

**HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER**

A-1031 WIEN

KUNDMANNGASSE 21

POSTFACH 600

DVR 0024279

VORWAHL Inland: 01, Ausland: +43-1

TEL. 711 32 / Kl. 1202

TELEFAX 711 32 3775

Zl. 12-REP-42.01/07 Gm/Er

Wien, 13. April 2007

An das
**Bundesministerium für
Gesundheit, Familie und Jugend**
Radetzkystraße 2
1030 Wien

Per E-Mail

An das
Präsidium des Nationalrats

Per E-Mail

Betr.: Bundesgesetz, mit dem das ASVG
und BSVG geändert werden

Bezug: E-Mail des BMGFJ vom 23. März 2007

Sehr geehrte Damen und Herren!

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger nimmt zu den geplanten Änderungen im ASVG (68. Novelle) und BSVG (33. Novelle) wie folgt Stellung:

Allgemeines zu den geplanten Änderungen des § 351c Abs. 1 ASVG

Diese Passagen im Entwurf sind missglückt. Durch die Änderungen käme es zu einem doppelten Aufnahmeverfahren in den Erstattungskodex (EKO). Das ist nicht nur im Zusammenhang mit den übrigen Regelungen zum EKO unausgewogen, sondern auch, wie wir in unseren Anmerkungen zu den einzelnen Bestimmungen zeigen werden, in sich widersprüchlich und – was noch wichtiger ist – auch in keiner Weise geeignet, die bestehenden Bedenken der Europäischen Kommission zu zerstreuen.

Aus diesem Grund spricht sich der Hauptverband ausdrücklich und vehement gegen die Umsetzung dieses Novellierungsentwurfes aus.

Ein „Schnellschuss“ (anders lässt sich dieser Entwurf nicht bezeichnen) würde nicht zu einer Bereinigung und Klärung der rechtlichen Situation führen.

Vielmehr würde aufgrund der widersprüchlichen Regelungen (z. T. sogar innerhalb der neu verfassten Bestimmungen) noch mehr Rechtsunsicherheit entstehen.

Diese würde unweigerlich dazu führen, dass sich die Sozialversicherung und die pharmazeutischen Unternehmen in immer mehr Verfahren nicht nur vor der Unabhängigen Heilmittelkommission (UHK), sondern auch vor ordentlichen Gerichten wiederfänden. Systemänderungen dieses Ausmaßes bedürfen – sollen sie Aussicht auf Erfolg haben – einer eingehenden und genauen Prüfung unter Einbeziehung aller mit dem System vertrauten Einrichtungen und Abteilungen.

Der Hauptverband schlägt daher vor, die anstehenden Änderungen (Bereinigung der Bedenken des BMGFJ und Überarbeitung des EKO als Ganzes) nicht in zwei getrennten kurz aufeinanderfolgenden Novellen durchzuführen, sondern in einer gemeinsamen Novelle.

Die entsprechenden Änderungen sollten bis zum Herbst dieses Jahres zusammengetragen und ausformuliert werden. Anschließend hätten die entsprechenden Umsetzungsmaßnahmen in den diversen Verordnungen (insbesondere VO-EKO¹, VK-VO², etc) und die notwendigen Umprogrammierungen im elektronischen workflow zu erfolgen.

Ferner ist dieser Entwurf einer ASVG-Änderung nicht mit den Ergebnissen des Regierungsübereinkommens vereinbar.

Dieses sieht nämlich eine Senkung der Heilmittelausgaben vor. Aufgrund des durch diesen Entwurf zu erwartenden Übergangs von Entscheidungen vom Hauptverband auf die UHK und – im Falle der Weisungsbefugnis – auch auf das BMGFJ steht zu befürchten, dass die Heilmittelkosten in einem noch höherem Ausmaß als bisher steigen werden.

Das hauptsächlich auf Grund der mangelnden Evaluierungsmöglichkeiten

¹ Verfahrensordnung Erstattungskodex: verlautbart unter www.avsv.at Nr, 47/2004 und 1. Änderung Nr. 41/2007

² Verfahrenskostenverordnung: verlautbart unter www.avsv.at Nr, 137/2006

- 3 -

und Ressourcen sowohl der UHK als auch des BMGFJ.

Weiters ist die Sozialpolitik stets ein langfristiges Anliegen gewesen, weshalb nach dem Regierungsübereinkommen Änderungen im Bereich der Sozialversicherung von den Sozialpartnern gemeinsam getragen werden sollen. Dies vor allem um den Patienten die notwendige Sicherheit und Stabilität gewähren zu können.

Nun steht aber neben der vorliegenden Änderung des EKO auch noch eine zweite große Änderung des EKO an, soll das System des EKO doch als Ganzes überarbeitet werden.

Da aber zwei sehr weitreichende Änderungen des EKO in relativ kurzen Zeitabständen alles andere als stabilitätsfördernd und – wie oben bereits hingewiesen – rechtsicherheitsfördernd sind, sollte eine solche Vorgehensweise tunlichst vermieden werden.

Nichts desto trotz haben wir die §§ 351c ff ASVG einer Prüfung dahingehend unterzogen, welche Bestimmungen wie geändert werden müssten, damit einerseits den Anforderungen der Europäischen Kommission und damit der Transparenzrichtlinie entsprochen wird und andererseits die praktische Umsetzung dieser Vorgaben auch möglich ist. Dabei wurden die Eckpunkte der geplanten ASVG-Novelle beibehalten. Unsere Gegenvorschläge finden sich bei den Anmerkungen zu den einzelnen Bestimmungen.

* * *

Des Weiteren wird eine Reihe von Ergänzungsvorschlägen übermittelt, deren Umsetzung die Vollziehung dieser Bestimmungen wesentlich erleichtern würde. Dabei sei insbesondere auf die aus praktischen Erfahrungen kommenden Vorschläge der Wiener Gebietskrankenkasse betreffend die Bekämpfung von Schwarzarbeit, Sozialbetrug und Beitragsvermeidung hingewiesen.

Mit freundlichen Grüßen
Für den Hauptverband:

Beilagen

Stellungnahme des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger

zu Artikel 1

68. Novelle zum ASVG

Zu Art. 1 Z 2 - § 31 Abs. 6 ASVG (Weisungen der Bundesministerien)

Der vorgeschlagene Entwurf enthält eine andere Textformulierung als die Textgegenüberstellung. Die Formulierung in der Textgegenüberstellung ist besser, weil er den Intentionen des Verfassungsgerichtshofes klarer Rechnung trägt.

