenaustausch zwischen Krankenanstalten und Versicherungsträgern Vorsorge zu treffen.

Die nunmehr überlagernde Bestimmung ist § 148 Z 5 ASVG, dieser enthält lediglich eine auf die Einhebung des Behandlungsbeitrages gemäß § 135a (Ambulanzgebühren) abgestellte Datenaustauschverpflichtung, sonst aber nichts.

Da für die Sondersversicherungsträger die Regelungen der Ambulanzgebühren nach der erfolgten Gesetzesänderung nicht maßgeblich sind, ist für die Dauer der Wirksamkeit dieser Bestimmung eine aus Sicht der Sondersversicherungsträger nahezu unhaltbare Situation gegeben.

Zum einen **fehlt die Rechtsgrundlage für den elektronischen Datenaustausch** in Bezug auf stationäre bzw. semistationäre Aufenthalte, zum anderen erfolgen - wenn überhaupt - Informationen über ambulante Behandlungen von Versicherten, die Sondersversicherungsträgern zugehörig sind, in völlig ungenügender Art und Weise, sodass es bei der gesetzlich auferlegten Verpflichtung zur Einhebung des diesbezüglichen Kostenteils Vollzugsschwierigkeiten auftreten.

Es bedarf daher einer legislativen Fortschreibung des § 148 Z 6 in der am 31. Dezember 2000 geltenden Fassung – eventuell im Rahmen einer Übergangsbestimmung – aus deren Formulierung sich unmissverständlich ableitet, dass der gesamte Datenaustausch mit den Sondersversicherungsträgern ausschließlich auf dieser Bestimmung basiert.

Ein Rückfall in die Zeit auch nur teilweise papierschriftlicher Abrechnungen wäre zu verhindern.

Ergänzungsvorschlag zu § 322a ASVG: (Belastungsausgleich der Krankenversicherungsträger für den Aufwand für Anstalts[Entbindungsheim]pflege)

Mit 1. Jänner 1997 wurde die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung eingeführt und wurden dementsprechend die Vorschriften zur Durchführung des Belastungsausgleiches der Krankenversicherungsträger für den Aufwand für Anstalts(Entbindungsheim)pflege gemäß § 322a ASVG geändert. Aus §322a Abs. 1 ASVG in Verbindung mit der Überschrift ergibt sich, dass sich die Berechnung des Belastungsausgleiches auf die Aufwendungen für Anstalts(Entbindungsheim)pflege in leistungsorientiert finanzierten Spitälern bezieht.

Da Auffassungsunterschiede über die Auslegung dieser Bestimmung zutage getreten sind, sollte durch eine entsprechende Formulierung, die klar und nachvollziehbar ist, Rechtssicherheit geschaffen werden.

Die Änderungen bei der Zahl der Dezimalstellen soll Rundungsdifferenzen beseitigen und den Berechnungsvorgang nach Abs. 4 erleichtern.

§ 322a Abs. 2 1. Satz sollte daher lauten:

*„Der Hauptverband hat für jeden Krankenversicherungsträger bis Ende Oktober des Folgejahres einen Erhöhungsprozentsatz der Beitragseinnahmen eines Geschäftsjahres gegenüber den Beitragseinnahmen des Jahres 1994 zu errechnen; dieser ist auf **fünf** Dezimalstellen zu runden.“*

Abs. 2 2. Satz entfällt.

Abs. 3 sollte lauten:

„Der von den Krankenversicherungsträgern im Jahr 1994 für Anstalts- und Entbindungsheimpflege gemäß Abs. 1 aufgewendete Betrag von 1 462 097 534 € verteilt sich auf die Sozialversicherungsträger nach folgendem Schlüssel:

<i>Wiener Gebietskrankenkasse</i>	<i>17,51622 %</i>
<i>Niederösterreichische Gebietskrankenkasse</i>	<i>12,05449 %</i>
<i>Burgenländische Gebietskrankenkasse</i>	<i>2,02434 %</i>
<i>Oberösterreichische Gebietskrankenkasse</i>	<i>14,33896 %</i>
<i>Steiermärkische Gebietskrankenkasse</i>	<i>10,30377 %</i>
<i>Kärntner Gebietskrankenkasse</i>	<i>5,52806 %</i>
<i>Salzburger Gebietskrankenkasse</i>	<i>4,65442 %</i>
<i>Tiroler Gebietskrankenkasse</i>	<i>5,36508 %</i>
<i>Vorarlberger Gebietskrankenkasse</i>	<i>3,55753 %</i>
<i>Betriebskrankenkasse Wiener Verkehrsbetriebe</i>	<i>0,33255 %</i>

<i>Betriebskrankenkasse Semperit</i>	0,20464 %
<i>Betriebskrankenkasse der Neusiedler</i>	0,03916 %
<i>Betriebskrankenkasse Alpine Donawitz</i>	0,23724 %
<i>Betriebskrankenkasse Zeltweg</i>	0,10762 %
<i>Betriebskrankenkasse Kindberg</i>	0,05820 %
<i>Betriebskrankenkasse Pengg</i>	0,03547 %
<i>Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues</i>	1,13951 %
<i>Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen</i>	4,23725 %
<i>Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter</i>	7,73174 %
<i>Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft</i>	5,41177 %
<i>Sozialversicherungsanstalt der Bauern</i>	4,72029 %
<i>Der von jedem Krankenversicherungsträger im Jahr 1994 aufgewendete Betrag für Anstalts- und Entbindungsheimpflege ist um den Prozentsatz gemäß Abs. 2 erster Satz zu erhöhen (Sollbetrag).“</i>	

Abs. 4 sollte lauten:

„Der von jedem Krankenversicherungsträger im Jahr 1994 aufgewendete Betrag gemäß Abs. 3 1. Satz ist für das Geschäftsjahr 2000 um 19,21 Prozent zu erhöhen. Für jedes weitere Geschäftsjahr, beginnend mit 2001, bis zum Jahr 2004 ist dieser Prozentsatz um jenen Prozentsatz zu erhöhen, um den die Pauschalbeiträge gemäß §447f Abs. 1 für die jeweiligen Jahre angehoben werden. Das Ergebnis dieser Berechnung ist auf fünf Dezimalstellen zu runden. Die für jeden Krankenversicherungsträger errechneten Beträge sind mit dem Sollbetrag (Abs. 3) zu vergleichen.“

**Ergänzungsvorschlag zu § 332 ASVG:
(Regress vom Beihilfenäquivalent)**

Die Frage der Berechtigung des Regresses vom Beihilfenäquivalent sollte abschließend geregelt werden, siehe Einleitung.

**Ergänzungsvorschlag zu § 342 ASVG:
(Vergütung der vertragsärztlichen Tätigkeit)**

Der 1. Satz im § 342 Abs. 2 ASVG („Die Vergütung der vertragsärztlichen Tätigkeit ist grundsätzlich nach Einzelleistungen zu vereinbaren“) wäre ersatzlos zu streichen.

Diese Bestimmung wird von der Judikatur als Ansatzpunkt genommen, um umfassende Gesamtverträge ohne vertragsfreien Raum, wie sie bei vielen Gebietskrankenkassen seit Jahren bestehen, als gesetzwidrig anzusehen und in „gesetzeskonformer Interpretation“ diesen Gesamtverträgen einen vertragsfreien Raum zu unterstellen, was bedeutet, dass ein Vertragsarzt, obwohl er zur Verrechnung „auf Krankenschein“ verpflichtet ist, zusätzliche Zahlungen vom Patienten verlangen kann.

Eine Streichung des § 342 Abs. 2 erster Satz würde einerseits den derzeitigen Gegebenheiten bei der Honorierung Rechnung tragen und andererseits den Gesamtvertragsparteien die Möglichkeit geben, die Art der Honorierung am zweckmäßigsten zu regeln.

Es muss im Sinn wohlverstandener, sinnvoller Abwicklung der Leistungsverrechnungen auch eine Möglichkeit geben, Gesamtbeträge für Behandlungen zu vereinbaren, ohne vom Gesetz (Sinnhaftigkeit?) dazu gezwungen zu werden, stets detaillierte Angaben zu machen.

Sowohl Ärzten als auch Versicherungen wird dadurch zusätzlicher Aufwand ohne erkennbaren Sinn auferlegt.

**Ergänzungsvorschlag zu § 343 Abs. 1 ASVG:
(Aufnahme der Ärzte in den Vertrag und Auflösung des Vertragsverhältnisses)**

Aus unserer Sicht erscheint eine Änderung insofern notwendig, als durch die derzeitige Gesetzeslage die Kriterien für die Auswahl der Vertragsärzte und Vertragsgruppenpraxen verbindlich durch ministerielle Verordnung festgelegt werden; der Sozialversicherung kommt derzeit nur ein Anhörungsrecht zu.

Wenn dergestalt Aufnahmekriterien festgelegt werden, dann wären auch die finanziellen Nachteile durch die veranlassende Stelle zu tragen, nicht jedoch aus Versicherungsgeldern.

Primär ist die soziale Krankenversicherung für die Sicherstellung einer ausreichenden Versorgung durch Vertragspartner zuständig und es ist daher naheliegend, dass die Gesamtvertragsparteien selbst über die Kriterien für die Aufnahme der Ärzte in ein Vertragsverhältnis entscheiden sollten.

Weiters sollte die Qualifikation der Bewerber um einen Kasseneinzelvertrag als Auswahlkriterium in den Vordergrund gestellt werden, was aber heißt, dass (nachrangig) auch andere Kriterien (z. B. soziale Kriterien wie Sorgepflichten für Kinder) berücksichtigt werden können.

Auch die gesetzliche Verankerung eines pauschalierten Schadenersatzes für sachlich ungerechtfertigte Vertragsvergaben ist aus unserer Sicht im Sinne einer Rechtssicherheit insbesondere für die nicht zum Zug gekommenen Bewerber notwendig.

**Ergänzungsvorschlag zu § 343 Abs. 2 ASVG:
(Altersgrenze für Vertragsärzte)**

Eine Altersgrenze für Vertragsärzte, wonach ein Einzelvertrag bei Erreichen einer bestimmten Altersgrenze erlischt, sollte normiert werden.

**Ergänzungsvorschlag zu § 343a Abs. 2 ASVG:
(Altersgrenze für Vertragsärzte)**

Es sollte normiert werden, dass kein Anspruch auf Abschluss eines Einzelvertrages über die Durchführung von Gesundenuntersuchungen mit Wahlärzten besteht, wenn keine Stelle für einen Einzelvertrag nach § 343 ASVG frei ist.

Dadurch wird auf der Basis der derzeitigen Rechtslage versucht, das gesetzlich vorgesehene Vertragsplanungssystem zu unterlaufen.

**Ergänzungsvorschlag zu § 350 ASVG:
(Gruppenpraxen als Abgabestellen für Heilmittel)**

Im § 350 Abs. 1 erster Satz ASVG sollten auch die hausapothekenführenden Gruppenpraxen als Abgabestellen für Heilmittel angeführt werden.

Ergänzungsvorschlag zu § 363 ASVG: (Unfallsanzeige)

In der täglichen Praxis wird immer wieder festgestellt, dass die Meldung eines Arbeitsunfalles oder einer Berufskrankheit aus dem Grund unterblieben ist, weil diese Meldungen – dem Gesetzeswortlaut des § 363 ASVG folgend – mit „Unfallsanzeige“ bzw. „Anzeige einer Berufskrankheit“ bezeichnet werden. Begründet wird dieses Verhalten damit, dass die meldepflichtigen Stellen sich scheuen, eine „Anzeige“ zu erstatten.

Abgesehen davon, dass die früher übliche Bezeichnung einer Meldung mit dem Wort „Anzeige“ dem heutigen Sprachgebrauch nicht mehr entspricht, entfaltet die Präsenz des Wortes Anzeige im Gesetzestext (über die Unfallmeldung und Anzeige einer Berufskrankheit) die unerwünschte Wirkung, dass dieser – heute eher negativ besetzte Begriff – immer wieder dazu Anlass gibt, den Unfall oder die Berufskrankheit nicht zu melden.

Die Unfall- oder BK-Meldung ist aber ein wichtiges Instrument zur Erfüllung der Aufgaben der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt in dem grundsätzlich von Amts wegen einzuleitenden Verfahren in der gesetzlichen Unfallversicherung.

In Anbetracht der Bestimmung des § 86 Abs. 4 ASVG können durch eine nicht rechtzeitige Meldung Leistungsansprüche von Versicherten verloren gehen und aus diesem Grunde in weiterer Folge zivilrechtliche Streitigkeiten zwischen diesen und ihren Dienstgebern entstehen.

Auch die Verpflichtung der Ärzte gemäß § 363 Abs. 2 ASVG, eine mögliche Berufskrankheit zu melden, wird durch die gesetzliche Diktion nicht gefördert, immer wieder ergeben sich mit den Ärzten Diskussionen über ihre Verpflichtung zur „Anzeige“.

Da die derzeitige gesetzliche Diktion nicht nur dem Bild einer modernen Verwaltungsführung widerspricht, sondern auch die oben aufgezeigten negativen Auswirkungen auf das Meldeverhalten hat, regen daher wir an, die Überschrift zu § 363 ASVG in „Unfallmeldung“ und die Worte „Anzeige“, „anzuzeigen“ etc. in dieser Bestimmung auf „Meldung“, „zu melden“ etc. zu ändern.

**Ergänzungsvorschlag zu § 447f ASVG:
(Beiträge der SV-Träger für die Krankenanstaltenfinanzierung; Ausgleichsfonds)**

Die Zusatzbeitragseinnahmen nach § 85a GSVG und die Beitragseinnahmen zur Zusatzversicherung nach § 9 in Verbindung mit § 31 Abs. GSVG sind zweckgebunden. Sie dienen der Finanzierung der von den Versicherten nach § 85a Abs. 1 und 2 GSVG gewählten Optionen bzw. Kranken- und Taggeldzahlungen nach § 105 GSVG.

Die Anrechnung der erhaltenen bzw. geleisteten Zahlungen nach § 322a ASVG schmälern bzw. erhöhen die Beitragseinnahmen des jeweiligen Krankenversicherungsträgers, weshalb ihre Anrechnung auf die Beitragseinnahmen sachgerecht erscheint.

§ 447f Abs. 1 letzter Satz sollte daher lauten:

„Beitragseinnahmen aus dem Zusatzbeitrag für Angehörige und aus den Krankenversicherungsbeiträgen von Zusatzpensionsleistungen, aus dem Behandlungsbeitrag-Ambulanz, dem Zusatzbeitrag nach § 85a Abs. 1 und 2 GSVG sowie dem Zusatzbeitrag nach § 9 GSVG sind bei der Berechnung der Steigerungssätze für die Jahre 2001 bis 2004 nicht zu berücksichtigen; die im jeweiligen Jahr erhaltenen bzw. geleisteten Zahlungen nach § 322a ASVG sind auf die Beitragseinnahmen anzurechnen.“

§ 447f Abs. 11 vorletzter Satz sollte lauten:

„Beitragseinnahmen aus dem Zusatzbeitrag für Angehörige und aus den Krankenversicherungsbeiträgen von Zusatzpensionsleistungen, aus dem Behandlungsbeitrag-Ambulanz, dem Zusatzbeitrag nach § 85a Abs. 1 und 2 GSVG sowie dem Zusatzbeitrag nach § 9 GSVG sind außer Betracht zu lassen; die im jeweiligen Jahr erhaltenen bzw. geleisteten Zahlungen nach § 322a ASVG sind anzurechnen.“

**Redaktionsversehen zu § 447f Abs. 12 Z 2 ASVG:
(Verwaltungsrat)**

Die Anführung der Verbandskonferenz in § 447f Abs. 12 Z 2 ASVG scheint auf ein Redaktionsversehen zurückzuführen zu sein - der Terminus „*Verbandskonferenz*“ sollte durch den Ausdruck „*Verwaltungsrat*“ ersetzt werden.