Während in der Textgegenüberstellung ausdrücklich hervorgehoben wird, dass der Hauptverband an die Weisung „gebunden ist“, wird in der Entwurfsfassung nur in abgeschwächter Form geregelt, dass es einer Weisung „bedarf“.

In mehreren Erkenntnissen (z. B. VfSlg 17.023 – „Hauptverband“) hat der VfGH bereits die Ansicht vertreten, dass es verfassungsrechtlich zulässig ist, einen Selbstverwaltungskörper im übertragenen Wirkungsbereich mit Angelegenheiten, die sich auf andere als im Selbstverwaltungskörper zusammengeschlossenen Personen beziehen, zu betrauen. Der Selbstverwaltungskörper darf dann, wenn mit einer solchen Verordnung unmittelbar Rechte und Pflichten von Nichtmitgliedern begründet werden sollen, nicht im eigenen, sondern nur im übertragenen Wirkungsbereich – d. h. in Bindung an Weisungen des **zuständigen** obersten Organs - zur Verordnungserlassung berufen werden.

Wenn der Hauptverband eine Richtlinienkompetenz ausübt, kann in solchen Angelegenheiten nicht nur das Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend zuständig sein, sondern auch andere Ministerien, insbesondere das Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz.

Die Erwähnung nur eines Ministeriums würde einerseits der Kompetenzverteilung nach dem Bundesministeriengesetz, andererseits den Entscheidungen des VfGH widersprechen.

Zu § 31 Abs. 6 ASVG im Zusammenhang mit dem Erstattungskodex (EKO)

Der VfGH hat in seinen Erkenntnissen zu B 446/05 – 9 und B 447/05 – 9³ sowie vom 19. 6. 2006 zu G 145/05 – 12 und V 106, 107/05 – 12⁴ festgestellt, dass es sich bei der Aufnahme von Arzneyspezialitäten in den EKO nur um die „*Gestaltung des Rechtsverhältnisses zwischen den Versicherten und den Krankenversicherungs-*

³ Siehe Pkt 4.3.; Seite 8 und 9

⁴ siehe Pkt 3.2.3.; Seite 18 und 19

trägern [...] also um eine Angelegenheit, die den Sozialversicherungsträgern zur eigenverantwortlichen Besorgung übertragen werden darf" handelt.

Damit ist klar, dass im Ablauf der Verfahren rund um die Aufnahme eines Heilmittels in den EKO kein Weisungsrecht existiert. Dies nicht zuletzt deswegen, weil hiefür in weiterer Folge die Zuständigkeit einer unabhängigen Behörde, nämlich der Unabhängigen Heilmittelkommission (UHK), gegeben ist, der gegenüber schon aus verfassungsrechtlichen Gründen (Art. 133 Z 4 B-VG) keine Weisungen möglich sind.

Das wäre, da es die Rechtsgültigkeit der zu erlassenden Normen betrifft, im Gesetz eindeutig zu machen, um Streitigkeiten darüber, ob für eine Bestimmung nun eine Weisung notwendig gewesen wäre oder nicht, zu vermeiden.

Anderes wäre in der Praxis undurchführbar, weil nach dem Europarecht Fristen einzuhalten sind, deren Nichteinhaltung Amtshaftungsansprüche gegen die Republik Österreich auslösen könnte.

Anderenfalls würde weiters im Ergebnis ein wesentlicher Teil der bisher beim Hauptverband und damit bei der SV konzentrierten Fachkompetenz auf das BMGFJ übergehen, welches dafür weder Erfahrung noch Ressourcen zur Verfügung hätte.

Siehe hierzu den Beschluss des OLG Wien zu GZ 31 Cg 19/02w, in dem die Verneinung einer Haftung der Republik Österreich damit begründet wurde, dass kein Vollzugsorgan des Bundes tätig wurde sondern vielmehr ein Organ eines eigenen Rechtsträgers im eigenen Wirkungsbereich (siehe Seite 25 und 28 des Beschlusses). Eine Einbindung des BMGFJ würde diese Situation verändern und das Ministerium in jedem Einzelfall des Heilmittelverfahrens einschlägigen Ansprüchen aussetzen.

Dies hätte natürlich auch Auswirkungen auf die Preisgestaltung der pharmazeutischen Unternehmen, weil eine Preispolitik, wie sie der Hauptverband im Interesse der Steuer- und Beitragszahler bisher betrieben hat, vom Ministerium mangels Ressourcen, Erfahrung und Zeit nach den bisherigen Erfahrungen nicht betrieben wird und auch nicht betrieben werden kann.

Mit einem weiteren deutlichen Ansteigen der Heilmittelkosten wäre zu rechnen.

Zu Art. 1 Z 3 - § 338 ASVG (Großgeräteplan)

Zunächst zu Abs. 2a idF des Entwurfes:

Bisher war der Großgeräteplan vom Bund festzulegen. Nunmehr ist vorgesehen, dass dieser Plan von der Bundesgesundheitskommission festgelegt werden soll.

In der Bundesgesundheitskommission ist nach § 59g Abs. 8 KAKuG idF Gesundheitsreformgesetz 2005 das Einvernehmen mit den Ländern herzustellen.

Die Länder haben es in ihrer Funktion als Betreiber von Krankenanstalten, als Gesellschafter von Betreibergesellschaften oder als genehmigende Behörde nach dem Krankenanstaltenrecht jedoch in der Hand, Großgeräte zu genehmigen bzw. deren Aufstellung zu steuern.

Damit wäre die Planung von Großgeräten bereits in seiner Erstellungsphase völlig an das Einvernehmen mit deren größten Anbietern (bzw. deren Einflussmöglichkeiten) gekoppelt (Einflussmöglichkeiten der Länder bestehen ohnedies in weiterer Folge). Eine von Anbieterinteressen unbeeinflusste Planung wäre nicht mehr möglich.

Die Bestimmung sollte daher nicht Gesetz werden.

Auch eine weitere Bestimmung beeinträchtigt bereits derzeit die ohnedies angespannte finanzielle Situation der sozialen Krankenversicherung:

Im zweiten Satz des § 338 Abs. 2a ASVG ist normiert, dass der Großgeräteplan nach „*Abstimmung*“ mit der Sozialversicherung im Einvernehmen mit den Ländern festzulegen ist.

Um die Sozialversicherung entsprechend mit einzubeziehen, sollte der Großgeräteplan aber nicht nur in „*Abstimmung*“ mit dieser, sondern im „*Einvernehmen*“ festgelegt werden.

Bezüglich der Textgegenüberstellung zu § 338 Abs. 1 ASVG wird darauf hingewiesen, dass der Abs. 1 nicht geändert wurde, d. h. hier sollte auch „(1) *unverändert*“ stehen.

Zu Art. 1 Z 6 - § 349 Abs. 1 bis Abs. 2a ASVG (Redaktionsversehen)

Bezüglich der Textgegenüberstellung zu § 349 Abs. 1 bis Abs. 2a ASVG wird darauf hingewiesen, dass der Abs. 1 nicht geändert wurde, d. h. hier sollte auch „(1) *bis (2a) unverändert*“ stehen.

Zu Art. 1 Z 9 - § 351c Abs. 1 ASVG (Aufnahmeverfahren für Arzneispezialitäten)

Durch die vorgenommenen Änderungen des § 351c Abs. 1 kommt es zu einem doppelten Aufnahmeverfahren. Zunächst hat das vertriebsberechtigte Unternehmen einen Antrag auf Aufnahme in den Erstattungskodex (EKO) zu stellen.

Hierbei soll die Arzneispezialität – so der Entwurf – mit „*Einlangen des Antrags [...] zeitlich befristet in den roten Bereich aufgenommen werden, **wenn die Arzneispezialität erstattungsfähig ist.***“⁵

Ob eine Arzneispezialität erstattungsfähig ist oder nicht, bedarf allerdings einer entsprechenden Prüfung. Nach dem eben geschilderten Wortlaut soll die Arzneispezialität erst dann in den Roten Bereich des EKO aufgenommen werden, wenn diese Prüfung positiv abgeschlossen wurde.

Dem widerspricht aber der auf die eben zitierte Stelle folgende und unveränderte Satz, der festhält, dass, wenn der Hauptverband nach spätestens 90 Tagen feststellt, dass die Arzneispezialität nicht erstattungsfähig ist, diese „*aus dem Erstattungskodex zu streichen*“ ist.

Nun stellt sich die Frage, wie ein Produkt nach der Erstattungsfähigkeitsprüfung aus dem EKO gestrichen werden kann, wenn das positive Ergebnis eben dieser Erstattungsfähigkeitsprüfung erst die Voraussetzung für die Aufnahme der Arzneispezialität darstellt.

Die vorgeschlagene Regelung ist somit sinnlos.

Nach den hiezu verfassten Erläuterungen soll die Arzneispezialität weiterhin mit vollständiger Antragsstellung ex lege in den Roten Bereich des EKO aufgenommen werden. Erst dann soll die Erstattungsfähigkeitsprüfung durch den Hauptverband erfolgen und im Falle eines negativen Ergebnisses zu einer Streichung dieser Arzneispezialität aus dem EKO führen.

Gegen ein solches Verständnis spricht jedoch der Wortlaut des o. a. neu eingefügten letzten Halbsatzes.

5 Hervorhebung nicht im Gesetzesentwurf

Wenn sich an dem derzeitigen Vorgang nichts ändern soll, warum wurde dieser Halbsatz dann eingeführt?

Des Weiteren ist zu hinterfragen, wieso das vertriebsberechtigte Unternehmen einen Antrag auf Aufnahme in den Roten Bereich des EKO (weil den Antrag auf Aufnahme in einen der beiden anderen Bereiche kann es erst später stellen; siehe sogleich weiter unten) stellen muss, wenn es mit Antragstellung sowieso in den Roten Bereich des EKO aufgenommen wird?

Der Hauptverband hätte – bei diesem Verständnis der gegenständlichen Bestimmung – schließlich nicht nur keine Wahl, er hätte auch keine Zeit eine Entscheidung zu treffen.

Gegen eine mit Antragstellung automatische Aufnahme in den Roten Bereich des EKO spricht ferner der letzte Satz des Entwurfes zu § 351c Abs. 1 ASVG, wonach „*bei der Entscheidung über die Aufnahme in den Erstattungskodex und die Umreihung in einen anderen Bereich*“ für alle Produkte die selben Prüfmaßstäbe anzuwenden sind.

Denn genau genommen ist ein Produkt, sobald es sich im Roten Bereich des EKO befindet, in den EKO aufgenommen. Anschließend wird es von diesem Roten entweder in den Grünen oder Gelben Bereich des EKO übergeführt.

Da aber nicht nur Entscheidungen über die Überführung von einem in einen anderen Bereich angesprochen sind, sondern auch Entscheidungen über die *Aufnahme* und von einer solchen wohl nicht gesprochen werden kann, wenn die Aufnahme automatisch – also eben gerade ohne eine Entscheidung des Hauptverband – erfolgt, ist der vorliegende Entwurf dahingehend zu verstehen, dass es zu keiner automatischen Aufnahme mit Antragstellung kommt.

Dass es sich beim Wechsel eines Produktes vom Roten in den Gelben oder Grünen Bereich des EKO um eine „*Umreihung*“ handelt, wird auch durch die Erläuterungen zu § 351c Abs. 7 ASVG eindeutig. In diesen heißt es nämlich, dass klargestellt wird, dass „*innerhalb dieser Frist die – richtlinienkonforme – **Umreihung** in den gelben oder grünen Bereich erfolgt*“⁶.

⁶ Hervorhebung nicht im Gesetzesentwurf

Ebenfalls neu eingeführt wurde die Bestimmung, dass nach einer positiven Erstattungsfähigkeitsprüfung das vertriebsberechtigte Unternehmen die Möglichkeit bekommt, einen Antrag auf Aufnahme in den Gelben bzw. Grünen Bereich des EKO zu stellen; eine Verpflichtung einen solchen Antrag zu stellen, wird nicht begründet.

Nicht geregelt wird zudem, wie lang das Unternehmen Zeit hat, diesen Antrag zu stellen.

Ebenso wenig finden sich Bestimmungen für den Fall, dass das vertriebsberechtigte Unternehmen keinen Antrag auf Aufnahme in den Gelben bzw. Grünen Bereich des EKO stellt.

Aufgrund der Bestimmung, wonach die Arzneyspezialität zeitlich befristet, nämlich für maximal 24 bzw. 36 Monate, in den Roten Bereich des EKO aufgenommen wird, kann geschlossen werden, dass nach Ablauf dieser Frist das Produkt aus dem EKO zu streichen ist.