**Redaktionsversehen zu § 460 Abs. 4 ASVG:
(leitender Angestellte des Hauptverbandes)**

Aufgrund der Reform des Hauptverbandes müsste unserer Ansicht nach der Satzteil "... *bzw des Hauptverbandes* ..." in § 460 Abs. 4 ASVG gestrichen werden.

Der Hauptverband hat keinen leitenden Angestellten mehr.

HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER

Stellungnahme

**zum Entwurf der
30. B-KUVG-Novelle**

**Zu Z 1 - § 7 Abs. 3 B-KUVG:
(Berufliche Aus- und Fortbildungsveranstaltungen)**

Der Unfallversicherungsschutz bei freiwilliger Teilnahme an Aus- und Fortbildungsveranstaltungen kann sich naturgemäß nur auf solche Veranstaltungen beschränken, deren Besuch im Interesse des Dienstgebers liegt.

In Anbetracht dessen erscheint die vorliegende Formulierung zu weit gefasst und sollte ausdrücklich auf berufliche Veranstaltungen beschränkt werden. Zielführend erscheint es daher, diesbezüglich an die Bestimmung des § 91 Abs. 1 Z 4 anzuknüpfen.

§ 7 Abs. 3 sollte somit wie folgt lauten:

„(3) Eine Unterbrechung der Unfallversicherung tritt nicht ein für den Zeitraum, in dem Versicherte während eines Karenzurlaubes nach dem MSchG, nach dem EKUG oder nach gleichartigen landesgesetzlichen Regelungen an beruflichen Aus- und Fortbildungsveranstaltungen teilnehmen, soweit dieser Besuch geeignet ist, das berufliche Fortkommen des Versicherten zu fördern.“

**Zu Z 3 - § 20b Abs. 2 letzter Satz B-KUVG:
(Zusatzbeitrag für Angehörige)**

Der Zusatzbeitrag für mitversicherte Angehörige ist nunmehr auf Antrag von der bezugsauszahlenden Stelle selbst einzubehalten und in weiterer Folge an die BVA zu überweisen. Dies soll sowohl für bestimmte Gruppen von Aktiven (erfasst werden die großen Versichertenkreise wie etwa die Beamten, Vertragsbediensteten und Politiker) als auch für den Kreis der Pensions- bzw. Ruhegenussbezieher gelten.

In diesem Zusammenhang sollten jedenfalls im Rahmen der Erläuternden Bemerkungen die näheren Modalitäten der Einhebung des Zusatzbeitrages durch den Dienstgeber/Pensionsleister geregelt werden. Insbesondere erscheint es sinnvoll klarzustellen, wo der Antrag einzubringen ist, ob der Antrag als zeitlich unbefristet gilt bzw. ob und innerhalb welcher Zeiträume der Antrag auch widerrufen werden kann.

Es erscheint uns hier eine Lösung in der Form sinnvoll, wonach ein Wechsel der Modalitäten (Beitragsvorschreibung oder Einbehalt) nur in Jahresabständen (Kalendarjahr) möglich ist und bis zu einem bestimmten Stichtag (z. B. Ende November des Vorjahres) bekanntgegeben werden muss.

Die Antragstellung selbst sollte direkt bei der BVA erfolgen und nicht bei der bezugsauszahlenden Stelle. Nur auf diesem Wege lassen sich allfällige Doppelvorschreibungen sowie eine administrativ aufwendige Rückabwicklung vermeiden und die daraus resultierenden zusätzlichen Verwaltungskosten im Rahmen halten.

Darüber hinaus ist es zielführend, die Überweisung des Zusatzbeitrages nur auf ein gesondertes Konto beim Versicherungsträger zuzulassen. Ansonsten ist die Trennung des Zusatzbeitrages von den „normalen“ Beitragseinnahmen äußerst aufwendig.

**Zu Z 6 - § 8 B-KUVG:
(Kostenerstattung bei Krankenbehandlung)**

Der Entfall des Klammersausdrucks „Vertragseinrichtungen“ mit dem Zweck einer sauberen Trennung zwischen Kostenersatz für Krankenbehandlung und Anstaltspflege ist an sich unproblematisch.

Bislang konnte allerdings unter diesem Terminus auch die Krankenbehandlung in Krankenanstalten in der Rechtsform des Ambulatoriums subsumiert werden. Somit würde auch die Möglichkeit des Verweises auf diese Gruppe der Vertragspartner der BVA entfallen. Das führt letztlich dazu, dass in § 59 Abs. 3 B-KUVG als einziger Fall, der nicht zu einer der Höhe nach unmittelbar durch die Satzung bestimmten „Kostenerstattung“ führt, jener der mangelnden Versorgung durch eigene Einrichtungen übrig bleibt. Dies ist weder Zweck der Novellierung noch materiell akzeptabel.

Wir schlagen vor, ersatzweise folgende Modifizierung der bestehenden Regelung (§ 59 Abs. 3 erster Satz) vorzunehmen:

„Stehen Vertragspartner (§128) oder eigene Einrichtungen der Versicherungsanstalt nicht zur Verfügung, kann die nächstgelegene geeignete Einrichtung in Anspruch genommen werden.“

Ergänzungsvorschlag zu §§ 19 Abs. 4 und 22 Abs. 2 B-KUVG: (Karenzurlaubsgeld/Beitragsgrundlage KV)

Mit der Einführung des Kinderbetreuungsgeldes wurde auch eine neue Regelung zur Finanzierung der Sozialversicherung der Kinderbetreuungsgeldbezieher im Rahmen des § 39j Familienlastenausgleichsgesetz Abs. 3 bis 6 geschaffen.

Als Beitrag zur Krankenversicherung der Kinderbetreuungsgeldbezieher sowie auch der Karenzurlaubsgeldbezieher wird somit für die Jahre 2002, 2003 und 2004 ein Pauschalbetrag aus dem Ausgleichsfonds für Familienbeihilfe zur Verfügung gestellt. Ab dem 1. 1. 2005 wird der Beitrag zur Krankenversicherung mit 6,8 % des Aufwandes des Kinderbetreuungsgeldes, des Karenzgeldes sowie des Karenzurlaubsgeldes bestimmt.

§ 45 Karenzurlaubsgesetz verweist diesbezüglich auf § 39j Abs. 3 bis 6 Familienlastenausgleichsgesetz. Eine entsprechende Anpassung im Rahmen des B-KUVG ist jedoch bis dato nicht erfolgt.

Die einschlägigen Bestimmungen des B-KUVG (§ 19 Abs. 4) sehen nach wie vor als Beitragsgrundlage während des Bezuges von Karenzurlaubsgeld den doppelten Betrag des monatlichen Karenzurlaubsgeldes vor.

§ 19 Abs. 4 letzter Satz müsste deshalb entfallen und statt dessen die Formulierung des § 45 Karenzurlaubsgesetz aufgenommen werden.

§ 19 Abs. 4 letzter Satz müsste demnach wie folgt lauten:

„Die Höhe des Krankenversicherungsbeitrages richtet sich nach § 39j Abs. 3 bis 6 des Familienlastenausgleichsgesetzes 1967, BGBl. Nr. 376.“

§ 22 Abs. 2 sieht derzeit noch die Tragung des KV-Beitrages in Fällen des Bezuges von Karenzurlaubsgeld durch den Dienstgeber vor. Auch diese Regelung ist nunmehr durch die neue Beitragsregelung des § 39j Abs. 3 bis 6 FLAG obsolet.

§ 22 Abs. 2 2. Halbsatz wäre damit ersatzlos zu streichen.

**Ergänzungsvorschlag zu § 116 B-KUVG:
(Höchstausmaß der Hinterbliebenenrenten)**

Im Rahmen der gegenständlichen B-KUVG-Novelle sollte auch eine Überarbeitung des § 116 B-KUVG hinsichtlich des Höchstausmaßes der Hinterbliebenenrenten erfolgen.

Unseres Erachtens sollte der erste Satz des § 116 B-KUVG ersatzlos entfallen, da mit der Begrenzung der Hinterbliebenenrenten mit 80 v.H. der Bemessungsgrundlage jedenfalls das Auslangen gefunden werden kann.