Nicht klar ist jedoch, wie dies zu erfolgen hat. Geschieht die Streichung ex lege oder bedarf es einer Entscheidung des Hauptverbandes, deren Begründung der Fristablauf sein kann? In letzterem Fall stellt sich zusätzlich die Frage, ob der Hauptverband ein eigenes Streichungsverfahren durchführen muss, denn mit der Aufnahme in den Roten Bereich des EKO ist das erste Aufnahmeverfahren abgeschlossen und ein neues Aufnahmeverfahren hat mangels Antrags des vertriebsberechtigten Unternehmens noch nicht begonnen.

In diesem Zusammenhang ist auch nicht ersichtlich, weshalb ein vertriebsberechtigtes Unternehmen zuerst einen Antrag auf Aufnahme in des EKO stellen soll und nach erfolgter Aufnahme in den Roten Bereich des EKO nochmals einen Antrag auf Aufnahme in den Grünen oder Gelben Bereich des EKO stellen muss. Dies umso mehr wenn die Aufnahme in den Roten Bereich des EKO automatisch mit vollständiger Antragstellung erfolgen soll.

Hintergrund ist unseres Erachtens der Versuch eine richtlinienkonforme Situation zu schaffen. Die Arzneyspezialität soll innerhalb der in der Richtlinie vorgesehenen Frist befristet in den Roten Bereich des EKO aufgenommen werden, um anschließend – innerhalb einer länger bemessenen Frist – in einen anderen Bereich des EKO übergeführt zu werden.

Hierbei bleibt aber unberücksichtigt, dass das derzeitige System nahezu genauso aufgebaut ist. Der einzige Unterschied ist, dass das vertriebsberechtigte Unternehmen nach dem neuen System einen weiteren Antrag zu stellen hat. Da es aber aufgrund der lediglich befristeten Aufnahme (§ 351c Abs. 7 Z 1 ASVG bleibt diesbezüglich unverändert) in den Roten Bereich des EKO eigentlich gezwungen ist, einen weiteren Antrag zu stellen, ist der Unterschied zwischen den beiden Systemen nur mehr marginal.

Darüber hinaus hat der EuGH ein derartiges System in seiner Entscheidung gegen die Republik Finnland⁷ als nicht richtlinienkonform beurteilt, sodass die Chancen, dass das neue durch den vorliegenden Entwurf geschaffene System den Vorstellungen der Europäischen Kommission entspricht, praktisch gleich Null sind.

Dies umso mehr als die Europäische Kommission sowohl in ihrem Mahnschreiben K(2005)5101,VV. 05/2260, betreffend Erstattung von Arzneimittelkosten vom 16. Jänner 2006 als auch in ihrer mit Gründen versehenen Stellungnahme gemäß Art. 226 des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaften an die Republik Österreich wegen Nichterfüllung der Anforderungen der Richtlinie 89/105/EWG des Rates vom 21. Dezember 1988 betreffend die Transparenz von Maßnahmen zur Regelung der Preisfestsetzung bei Arzneimitteln für den menschlichen Gebrauch und ihre Einbeziehung in die staatliche Krankenversicherungssysteme vom 12. Oktober 2006 festgehalten hat, dass nach dem bereits erwähnten Urteil des EuGH gegen die Republik Finnland *„die Anforderungen der Richtlinie 89/105/EWG nicht nur für die Aufnahme eines Arzneimittels in die Liste der unter das staatliche Krankenversicherungssystem fallenden Arzneimittel gelten, sondern auch für die Umstufung eines Arzneimittels in eine andere Erstattungskategorie“*.

„Dementsprechend“ so die Europäische Kommission weiter *„muss in Fällen, in denen es verschiedene Erstattungskategorien und somit jeweils verschiedene Erstattungsmodalitäten gibt, Artikel 6 für die Aufnahmen von Arzneimitteln in jede Kategorie und für die Umstufung eines Arzneimittels in eine andere Erstattungskategorie gelten. Andernfalls könnten Mitgliedstaaten ihre Verpflichtungen leicht umgehen,*

⁷Urteil des Gerichtshofes (Sechste Kammer) vom 12. Juni 2003. – Kommission der Europäischen Gemeinschaften gegen die Republik Finnland. – Vertragsverletzung eines Mitgliedstaates – Richtlinie 89/105/EWG – Nichtanwendung des Verfahrens nach Artikel 6 dieser Richtlinie bei Entscheidungen über die Festlegung der Gruppen von Arzneimitteln, für die ein erhöhter Erstattungsanspruch

indem sie eine Basis-Erstattungskategorie einführen, die mit den Anforderungen der Richtlinie im Einklang steht, während weitere, günstigere Erstattungskategorien diese Anforderungen nicht erfüllen.“

Das neue System einer doppelten Antragstellung und der Aufnahme zuerst in den EKO als Gesamtheit und der anschließenden Antragstellung in einen bestimmten Bereich des EKO spiegelt somit genau das Beispiel von der Europäische Kommission über eine unerlaubte Umgehung der Richtlinie wieder.

Der Entwurf ist somit verfehlt.

Weggefallen ist hingegen die Bestimmung, dass der Hauptverband die Aufnahmen und Streichungen von Arzneispezialitäten monatlich im Internet kundzumachen hat.

Offenbar geht der Entwurf davon aus, dass nach dem Wirksamwerden der geplanten Änderungen keine Rechtsnorm mehr vorliegt.

Dem könnte zunächst theoretisch gefolgt werden, die Information der Betroffenen könnte auch außerhalb eines Normsetzungsverfahrens erfolgen.

Allerdings hat der VfGH u. a. in seiner Entscheidung zu V 21/05-9 vom 16. Juni 2005 unter Punkt 2.1. festgestellt, dass dem Erstattungskodex *„ebenso wie jeder seiner Änderungen Verordnungscharakter“* zukommt.

Es wäre daher zu überlegen, ob die im Entwurf vertretene Sichtweise nicht mit dem österreichischen Verfassungsrecht unvereinbar wäre, weiters, ob sie mit den Transparenzgeboten des Europarechts kompatibel ist (immerhin wäre der konkrete Aufnahme- und Streichungszeitpunkt nicht mehr allgemein verbindlich festgestellt).