Die Begrenzung von Hinterbliebenenrenten nach Empfängern von Versehrtenrenten mit der Versehrtenrente (samt Zusatzrente) führt in der Praxis zu unbefriedigenden Ergebnissen, die bislang nur durch Interpretation gelöst werden konnten.

Anzumerken ist, dass diese Begrenzung auch das ASVG nicht vorsieht.

HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER

Stellungnahme

zum Entwurf der 27. GSVG-Novelle

**Zu Z 2 - § 25 Abs. 4 Z 1 GSVG:
(Herabsetzung der Mindestbeitragsgrundlage für Gewerbetreibende
in der Krankenversicherung)**

Obwohl aus der Sicht der Versicherten dieses Anliegen verständlich ist, weisen wir darauf hin, dass durch den jährlichen Einnahmefall von € 50 Mio. mittel- und langfristig diese Maßnahmen nicht mehr zur Gänze aus den Überschüssen dieses Krankenversicherungsträgers bzw. nur unter Verwendung der Rücklagen finanziert werden können.

**Zu den Z 3, 8, 10, 23 und 26 - §§ 25a Abs. 5, 85a Abs. 1 u. a. GSVG:
(Optionsmöglichkeiten für Sach- und Geldleistungsberechtigte)**

Die vorgesehenen Begleitmaßnahmen zu den im Wege der 26. GSVG-Novelle geschaffenen Optionsmöglichkeiten für Sach- und Geldleistungsberechtigte im Bereich der gewerblichen Krankenversicherung werden ausdrücklich begrüsst.

Bei der satzungsmäßigen Umsetzung des Optionsmodells zeigte sich, dass dem gesetzlichen Auftrag gemäß § 85a Abs. 2 GSVG, auch für Geldleistungsberechtigte, die ihre KV-Beiträge ohnehin bereits auf Grund der Höchstbeitragsgrundlage leisten, die Optionen in die Sachleistungsberechtigung nur gegen Entrichtung von Zusatzbeiträgen zuzulassen, aus dem Blickwinkel der gebotenen Adäquanz von Beitragsleistung im Verhältnis zu den konkret in Anspruch genommenen Leistungspaketen in sachlich gerechtfertigter Weise nicht nachgekommen werden kann.

Die in Umsetzung der Satzungsermächtigung vorläufig im Wege der Beschlussfassung durch die Generalversammlung der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft am 3. 4. 2002 festgesetzten symbolischen Zusatzbeiträge von 2 € bzw. 1 € für die in Rede stehenden Optionen sollen daher aus Gründen der „Beitragsgerechtigkeit“ überhaupt entfallen.

Die Analyse des Optionsmodells machte überdies deutlich, dass die vorgesehene Option für Geldleistungsberechtigte gemäß § 85a Abs. 2 Z 1 GSVG (Patientenschein und sonstige Sachleistungen unter Verzicht auf die Sonderklassevergütung) in der praktischen Anwendung keine Bedeutung erlangen kann, weil Geldleistungsberechtigte ohnehin die allgemeine Gebührenklasse eines Krankenhauses wie Sachleistungsberechtigte in Anspruch nehmen können, ohne dass es dafür einer Option bedürfte. Von praktischer Bedeutung ist daher für Geldleistungsberechtigte ausschließlich die Option gemäß § 85a Abs. 2 Z 2 GSVG (Patientenschein und sonstige Sachleistungen unter Beibehaltung der Sonderklassevergütung).

Da das Optionsmodell ohnehin erst mit 1. Jänner 2003 in Kraft treten wird, bleibt also noch die Möglichkeit, im Wege einer vorgreifenden gesetzlichen Feinabstimmung diesem berechtigten Anliegen nachzukommen. Die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft hätte sodann die Möglichkeit, diese Vorgabe rechtzeitig im Wege einer entsprechenden Satzungsänderung umzusetzen.

§ 85a Abs. 2 GSVG sollte daher lauten:

„(2) Versicherte, für die auf Grund gesamtvertraglicher und satzungsmäßiger Regelungen anstelle der Sachleistungen bare Leistungen nach § 85 Abs. 3 zweiter Satz gewährt werden, sind, soweit die Satzung dies vorsieht, berechtigt, über Antrag Sachleistungen nach § 85 Abs. 3 erster Satz unter Beibehaltung der Geldleistungen nach § 96 Abs. 2 in Anspruch zu nehmen. Für Beginn und Ende dieser Berechtigung gilt Abs. 1 dritter Satz entsprechend.“

**Zu Z 3 - § 25a Abs. 5 GSVG:
(In Kraft treten)**

§ 25a Abs. 5 stellt eine Ergänzung zu §25a Abs. 4 dar, dieser tritt gemäß § 294 Abs. 1 Z 2 mit 1. Jänner 2005 (wieder) in Kraft; eine analoge Regelung ist daher auch hinsichtlich § 25a Abs. 5 erforderlich:

„Es tritt in Kraft:

mit 1. Jänner 2005 § 25a Abs. 5 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Xy/2002“.

**Zu Z 7 - § 83 Abs. 4 Z 1 zweiter Halbsatz GSVG:
(Angehörigeneigenschaft - Familienbeihilfe)**

Die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft begrüsst ausdrücklich die vorgesehene Koppelung der Angehörigeneigenschaft von Kindern, für die Familienbeihilfe bezogen wird, mit dem Familienbeihilfenrecht.

In diesem Zusammenhang dürfte jedoch übersehen worden sein, dass auch der im Bereich der Pensionsversicherung bedeutsame Begriff der Kindeseigenschaft iSd § 128 Abs. 2 Z 1 GSVG im Gleichklang an das Familienbeihilfenrecht anzupassen ist.

Es sollte daher gleichzeitig auch § 128 Abs. 2 Z 1 GSVG entsprechend angepasst werden.

**Zu Z 11 - § 115 Abs. 3a GSVG:
(Beitragsrückstände)**

Die neue Bestimmung des § 115 Abs. 3a entspringt offenbar einem nicht näher artikulierten Unbehagen, dass in einzelnen Fällen bei Versicherten mit hohen Beitragsrückständen bei wieder erlangter Zahlungsbereitschaft bzw. wieder entstandener wirtschaftlicher Möglichkeit zur Beitragsentrichtung für lange in der Vergangenheit zurückliegende Zeiträume die entsprechenden Beitragszahlungen zu keiner wirksamen Beitragsentrichtung mehr führen.

Im Hinblick auf die restriktive höchstgerichtliche Judikatur zum § 115 Abs. 3 kann es nun dazu kommen, dass trotz erfolgter Beitragszahlung auch im Wege des Anerkennungsverfahrens eine Beitragswirksamkeit nicht mehr erreicht werden kann, beispielsweise dann, wenn die Beitragszahlung nur auf die Erlangung eines Anspruchs auf vorzeitige Alterspension gerichtet ist bzw. nicht mehr von einer „Lücke“ im Versicherungsverlauf im Sinne der Judikatur gesprochen werden kann.

Es stellt sich allerdings die Frage, ob der im Entwurf eingeschlagene Weg den in der Praxis festgestellten Unzukömmlichkeiten gerecht werden kann, oder ob nicht vielmehr ohne vorangegangene Analyse der Problematik aufgrund punktueller Beobachtungen das Gesamtkonzept der wirksamen Beitragsentrichtung in der Pensionsversicherung unterlaufen wird.

Nach Auffassung der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft ist die Formulierung „... für Zeiten nach Abs. 1 Z 1 gelten Beiträge dann als wirksam entrichtet, wenn sie mit einem Hundertsatz verzinst werden...“ zu allgemein, da dadurch der Inhalt des § 115 Abs. 1 Z 1 materiell eine generelle Änderung erfährt.

Ausgangspunkt der Überlegungen muss § 115 Abs. 1 Z 1 sein, wonach die Beiträge grosso modo innerhalb von 5 Jahren nach Fälligkeit bezahlt werden müssen.