* * *

Gegenvorschlag des Hauptverbandes zu § 351c ASVG:

§ 351c. (1) 1. *Das vertriebsberechtigte Unternehmen beantragt beim Hauptverband die Aufnahme einer Arzneispezialität in den Roten Bereich des Erstattungskodex. Das vertriebsberechtigte Unternehmen hat der Antragstellung zumindest die Zulassungsnummer, einen Preis, eine Bestätigung der Lieferfähigkeit, eine Bestätigung über die Dauer der Patentlaufzeit und soweit vorhanden den EPAR anzuschließen. Der Hauptverband hat sodann binnen 180 Tagen eine Erstattungsfähigkeitsprüfung sowie eine vorläufige ökonomische Prüfung, auf Basis der Meldung der Preiskommission (Abs. 6) durchzuführen. Stellt der Hauptverband innerhalb dieser Frist fest, dass die Arzneispezialität erstattungsfähig und ökonomisch geeignet ist, so hat er sie mit Wirkung des auf seine Entscheidung folgenden Quartalersten in den Roten Bereich des Erstattungskodex aufzunehmen. Stellt der Hauptverband innerhalb dieser Frist fest, dass die Arzneispezialität nicht erstattungsfähig oder ökonomisch nicht geeignet ist, so hat er den Antrag auf Aufnahme der Arzneispezialität in den Roten Bereich des Erstattungskodex abzuweisen. Die näheren Bestimmungen zur Feststellung der Erstattungsfähigkeit und ökonomischen Eignung werden in der Verfahrensordnung (§ 351g) festgelegt.*

2. *Nach der Entscheidung des Hauptverbandes die Arzneispezialität in den Roten Bereich des Erstattungskodex aufzunehmen, ist das vertriebsberechtigte Unternehmen berechtigt, binnen eines Jahres einen Antrag auf Umreihung der Arzneispezialität vom Roten Bereich in den Gelben oder Grünen Bereich des Erstattungskodex zu stellen. Diesem Antrag hat das vertriebsberechtigte Unternehmen zumindest die in Abs. 3 genannten Unterlagen anzuschließen. Stellt das vertriebsberechtigte Unternehmen innerhalb dieser Frist keinen Antrag auf Umreihung seiner Arzneispezialität vom Roten Bereich in den Gelben oder Grünen Bereich des Erstattungskodex, so scheidet diese mit Ablauf der Frist aus dem Roten Bereich des Erstattungskodex aus. Einer Entscheidung des Hauptverbandes bedarf es hierzu nicht. Bei der Entscheidung über die Aufnahme in den Erstattungskodex sowie bei der Entscheidung der Umreihung vom Roten Bereich in einen anderen Bereich des Erstattungskodex sind für alle Produkte die selben Prüfmaßstäbe anzulegen. Der Hauptverband hat die Aufnahmen und Streichungen von Arzneispezialitäten quartalsweise im Internet kundzumachen.*

(2) *unverändert*

(3) *Zur Beurteilung eines Antrages nach Abs. 1 Z 2, ...*

(4) *unverändert*

(5) *Der Hauptverband ist berechtigt, das Verfahren über die Aufnahme einer Arzneispezialität in den Erstattungskodex aber auch über die Umreihung vom Roten Bereich in einen anderen Bereich des Erstattungskodex von sich aus unter sinngemäßer Anwendung der Voraussetzungen und Prüfmaßstäbe nach Abs. 1 bis 4 und 7 bis 9 sowie nach § 31 Abs. 3 Z 12 einzuleiten. Das vertriebsberechtigte Unternehmen ist hiervon zu verständigen.*

(6) *Die Preiskommission (§ 9 Abs. 3 des Preisgesetzes 1992, BGBl. Nr. 145/1992) ermittelt für Zwecke der Preisfestsetzung einer Arzneispezialität im Rahmen des Roten und Gelben Bereiches des Erstattungskodex aus den Preisen in Mitgliedstaaten der Europäischen Union den EU-Durchschnittspreis. Dieser Preis ist von der Preiskommission auf Basis der Meldungen der vertriebsberechtigten Unternehmen unter Beiziehung der Gesundheit Österreich GmbH zu ermitteln. Die Preiskommission hat den jeweils ermittelten Preis dem Hauptverband mitzuteilen. Das Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend hat die Vorgehensweise der Preiskommission für die Preisermittlung im Internet zu veröffentlichen.*

(7) *Sonderbestimmungen für den Roten Bereich (red box) des Erstattungskodex:*

1. *Ab Antragstellung des vertriebsberechtigten Unternehmens nach Abs. 1 Z 2 auf Umreihung seiner Arzneispezialität vom Roten Bereich in den Gelben oder Grünen Bereich des Erstattungskodex verbleibt diese für maximal weitere 180 Tage im Roten Bereich des Erstattungskodex. In dieser Zeit entscheidet der Hauptverband auf Grundlage einer Empfehlung der Heilmittel-Evaluierungs-Kommission, ob die Arzneispezialität in den Gelben oder Grünen Bereich des Erstattungskodex übernommen oder aus dem Erstattungskodex gestrichen wird. Im Falle von Änderungen des Antrages durch das vertriebsberechtigte Unternehmen beginnt die Frist von 180 Tagen neu zu laufen.*

2. *unverändert*

(8) unverändert

(9) Sonderbestimmungen für den Grünen Bereich (green box) des Erstattungskodex:

1. unverändert

2. Wird für die beantragte Arzneyspezialität ein höherer Preis, als der für die im Erstattungskodex angeführten Vergleichspräparate geltende Preis angestrebt, so muss die Heilmittel-Evaluierungskommission in ihrer Empfehlung einen therapeutischen Mehrwert im Vergleich zu Arzneyspezialitäten im Erstattungskodex feststellen.

(10) Bei einer Arzneyspezialität handelt es sich um ein wirkstoffgleiches Nachfolgeprodukt, wenn sie den gleichen Wirkstoff, die gleiche Wirkstoffstärke und die gleiche oder praktisch gleiche Darreichungsform hat wie eine oder mehrere bereits im Erstattungskodex angeführte Arzneyspezialitäten. Liegt für eine Arzneyspezialität ein solches wirkstoffgleiches Nachfolgeprodukt vor, so gilt zur Wahrung des finanziellen Gleichgewichts des System der sozialen Sicherheit Folgendes:

1. Der Hauptverband hat mit dem vertriebsberechtigten Unternehmen des Originalprodukts eine Preisreduktion von 30 % zu vereinbaren, womit die Arzneyspezialität weiter im Erstattungskodex bleibt. Für die Aufnahme des wirkstoffgleichen Nachfolgeprodukts in den Erstattungskodex vereinbart der Hauptverband mit dem vertriebsberechtigten Unternehmen einen Preis, der um 25,7 % unter dem abgesenkten Preis des Originalprodukts liegt. Alle weiteren wirkstoffgleichen Nachfolgeprodukte werden vom Hauptverband in den Erstattungskodex aufgenommen, wenn ein genügend großer Preisunterschied zum ersten wirkstoffgleichen Nachfolgeprodukt besteht. Sobald durch ein wirkstoffgleiches Nachfolgeprodukt eine dritte Preisreduktion erfolgt ist, hat der Hauptverband mit dem vertriebsberechtigten Unternehmen des Originalprodukts eine neuerliche Preisreduktion zu vereinbaren. Kann eine Einigung nicht erzielt werden, so ist die Arzneyspezialität aus dem Erstattungskodex zu streichen.