Bei einer Änderung der gegenständlichen Regelung darüber, unter welchen Voraussetzungen Beitragszahlungen in der Pensionsversicherung einen Beitragszeiterwerb nach sich ziehen, müssen verschiedene Aspekte berücksichtigt werden:

- Für rückständige Beiträge müssen in der Regel Verzugszinsen bezahlt werden, die bei großen Beitragsrückständen erhebliche Beträge ausma-

chen. Es besteht für den Träger die Möglichkeit, auf die Zahlung von Verzugszinsen zu verzichten bzw. das Ausmaß zu reduzieren (§ 35 Abs. 5).

- Bei der wirksamen Beitragsentrichtung handelt es sich um einen Begriff, der vielfach unscharf verwendet wird: einerseits wird hiebei oft die Zahlung innerhalb des 5-Jahres-Zeitraums des § 115 Abs. 1 Z 1 gemeint, andererseits ist die Wirksamkeit der Beitragszahlung im § 118 GSVG geregelt, wobei durch die Regelung des § 118 Abs. 2 lit.b, wonach Abs. 1 leg.cit. nicht auf Beiträge anzuwenden ist, die nach der Vorschrift des § 115 Abs. 3 als wirksam entrichtet anerkannt wurden, eine gewisse Widersprüchlichkeit entstanden ist.
- Die Signalwirkung einer Regelung, die die besagte 5-Jahres-Frist ohne Begrenzung ausdehnt, sollte nicht unterschätzt werden. Einer möglichen Spekulation, dass im Bedarfsfalle noch immer Jahre nach der Fälligkeit Beiträge wirksam entrichtet werden können, sollte keinerlei Vorschub geleistet werden.
- Eine Verzinsungsregelung bedarf einer exakten Ausgestaltung; dies gilt umso mehr, als die Einfügung des Abs. 3a zur Folge hätte, dass zwei Methoden der Verzugszinsenberechnung nebeneinander bestünden, deren Verhältnis zueinander exakt zu regeln wäre. Es ist eindeutig zu klären, ob die Zinsenberechnung im Sinne des Abs. 3a an die Stelle der Verzugszinsenberechnung gemäß § 35 Abs. 5 zu treten hätte und bejahendenfalls, ab welchem Zeitpunkt; oder soll es zu einer Kumulierung der Verzugszinsen und der Zinsen gemäß Abs. 3a kommen? Oder ist an eine Regelung gedacht, derzufolge im ersten Schritt Verzugszinsen gemäß § 35 Abs. 5 zu berechnen sind und erst nach Ablauf der 5-Jahres-Frist gemäß § 115 Abs. 1 Z 1 die bisher aufgelaufenen Verzugszinsen zu stornieren wären, an deren Stelle von anbeginn eine Verzinsung gemäß Abs. 3a zu treten hätte?
- Die Höhe der absoluten Zinsenbelastung muss ebenfalls ins Kalkül gezogen werden: unter Bedachtnahme auf die derzeit heranzuziehende Sekundärmarktrendite für Bundesanleihen im Oktober 2001 betragen die Verzugszinsen 7,21% und würde die vorgesehene Verzinsung gemäß Abs. 3a 10,21% betragen.
- Mangels einer Analyse, in welchen Geschäftsfällen Versicherte von der neuen Regelung profitieren sollen, lässt sich auch keinerlei Mengengerüst ableiten. Es lassen sich daher nicht nur keinerlei finanziellen Auswirkungen berechnen, sondern es fehlt auch an einer Kosten-Nutzenrechnung in dem Sinn, dass gesagt werden kann, in welcher Größenordnung (von der Zahl der Versicherten her gesehen), die neue Regelung zum Tragen kommen könnte und welcher administrative Aufwand mit der Umsetzung dieser äußerst komplizierten Regelung verbunden ist.
- Eine sozialpolitisch motivierte Lösung für ein noch näher zu definierendes Problem nach einer entsprechenden Fallanalyse muss sich wohl am Durchschnittsfall von Versicherten mit Beitragsrückständen orientieren: Während der laufenden Pflichtversicherung und auch einige Zeit nach de-

ren Beendigung wird mittels verschiedenartiger Eintreibungsmaßnahmen versucht, die Beitragszahlung zu bewirken. Fruchten alle diese Versuche nichts, so kommt es früher oder später zur Abschreibung der offenen Beitragsforderung und lediglich zu Sondermahnungen, damit die Verjährung der Forderung hintangehalten wird. Oftmals erst im zeitlichen Zusammenhang mit einer Pensionsantragsstellung wird versucht, durch eine Beitragszahlung, pensionsrechtliche Vorteile zu erwirken; nach der derzeitigen Rechtslage in Verbindung mit der Praxis bei der Handhabung des § 115 Abs. 3 besteht nur dann ein ernsthaftes Bemühen zur Abtragung der Beitragsschuld, wenn dadurch für einen Pensionsanspruch erforderliche Versicherungszeiten erworben werden können.

Wird hingegen eine Regelung vorgesehen, die generell die Möglichkeit der pensionswirksamen Beitragsnachentrichtung, wenn auch unter erhöhten Kosten, eröffnet, dann bedarf es für eine Reihe von Fragen einer ausdrücklichen gesetzlichen Determinierung: Uneingeschränkte „Nachkaufsmöglichkeit“? Möglichkeit einer Ratezahlung? Möglichkeit des Einbehalts von der, wenn auch in geringerer Höhe, zuzuerkennenden Pension? Neufeststellung von Pensionen nach jeweiliger Zahlung laufend oder erst nach einem kompletten Einkaufsvorgang? Zulässigkeit der Widmung von Zahlungen, zumal so gut wie immer auch ein Beitragsrückstand in der Krankenversicherung besteht?

Die relativ kurz bemessene Zeit für die Begutachtung hat lediglich eine kurso-rische Analyse des gegenständlichen Novellierungsanliegens zugelassen, jedoch zeigen bereits diese Ergebnisse, dass im Interesse einer fundierten und gegenüber den Versicherten transportierbaren Regelung ein weitaus längerer Vorbereitungszeitraum notwendig ist.

Es wird daher vorgeschlagen, das gegenständliche Novellierungsvorhaben zurückzustellen.

**Zu Z 12 - § 119a Abs. 2 GSVG:
(freiwillige Versicherung)**

Laut den Erläuterungen zum inhaltsgleichen § 233 Abs. 2 ASVG muss in diesem Zusammenhang beim Erwerb von Beitragsmonaten der freiwilligen Versicherung eine unerwünschte Gestaltungsmöglichkeit erblickt werden.

Seitens der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft bestehen im Hinblick darauf, dass im Rahmen der freiwilligen Versicherung immerhin eine Beitragsentrichtung erfolgt, keine Einwände gegen eine derartige Gestaltungsmöglichkeit.

Vielmehr erscheint gerade eine Schlechterstellung von Personen, die Beiträge zur freiwilligen Versicherung erwerben, gegenüber Personen, die im selben Zeitraum lediglich Ersatzmonate erworben haben, sachlich nicht gerechtfertigt.

**Zu Z 14 - § 129 Abs. 7 GSVG:
(Mehrfachversicherung)**

Die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft begrüsst diese Neuregelung.

Allerdings würde sie beim Personenkreis des Art. VII Abs. 1 der 41. ASVG-Novelle (Art. III Abs. 4 der 10. GSVG-Novelle) zu unbilligen Ergebnissen führen, weil diese Personen von jenem Versicherungsträger, bei dem sie nunmehr längere Zeit pflichtversichert waren, auch trotz Eintrittes des Versicherungsfalles keine Leistung erhalten würden.

Die vorgeschlagene Neuregelung sollte daher auf die Versicherungsfälle des Alters bzw. des Todes eingeschränkt werden.

**Zu Z 17 - § 131 Abs. 2 Z 2 GSVG:
(vorzeitige Alterspension bei langer Versicherungsdauer)**

Legistisch ist unklar, weshalb die Z 2 (Einschränkung des Wegfalls vorzeitiger Alterspensionen) in den Selbstständigen-Gesetzen entfallen soll, während dies im ASVG nicht der Fall ist.

Außerdem wird unzutreffend auf Erläuterungen in der 60. ASVG-Novelle verwiesen, die es gar nicht gibt.

Im Übrigen sollte diese Regelung, die erst mit dem Sozialrechts-Änderungsgesetz 2000 eingeführt wurde, beibehalten werden - zumal damit gerade bei unterjährigem Pensionsbeginn Härtefälle beseitigt werden könnten.

HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER

Stellungnahme

**zum Entwurf der
26. BSVG-Novelle**

**Zu Z 1 - § 20b BSVG:
(Wirksamkeitsbeginn)**

Die vorgeschlagene Änderung geht auf eine Anregung der Sozialversicherungsanstalt der Bauern zurück und wird von dieser ausdrücklich begrüßt.

Problematisch erscheint ihr jedoch der unterjährige Wirksamkeitsbeginn gemäß § 284 Abs. 1 Z 1 mit 1. August 2002.

Da sich die gegenständliche Auskunftspflicht auf bäuerliche Nebentätigkeiten bezieht und die beitragsrechtliche Erfassung im Nachhinein erfolgt, ist durch den gegenständlichen Wirksamkeitsbeginn nicht klargestellt, für welche Zeiträume die Entgeltbekanntgabe tatsächlich zu erfolgen hat.

Wünschenswert wäre ein Wirksamkeitsbeginn durch den klar zum Ausdruck kommt, dass das Beitragsjahr 2001 bereits der gegenständlichen Auskunftsverpflichtung unterliegt.

**Zu Z 2 - § 23 Abs. 1 Z 3 BSVG:
(Wirksamkeitsbeginn)**

Die vorgeschlagene Änderung geht auf eine Anregung der Sozialversicherungsanstalt der Bauern zurück und wird von dieser ausdrücklich begrüßt.

Problematisch erscheint ihr jedoch der gemäß § 284 Abs. 1 Z 3 rückwirkend mit 1. Jänner 2002 in Aussicht genommene Wirksamkeitsbeginn.

Da sich die gegenständliche Formulierung auf die Ausübung einer Beitragsgrundlagenoption gemäß § 23 Abs. 1a bezieht und eine solche Erklärung erstmals bis zum 31. 3. 2002 – bezogen auf das Beitragsjahr 2001 - möglich war, wäre es zweckmäßig, durch die Formulierung des Wirksamkeitsbeginnes ausdrücklich klarzustellen, dass das Beitragsjahr 2001 von der gegenständlichen Regelung bereits erfasst ist.

**Zu Z 4 - § 23 Abs. 4a Z 2 BSVG:
(Widerspruch zur ausgesendeten „Nachtragsnovelle“ zum BSVG)**

Die gegenständliche Novellierung steht in inhaltlichem Widerspruch zu der mit Schreiben des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen vom 2. 5. 2002 zu GZ: 21.145/15-3/02 ausgesendeten „Nachtragsnovelle“ zum BSVG und sollte deshalb ersatzlos gestrichen werden.

**Zu Z 4 - § 23 Abs. 4b BSVG:
(Freibetrag)**

Den Erläuterungen zufolge ist eindeutig, dass der neu einzuführende **Freibetrag in Höhe von € 3.700** von den Gesamteinnahmen in Abzug zu bringen ist.

Diese Anordnung kommt im ersten Satz des neu zu schaffenden Absatzes 4b des § 23 BSVG nicht klar zum Ausdruck, weshalb dieser so lauten sollte:

*„Werden Einkünfte aufgrund von betrieblichen Tätigkeiten nach § 2 Abs. 1 Z 1 letzter Satz erzielt, so ist die Beitragsgrundlage auf Basis **der sich aus den Aufzeichnungen nach § 20a ergebenden Einnahmen aus diesen Tätigkeiten (inklusive Umsatzsteuer) sowie abzüglich eines Freibetrages von € 3.700 jährlich zu ermitteln; die Beitragsgrundlage bilden 30 % der danach verbleibenden Einnahmen.**“*

**Zu Z 5 - § 23 Abs. 5 BSVG:
(Wirksamkeitsbeginn)**

Auch diese Bestimmung geht auf eine Anregung der Sozialversicherungsanstalt der Bauern zurück und stellt eine erhebliche administrative Entlastung dar.

Es empfiehlt sich jedoch die Bestimmung mit 1. Jänner 2002 wirksam werden zu lassen, da ein unterjähriger Beginn, wie derzeit gemäß § 284 Abs. 1 Z 1 vorgesehen, die administrative Erleichterung im erheblichen Maße schmälern würde.

**Zu Z 7 - § 33c Abs. 1 BSVG (und Parallelbestimmungen):
(Erstattung von Beiträgen in der Krankenversicherung)**

Diese Regelung berücksichtigt zu wenig die konkreten Lebensumstände des einzelnen Versicherten (der z. B. im Februar heiratet oder im Dezember Witwer wird).

**Zu Z 10 - § 78 Abs. 4 Z 1 BSVG (und Parallelbestimmungen):
(Anbindung der Angehörigeneigenschaft an das Familienbeihilfenrecht)**

Bei der legislativen Anbindung der Angehörigeneigenschaft an das Familienbeihilfenrecht ist eine gleichlautende Anpassung der §§ 252 Abs. 2 ASVG bzw. 119 Abs. 2 BSVG und Parallelbestimmungen - da eine bislang unverändert gegebene Deckungsgleichheit zwischen Angehörigen- und Kindeseigenschaft auch hinkünftig unentbehrlich erscheint – unverzichtbar.

Unterschiedliche Beurteilungen wären gegenüber den betroffenen Personen nicht zu vertreten, zudem sprechen auch administrative Gründe für einen Gleichklang. Die einschlägigen Motive aus den Erläuterungen zu § 123 ASVG können wortgleich auch für die Unfall- bzw. Pensionsversicherung übernommen werden.

Es wäre inkonsequent und sachlich unhaltbar, zwischen Familien- und Sozialversicherungsrecht eine Gleichschaltung vorzunehmen, innerhalb des Sozialversicherungsrechtes jedoch eine nach Zweigen unterschiedliche Beurteilung zu akzeptieren.

Darüberhinaus erscheint es wenig sinnvoll, den Wirksamkeitsbeginn einer solchen grundlegenden Änderung mit 1. August 2002 - sohin innerhalb eines Semesters – festzulegen.

**Zu Z 11 und Z 35 - §§ 80 Abs. 3 lit. h und § 284 Abs. 2 BSVG:
(Inkrafttreten)**

Inhaltlich geht die vorgeschlagene Regelung auf eine Anregung der Sozialversicherungsanstalt der Bauern zurück und wird von dieser deshalb begrüßt.

Bedenken bestehen bei ihr jedoch hinsichtlich des Inkrafttretens bzw. der Befristung gemäß § 284 Abs. 2. Der Wirksamkeitsbeginn ist gemäß § 284 Abs. 1 Z 1 mit 1. August 2002 in Aussicht genommen.

Hält man sich demgegenüber die historische Genesis der Vorgängerbestimmung vor Augen, so waren bis zur Einführung des LKF die Organspender gemäß § 80 Abs. 3 lit. f generell vom Kostenanteil befreit. Im Zuge der LKF-Einführung wurde diese Befreiungsbestimmung sistiert und die Befreiung der Organspender vom Kostenbeitrag für stationäre Aufnahmen in § 447f Abs. 7 Z 3 ausgesprochen. Der Zeitpunkt, ab dem Organspender nach dem BSVG nicht mehr vom Kostenanteil für ambulante Leistungen oder Heilmittel befreit sind, geht daher auf den Wirksamkeitsbeginn des LKF zurück.

Dementsprechend ist § 80 Abs. 3 lit. f BSVG seit diesem Zeitpunkt und für die Dauer des Bestandes der LKF-Lösung sistiert. Wird Letztere über den 31. Dezember 2004 hinaus abermals verlängert, bedeutet dies die weitere Sistierung des § 80 Abs. 3 lit. f, gleichzeitig aber auch das abermalige Außerkrafttreten des § 80 Abs. 3 lit. h in der vorgeschlagenen Fassung.

Das Ergebnis wäre eine neuerliche Regelungslücke ab dem 1. Jänner 2005 unter der Maßgabe einer abermaligen LKF-Verlängerung.