2. Der Hauptverband kann bei ausgewählten Indikationsgruppen zur Förderung der Verfügbarkeit eines wirkstoffgleichen Nachfolgeprodukts abweichende Regelungen zur Anwendung bringen.

3. *Ist abzusehen, dass bei einer Arzneispezialität trotz rechtlicher Möglichkeit in Österreich kein wirkstoffgleiches Nachfolgeprodukt vorliegen wird und der Hauptverband mit dem vertriebsberechtigten Unternehmen ab diesem Zeitpunkt keine Preisreduktion vereinbaren kann, so kann der Hauptverband ein Jahr davor den Wirkstoff oder die Wirkstoffklasse auf Empfehlung der Heilmittel-Evaluierungskommission ausschreiben.*
4. *Abweichend von Abs. 1 gilt ein Antrag auf Aufnahme eines wirkstoffgleichen Nachfolgeprodukts in den Roten Bereich des Erstattungskodex, wenn der Hauptverband bei der gemäß Abs. 1 Z 1 durchgeführten Erstattungsfähigkeits- und Ökonomieprüfung zu einem positiven Ergebnis kommt sowie das vertriebsberechtigte Unternehmen die erforderlichen Unterlagen (Abs. 3) an den Hauptverband übermittelt und nicht ausdrücklich etwas anderes beantragt hat, auch gleichzeitig als Antrag auf Aufnahme in den Bereich des Erstattungskodex, in dem sich das dazugehörige Originalprodukt befindet. Die in Abs. 7 Z 1 genannte Frist beginnt somit mit der Entscheidung des Hauptverbandes, das wirkstoffgleiche Nachfolgeprodukt in den Roten Bereich des Erstattungskodex aufzunehmen, zu laufen.*

(11) Liegt für eine im Erstattungskodex angeführte Arzneispezialität ein Biosimilar gemäß Teil II Z 4 des Anhangs zur Richtlinie 2003/63/EG zur Änderung der Richtlinie 2001/83/EG vor, so ist zur Wahrung des finanziellen Gleichgewichts des System der sozialen Sicherheit Abs. 10 sinngemäß anzuwenden, wobei zu beachten ist, dass für die Aufnahme des Biosimilars in den Erstattungskodex der Hauptverband mit dem vertriebsberechtigten Unternehmen einen Preis, der um 30 % unter dem Preis des Referenzprodukts liegt, vereinbart. In der Folge hat der Hauptverband mit dem vertriebsberechtigten Unternehmen des Referenzprodukts eine Preisreduktion von 20 % zu vereinbaren, damit die Arzneispezialität weiter im Erstattungskodex bleibt.

Inkrafttretens- und Übergangsbestimmungen

Diese Bestimmungen treten mit 1. Jänner 2009 in Kraft und sind auf jene Verfahren anzuwenden, die nach dem 1. Jänner 2009 beim Hauptverband eingeleitet wurden.

Zu Art. 1 Z 10 - § 351c Abs. 6 ASVG (Redaktionsversehen)

Im letzten Satz dieses Absatzes wäre die Bezeichnung des *Bundesministerium für Gesundheit und Frauen* auf *Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend* zu berichtigen.

Zu Art. 1 Z 11 - § 351c Abs. 7 Z 1 zweiter Satz ASVG (Redaktionsversehen)

Der Abs. 7 Z 1 des § 351c ASVG soll nach dem vorliegenden Entwurf nunmehr einen Verweis auf § 351d Abs. 1 ASVG enthalten.

Aus den diesbezüglichen Erläuterungen ist jedoch nicht zu entnehmen, welches Ziel mit diesem Verweis verfolgt wird.

Auch ist nicht erkennbar, warum es in dieser Bestimmung nunmehr die Rede davon ist, dass ein Produkt „[...] *aus dem Erstattungskodex wieder ausscheidet.*“ Ist das Produkt schon einmal ausgeschieden?

Zu Art. 1 Z 12 - § 351c Abs. 10 Z 4 ASVG (Antragstellung auf Aufnahme)

Abweichend von dem nunmehr geplanten System der doppelten Antragstellung, das – wie oben (siehe zu Artikel 1 Z 9) beschrieben – wohl mit Ziel, das Aufnahmeverfahren richtlinienkonform zu gestalten, geschaffen werden soll, sieht die neue Z 4 des § 351c Abs. 10 ASVG vor, dass im Falle der Antragstellung auf Aufnahme eines wirkstoffgleichen Nachfolgeprodukts, der Antrag auf Aufnahme in den Erstattungskodex (EKO) als Antrag auf Aufnahme in den Grünen Bereich des EKO zu verstehen ist.

Ausgenommen sind nur Anträge, aus denen sich ausdrücklich etwas anderes ergibt. In den Erläuterungen wird diese Ausnahme mit der Sicherstellung einer „möglichst raschen Aufnahme in den Grünen Bereich“ des EKO begründet.

Dies ist aus mehreren Gründen problematisch. U. a. weil nach dem neuen System der doppelten Antragstellung der erste Antrag auf „Aufnahme in den Erstattungskodex“ zu lauten hat.

Eine Differenzierung zwischen Aufnahme in den Grünen oder Gelben Bereich des EKO hat erst nach erfolgter Aufnahme in den Roten Bereich und positiven Abschluss der Erstattungsfähigkeitsprüfung (sei diese nun vor der Aufnahme in den Roten Bereich oder erst danach durchzuführen) zu erfolgen. Ziel ist es schließlich, dass das vertriebsberechtigte Unternehmen einen Antrag auf Aufnahme in den EKO „in seiner Gesamtheit“ richtet.