**Zu Z 12 - § 81 Abs. 2 BSVG (und Parallelbestimmungen):
(Herabsetzung der Altersgrenze bei den Jugendlichenuntersuchungen)**

Abermals ist zu betonen, dass eine inhaltliche Notwendigkeit für die Herabsetzung der Altersgrenze bei den Jugendlichenuntersuchungen aus Anlass des Kindschaftsrechtsänderungsgesetzes 2001 nicht erblickt werden kann.

Für die Sozialversicherungsanstalt der Bauern hätte eine Herabsetzung der Altersgrenze das praktische Aus der Jugendlichenuntersuchung zur Folge, weil im Regelfall Schüler der Abschlussklassen von Fachschulen im Hinblick auf die nach Schulende zu erwartende Versicherungszeit zur Untersuchung geladen werden.

Da der Besuch der Fachschule im Regelfall über das 18. Lebensjahr hinausgeht, wäre die Grundaussage des Erlasses damit gegenstandslos. Dementsprechend sollte eine generelle Herabsetzung der Altersgrenze zumindest im Bereich des BSVG mit einer dahingehenden Ergänzung einhergehen, zufolge der Landwirtschaftslehrlinge ab dem 16. Lebensjahr einer Jugendlichenuntersuchung selbst dann zu unterziehen sind, wenn sie sich parallel in beruflicher Schulausbildung befinden.

**Zu Z 16 - § 106 Abs. 3a BSVG (und Parallelbestimmungen):
(Entrichtung von Beiträgen)**

Diese Bestimmung erscheint mehrfach nicht zweckmäßig zu sein:

Zunächst zwingt der Wortlaut zur Anwendung auch **während** der Fünfjahresfrist!

Die Erläuterungen zu § 115 Abs. 3a GSVG gehen zwar vom Gegenteil aus, finden aber keine Deckung im Wortlaut des Entwurfs.

Zum anderen mutet es seltsam an, dass etwa ein notorischer Beitragsschuldner am Tag vor dem Stichtag seine gesamten Beiträge für mehrere Jahrzehnte auf den Tisch legen und dann am nächsten Tag Pension beziehen soll, nachdem er der Versichertengemeinschaft so lange die Solidarität verweigert hat.

Außerdem sind Beiträge nach dem seinerzeitigen landwirtschaftlichen Zuschussrentenversicherungsgesetz LZVG nach dem Entwurf nicht betroffen.

**Zu Z 17 - § 110a Abs. 2 BSVG (und Parallelbestimmungen):
(Beitragsmonate der freiwilligen Versicherung)**

Die Beitragsmonate der freiwilligen Versicherung sollten im Hinblick auf die Erfüllung der Wartezeit nach § 122a Abs. 1 letzter Satz an **vorletzter** Stelle stehen.

**Zu Z 22 - § 122 Abs. 2 Z 2 BSVG (und Parallelbestimmungen):
(vorzeitige Alterspension wegen langer Versicherungsdauer)**

Legistisch ist unklar, weshalb die Z 2 (Einschränkung des Wegfalls vorzeitiger Alterspensionen) in den Selbstständigen-Gesetzen entfallen soll, während dies im ASVG nicht der Fall ist.

Außerdem wird unzutreffend auf Erläuterungen in der 60. ASVG-Novelle verwiesen, die es gar nicht gibt.

Im Übrigen sollte diese Regelung, die erst mit dem Sozialrechts-Änderungsgesetz 2000 eingeführt wurde, beibehalten werden - zumal damit gerade bei unterjährigem Pensionsbeginn Härtefälle beseitigt werden könnten.

**Zu Z 28 - § 168 BSVG:
(Überweisungsbetrag)**

Die Wortfolge „zu leisten bzw.“ hat im **BSVG** (zweifach) zu entfallen, da diese Konstellation nur im ASVG möglich ist.

**Zu Z 33 - § 280 Abs. 4a BSVG (bzw. § 593 Abs. 3a ASVG):
(Übergangsbestimmung)**

Die genannte Übergangsbestimmung erfolgt im Nachhang zu der im Rahmen der 58. ASVG- bzw. 24. BSVG-Novelle normierten Neuregelung der Gesamtrentenbildung gemäß § 210 ASVG bzw. § 149I BSVG in Reaktion auf das einschlägige Verfassungsgerichtshof-Erkenntnis.

Allerdings weist die Übergangsbestimmung in der vorgeschlagenen Fassung eine Formulierung auf, die im Ergebnis zu so nicht gewollten Konsequenzen führen muss. Bereits aus der Überschrift zu §149I BSVG bzw. §210 ASVG ist ableitbar, dass eine Gesamtrentenbildung denknotwendig zur Voraussetzung hat, dass mindestens zwei entschädigungsrelevante Versicherungsfälle vorliegen.

Sohin hätte der Ausdruck „Versicherungsfälle“ in der vorgeschlagenen Formulierung zur Folge, dass sowohl der erste als auch der zweite Versicherungsfall nach dem 31. Juli 2001 eingetreten sein müssen, um die Anwendung der Rechtslage der 58. ASVG- bzw. 24. BSVG-Novelle nach sich zu ziehen.

Dieses Ergebnis kann so nicht gemeint gewesen sein.

Um der Übergangsbestimmung die beabsichtigte Rechtsfolge angedeihen zu lassen, müsste vielmehr darauf abgestellt werden, dass der **letzte** maßgebliche Versicherungsfall nach dem 31. Juli 2001 eingetreten ist.

**Zu Z 35 - § 284a Abs. 5 und Abs. 6 BSVG:
(Schlussbestimmung)**

Laut dieser Bestimmung sollen jene Versicherte, die aufgrund der Übergangsregelung für Geburten zwischen dem 1. Juli 2000 und dem 31. Dezember 2001 erhöhte Teilzeitbeihilfe beziehen, von der Entrichtung ihrer Krankenversicherungsbeiträge befreit werden.

Dies erscheint insofern unsystematisch, als es sich hierbei um die Krankenversicherung aufgrund einer versicherungspflichtigen Erwerbstätigkeit nach dem BSVG als Grundvoraussetzung für den Bezug einer Teilzeitbeihilfe und nicht um eine Krankenversicherung, welche durch den Bezug einer Geldleistung begründet wird, handelt, weshalb insofern auch keine Vergleichbarkeit mit der Krankenversicherung von Karenzgeld- bzw. Kinderbetreuungsgeldbezieherinnen gegeben ist.

Gemäß dem Gesetzeswortlaut ist die Aufrechterhaltung einer versicherungspflichtigen Erwerbstätigkeit nach dem BSVG für die Dauer des Teilzeitbeihilfebezuges eine grundsätzliche Anspruchsvoraussetzung, auch wenn seitens des BMSG Signale bestehen, bei der Prüfung dieser Anspruchsvoraussetzung in Analogie zum Kinderbetreuungsgeldgesetz keinen allzu strengen Maßstab anlegen zu müssen.

Die ausschließliche Befreiung der Bezieherinnen erhöhter Teilzeitbeihilfe gemäß § 281 Abs. 5 BSVG lässt sich darüberhinaus nur schwer sachlich begründen, vergleicht man deren Ausgangslage mit jener von Bezieherinnen „einfacher“ Teilzeitbeihilfe bzw. den Bezieherinnen von Kinderbetreuungsgeld, die wegen erlaubter gleichzeitiger Betriebsführung in der Krankenversicherungspflicht aufgrund der Betriebsführung verbleiben.

Da sich dem Wortlaut zufolge die Beitragsbefreiung in der Krankenversicherung nur auf jene Beiträge beziehen kann, welche aufgrund der ausgeübten Erwerbstätigkeit anfallen, bedeutet dies darüberhinaus die Refundierung der individuellen Beitragsbelastung aus Mitteln des Ausgleichsfonds für Familienbeihilfen.

Dies aber eröffnet ein zusätzliches Problemfeld, da nicht ausgeschlossen werden kann, dass auch nach Auslaufen der Teilzeitbeihilfe (spätestens 31. Dezember 2004) immer noch rückwirkende Änderungen der Beitragsgrundlage im Verrech-

nungswege mit dem Ausgleichsfonds für Familienbeihilfen abgegolten werden müssen.