Da der erste Antrag also nicht auf Aufnahme in einen bestimmten Bereich des EKO lauten darf, ist **jeder** Antrag auf Aufnahme eines wirkstoffgleichen Nachfolgeprodukts als Antrag auf Aufnahme in den Grünen Bereich zusehen; egal ob das vertriebsberechtigte Unternehmen dies wünscht oder nicht. Ausgenommen wären schließlich nur Anträge auf Aufnahme in den Gelben Bereich. Dies ist aber eben gerade nicht gewünscht, soll das Produkt doch zuerst in den EKO in seiner Gesamtheit aufgenommen werden.

Sollte diese Bestimmung jedoch eine Antragstellung auf Aufnahme in den Gelben Bereich des EKO zulassen (was im Widerspruch zu den Erläuterungen stünde, wollen diese doch nur die rasche Aufnahme von wirkstoffgleichen Nachfolgeprodukten in den Grünen Bereich des EKO erreichen), dann wäre das gesamte System

der doppelten Antragstellung für den Generikamarkt ausgehebelt. Für diesen gilt dann, dass nicht nur Anträge auf Aufnahme in den EKO in seiner Gesamtheit und dann erst auf Aufnahme in einen bestimmten Bereich gestellt werden können, sondern auch direkt Anträge auf Aufnahme in einen bestimmten Bereich. Letzteres wird vor allem dann geschehen, wenn das vertriebsberechtigte Unternehmen nicht will, dass sein Produkt in den Grünen Bereich des EKO aufgenommen wird.

Ist diese Bestimmung – den Erläuterungen entsprechend – so zu verstehen, dass Anträge auf Aufnahme in den Gelben Bereich des EKO nicht zulässig sind, so müsste der Hauptverband jeden Antrag auf Aufnahme eines wirkstoffgleichen Nachfolgeprodukts in den EKO, das die Voraussetzungen für den Grünen Bereich nicht erfüllt, abweisen.

Fraglich erscheint in diesem Zusammenhang lediglich, wann die Abweisung zu erfolgen hat. Ist dem Antrag auf Aufnahme in den EKO in seiner Gesamtheit stattzugeben (wenn dies überhaupt möglich ist; siehe hierzu weiter oben) und gleichzeitig oder im Anschluss der Antrag auf Aufnahme in den Grünen Bereich abzuweisen? Oder ist schon der erste Antrag auf Aufnahme in den EKO abzuweisen?

Der Auffassung, dass es sich hierbei um zwei Anträge (den auf Aufnahme in den EKO in seiner Gesamtheit und den auf Aufnahme in den Grünen Bereich) handelt, die nur zur selben Zeit eingebracht werden, steht der Wortlaut dieser Bestimmung entgegen. Nach diesem „*gilt ein Antrag auf Aufnahme eines Generikums in den Erstattungskodex [...] als Antrag in den grünen Bereich*“.

Es gibt also nur den einen Antrag auf Aufnahme in den Grünen Bereich des EKO. Anders wäre die Situation, wenn die Bestimmung vorschriebe, dass der Antrag auf Aufnahme in den EKO **auch zugleich** als Antrag auf Aufnahme in den Grünen Bereich des EKO zu verstehen sei. In diesem Fall gäbe es dann zwei Anträge. Dies ist aber eben ausdrücklich nicht gewollt.

Ferner ist zu hinterfragen innerhalb welcher Frist der Hauptverband dann welche Entscheidung zu treffen hat. Wenn der Antrag auf Aufnahme in den EKO gleich der Antrag auf Aufnahmen in den Grünen Bereich des EKO ist, dann würde mit diesem Antrag schon die Frist zur Aufnahme in den Grünen Bereich des EKO (also jene nach § 351d Abs. 1 ASVG) zu laufen beginnen.

In diesem Fall hätte der Hauptverband also nur 90 Tage Zeit (siehe sogleich unten unter zu Art. 1 Z 13), um sowohl die Erstattungsfähigkeit als auch die Aufnahmekriterien für den Grünen Bereich zu prüfen.

Je nach dem wie man die oben unter zu Art. 1 Z 9 gestellte Frage, ob die positive Erstattungsprüfung Voraussetzung für die Aufnahme in den Roten Bereich des EKO darstellt oder nicht (weil die Aufnahme automatisch mit vollständiger Antragstellung erfolgt), beantwortet, entscheidet sich, ob das beantragte wirkstoffgleiche Nachfolgeprodukt entweder sofort in den Grünen Bereich (ohne vorher in den Roten Bereich aufgenommen worden zu sein) aufzunehmen ist oder ob es doch in den Roten Bereich des EKO aufgenommen wird, bevor es in den Grünen Bereich übergeführt werden kann.

Während in letzterem Fall die Reihenfolge erst Rot dann Grün eingehalten wird, überspringt die beantragte Arzneispezialität in ersterem Fall den Roten Bereich. Dies hat im Fall einer abweisenden Entscheidung des Hauptverband Bedeutung.

Denn in letzterem Fall wäre die beantragte Arzneispezialität aus dem Roten Bereich zu streichen. In ersterem ist dies nicht der Fall, weil sie schließlich weder in den Grünen noch in den Roten Bereich aufgenommen wurde. Die Arzneispezialität kommt – bei dieser Sicht der Dinge – niemals in den EKO, nicht einmal in den Roten Bereich.

Im bisherigen System haben die vertriebsberechtigten Unternehmen einen Antrag auf Aufnahme in den Grünen oder Gelben Bereich des EKO zu stellen. Mit der eben besprochenen Ausnahme der Z 4 des § 351c Abs. 10 ASVG wird genau dieser Zustand wiederhergestellt; nämlich der Zustand, dass das Produkt nicht zuerst in die Gesamtheit des EKO aufgenommen wird sondern gleich in einen bestimmten Bereich. Also genau der Zustand, den diese Novelle zu beseitigen versucht. Somit schafft diese Novelle wieder eine Situation, der es an Richtlinienkonformität mangelt.

Zu Art. 1 Z 13 - § 351d ASVG (Entscheidungsfrist)

Die ursprüngliche Fassung des § 351d Abs. 1 ASVG sah vor, dass der Hauptverband über den Antrag auf Aufnahme in den Grünen oder Gelben Bereich des Erstattungskodexes (EKO) innerhalb von 90 Tagen **ab** Vorliegen einer Empfehlung der Heilmittel-Evaluierungs-Kommission (HEK) zu entscheiden hat.