**Ergänzungsvorschlag zum BSVG:
(Angleichung auf die Angehörigeneigenschaft)**

Hiezu hat die Sozialversicherungsanstalt der Bauern folgende Stellungnahme abgegeben:

„Positiv hervorzuheben ist jedenfalls der Umstand, dass nach längerer Zeit wieder einmal Gelegenheit gegeben wird, im Zuge einer so genannten „Bereinigungs-novelle“ aus der täglichen Vollziehungspraxis als notwendig erkannte Gesetzesanpassungen bzw. Abänderungen vorzubringen. So finden sich insbesondere im Entwurf einer 26. BSVG-Novelle zahlreiche Abänderungsvorschläge, die auf Anregungen der Sozialversicherungsanstalt der Bauern zurückgehen. Auch den beitragsrechtlichen Änderungen der 2. Teillieferung zur 26. BSVG-Novelle ging ein Gedankenaustausch mit den Vertretern des BMSG voran.

Von diesen anstaltsspezifischen Vorhaben abgesehen, ist die weitreichendste Änderung des gegenständlichen Novellenpakets zweifelsfrei die im Grundsatz zu begrüßende Angleichung der Angehörigeneigenschaft an das Familienbeihilfenrecht.

Umso unverständlicher ist die Tatsache, weshalb dem Entwurf zufolge diese Angleichung auf die Angehörigeneigenschaft in der Krankenversicherung beschränkt bleiben soll. Alle die für die Einführung der gegenständlichen Maßnahme ins Treffen geführten Parameter treffen im gleichen Maße auf die Kindeseigenschaft im Bereich der Unfall- bzw. Pensionsversicherung zu und könnten ohne vorangehende Adaptierung wortgleich übernommen werden.“

Ergänzungsvorschlag zu § 72 Abs. 1 BSVG: (Geldleistungen)

Seit dem Inkrafttreten des BSVG ist diesem das Grundverständnis unterlegt, dass unter „Geldleistungen“ **alle** Leistungen, die in Geld erbracht werden, zu verstehen sind. Dementsprechend galten aus dem historischen Verständnis auch Kostenerstattungen bzw. Kostenzuschüsse als Geldleistungen. Wenn auch nicht ausdrücklich gesetzlich angeordnet, ist es seit jeher unbestritten, dass im Gegensatz dazu dem Leistungsrecht der Krankenversicherung nach dem ASVG ein anderweitiges Grundverständnis innewohnt, demzufolge Kostenerstattungen, Kostenersätze und Kostenzuschüsse nach dem ASVG als Sachleistung zu gelten haben.

In Ausformung der genannten Grundpositionen weisen zumindest seit dem 1. Jänner 1980 (2. BSVG-Novelle) die bezughabenden Rückforderungsbestimmungen § 107 Abs. 1 ASVG bzw. § 72 Abs. 1 BSVG unterschiedliche Formulierungen auf.

Im BSVG beispielsweise beschränkt sich die mögliche Rückforderung für zu Grunde liegende Sachleistungsaufwendungen auf den jeweiligen Aufwand für zu Unrecht gewährte Heilbehelfe und Anstaltspflege. Der historische Gesetzgeber begründete diese Einschränkung mit der Unverhältnismäßigkeit des administrativen Aufwandes für die Rückforderung darüberhinausgehender Sachleistungsäquivalente.

Das eingangs erwähnte universelle Grundverständnis für Geldleistungen nach dem BSVG hat mit der Einführung des Krankenscheinsystems im BSVG per 1. Juli 1998 eine massive Änderung erfahren. Da das auf Krankenschein basierende Sachleistungssystem nach dem BSVG seit diesem Zeitpunkt den gesetzlichen Vorgaben des ASVG folgt, weist das BSVG seit diesem Zeitpunkt ein duales Begriffsverständnis der Kostenerstattung bzw. des Kostenzuschusses entweder als gleichgestellte Sachleistung oder als Geldleistung auf, je nach dem, ob eine Leistungsanspruchnahme auf Krankenscheinbasis möglich wäre oder nicht.

Ist der Sachleistungsbezug auf Krankenscheinbasis theoretisch möglich, hat dies zwangsläufig zur Folge, dass entsprechende Kostenerstattungen bzw. Kostenzuschüsse dem Oberbegriff „Sachleistungsäquivalent“ zuzuordnen sind und die derzeitige Formulierung des § 72 Abs. 1 BSVG eine diesbezügliche Rückforderung verhindert.

Es ist daher jedenfalls notwendig §72 Abs. 1 BSVG an die diesbezügliche Formulierung des § 107 Abs. 1 Satz 1 ASVG anzugleichen.

Im Ergebnis bedeutet dies, die Ergänzung um die Aussage, dass „an Stelle von Sachleistungen erbrachte Kostenersätze“ ebenfalls rückforderbar sind.

**Ergänzungsvorschlag zu § 111 Abs. 2 lit. a BSVG:
(Unfallversicherung)**

Diese Bestimmung verweist derzeit lediglich auf die §§ 175 bis 177 ASVG, nicht auf die BSVG-Bestimmungen der Unfallversicherung (§§ 148c bis 148e BSVG) und sollte ergänzt werden.

**Ergänzungsvorschlag zu § 123 Abs. 5 BSVG:
(legistische Klarstellung)**

Hier müsste statt „§ 5 Abs. 2“ nunmehr „§ 5 Abs. 2 Z 2“ stehen.

**Ergänzungsvorschlag zu § 127 Abs. 3 Z 2 BSVG:
(legistische Klarstellung)**

Statt „*ausgeschlossen*“ sollte es „*befristet*“ heißen.

**Ergänzungsvorschlag zu § 136 Abs. 9 BSVG:
(legistische Klarstellung)**

Diese Bestimmung verweist derzeit lediglich auf die Witwenrente nach § 215 Abs. 3 ASVG (nicht auf jene nach § 149o Abs. 2 BSVG) und sollte ergänzt werden.

**Ergänzungsvorschlag zu § 164 Abs. 5 letzter Satz BSVG:
(legistische Klarstellung)**

Diese Bestimmung verweist auf – den aufgehobenen - § 232a ASVG, weshalb dieser Satz entfallen sollte.

HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER

Stellungnahme

zum Entwurf der 11. NVG-Novelle

**Zu Z 1 - § 76 Abs. 1 NVG:
(Veranlagungsvorschriften)**

Die vorgeschlagene Änderung des § 78 Abs. 1 NVG wird in dieser Form abgelehnt.

Es wird zwar nicht die Absicht verkannt, im Rahmen der einheitlichen Wirtschafts- und Währungsunion auch die Veranlagungsvorschriften für das verfügbare Vermögen der Versicherungsträger anzupassen, doch sollte der Immobilienbesitz, wie er in § 78 Abs. 1 Z 3 NVG genannt ist, weiter aufrecht erhalten werden können.

Würde man den Versicherungsträger zwingen, mit Inkrafttreten der Novelle seine Immobilien zu verkaufen, so würden als Notverkauf auf dem freien Markt Preise unter dem Verkehrswert geboten werden, was ökonomisch nicht sinnvoll wäre.

Ferner ist nicht verständlich, dass die Vermögensanlage zwar in Immobilienfonds gestattet wäre, die von dritten Personen, nämlich Fondsmanagern, verwaltet werden, prinzipiell aber dem Zugriff der Versicherungsträger entzogen sind. Es hat sich bisher gezeigt, dass die Liegenschaften der Versicherungsanstalt des österreichischen Notariates nicht nur sehr verantwortungsvoll, sondern auch ertragreich bewirtschaftet wurden, was mit Beispielen nachweisbar ist. Außerdem hat bisher das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen als Aufsichtsbehörde sinnvolle Investitionen, die zu hohen Mieterträgen führten, stets genehmigt.

Es sollte daher in **§ 78 Abs. 1 NVG 1972** der **Wortlaut der bisherigen Z 3 zusätzlich** weiter **beibehalten** werden, um unerwünschte maßgebliche Vermögens-einbußen des Versicherungsträgers zu vermeiden.