Demgegenüber sieht die vorgeschlagene Bestimmung nunmehr vor, dass der Hauptverband „über den Antrag (einschließlich den Preis) auf Aufnahme in den gelben oder grünen Bereich des Erstattungskodex innerhalb von 90 Tagen (wird auch über den Preis entschieden innerhalb von 180 Tagen) auf Grundlage der Empfehlung der Heilmittel-Evaluierungs-Kommission zu entscheiden“ hat.

Die zwei Klammerausdrücke stehen unseres Erachtens in einem unlösbaren Widerspruch zueinander. Der erste Teil des § 351d Abs. 1 ASVG sieht nämlich vor, dass der Hauptverband innerhalb von 90 Tagen über den Antrag **einschließlich den Preis** zu entscheiden hat. Also selbst wenn der Antrag eine Entscheidung des Hauptverbandes über den Preis der beantragten Arzneispezialität erfordert, hat der Hauptverband diese Entscheidung binnen 90 Tagen zu treffen.

Dann allerdings sieht der vorgelegte Gesetzesentwurf vor, dass sollte auch über den Preis entschieden werden, die Entscheidung des Hauptverband innerhalb von 180 Tagen zu erfolgen hat. Wie lang ist nun die Entscheidungsfrist des Hauptverbandes, wenn über den Antrag einschließlich den Preis zu entscheiden ist; 90 oder 180 Tage?

Während die 90-tägige Entscheidungsfrist nach dem alten System erst mit der Empfehlung der HEK zu laufen begann, beginnt sie nunmehr – mangels anderslautender Bestimmungen – schon mit der Antragstellung.

Mit anderen Worten: **der Hauptverband hat für die Durchführung des in der VO-EKO vorgesehenen Verfahrens nur noch 90 Tage⁸ Zeit.** Der Hauptverband weist ausdrücklich darauf hin, dass das von der VO-EKO determinierte und komplexe Verfahren nur in Ausnahmefällen innerhalb der nunmehr vorgeschriebenen

⁸ bzw. 180 Tage, wenn man den zuvor aufgezeigten Widerspruch dahingehend auflöst, dass die Entscheidung des HV binnen 180 Tagen zu erfolgen hat, wenn er auch über den Preis der beantragten Arzneispezialität absprechen muss, wofür aber der erste Klammerausdruck zu streichen wäre.

90 Tage durchgeführt werden kann. So beträgt schon die durchschnittliche Verfahrensdauer rund 100 Tage. Hält man sich vor Augen, dass ein Produkt mehrmals von der HEK behandelt werden kann, zeigt sich, dass in diesen Fällen 90 Tage keines Falls ausreichend sind.

Aufgrund der nicht geänderten Bestimmung des § 351i Abs. 1 Z 1 lit. b ASVG entscheidet die UHK über Beschwerden eines Antragstellers, dessen Antrag nicht fristgerecht entschieden wurde.

Bisher gab es keinen einzigen Fall von Fristversäumnis. Die Fachabteilung des Hauptverbandes kann jedoch keinerlei Garantie dafür abgeben, dass dies unter den neuen Umständen weiterhin so bleibt. Vielmehr ist zu befürchten, dass – sollte die Novelle in der Form umgesetzt werden – eine Vielzahl der Entscheidung nicht rechtzeitig ergehen kann.

Folglich hätte die UHK nicht nur über Beschwerden von Antragstellern zu entscheiden, über deren Anträge der Hauptverband nicht wie gewünscht abgesprochen hat, sondern eben auch über jene, in denen der Hauptverband nicht innerhalb der gesetzten Frist entscheiden konnte.

* * *

Gegenvorschlag des Hauptverbandes zu § 351d ff. ASVG:

§ 351d. (1) *Der Hauptverband hat über den Antrag (einschließlich des Preises) auf Aufnahme in den Erstattungskodex bzw. auf Umreihung (einschließlich des Preises) vom Roten Bereich in einen anderen Bereich des Erstattungskodex, unbeschadet der für diese Verfahren in Abs. 1 Z 1 und Abs. 7 Z 1 vorgesehenen Fristen, innerhalb von 90 Tagen ab dem Vorliegen einer Empfehlung der Heilmittel-Evaluierungs-Kommission nach deren Einlangen zu entscheiden.*

(2) *unverändert*

(3) *unverändert*

§ 351e. *unverändert*

§ 351f. (1) *unverändert*

(2) *Das Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend hat jede Aufhebung der Zulassung einer Arzneyspezialität dem Hauptverband umgehend mitzuteilen. Die Arzneyspezialität scheidet unverzüglich aus dem Erstattungskodex aus.*

§ 351g. (1) *Die nähere Organisation zur Aufnahme einer Arzneyspezialität in den Erstattungskodex und zur Umreihung in einen anderen Bereich des Erstattungskodex regelt der Hauptverband durch Verordnung, diese bedarf abweichend von § 31 Abs. 6 keiner Weisung der Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend. Diese Verfahrensordnung hat insbesondere Zahl, Qualität und Form der vorzulegenden Unterlagen festzulegen und die Kriterien der pharmakologischen, medizinisch-therapeutischen und gesundheitsökonomischen Evaluation zu enthalten. Die Verordnung ist vom Hauptverband im Internet kundzumachen. Auf das Verfahren vor dem Hauptverband sind die Vorschriften des AVG nicht anzuwenden.*

(2) *... Die Empfehlungen der Heilmittel-Evaluierungs-Kommission haben den Kriterien der Wissenschaft, der Gesundheitsökonomischen Bewertungen und der Transparenz zu entsprechen. Hierzu hat die Heilmittel-Evaluierungs-Kommission, ihre Entscheidungsgrundsätze im Internet zu veröffentlichen.*

(3) *unverändert*

(4) *Der Hauptverband hat durch Verordnung pauschalierte Kostenersätze für die Kosten der Verfahren nach den §§ 351c Abs. 1 und 351e festzusetzen. Hierfür ist abweichend von § 31 Abs. 6 keine Weisung der Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend erforderlich. Die Höhe der pauschalierten Kostenersätze hat sich an den Kosten eines durchschnittlichen Verfahrens zu richten, wobei zumindest zwischen Verfahren zur Aufnahme einer Arzneyspezialität, Verfahren zur Umreihung vom Roten Bereich in einen anderen Bereich des Erstattungskodex, Verfahren zur Änderung der Verschreibbarkeit, Verfahren zur Streichung oder zur Preiserhöhung der im Erstattungskodex angeführten Arzneyspezialitäten zu unterscheiden ist. Die Antragsteller haben den jeweiligen Kostenersatz gleichzeitig mit der Antragstellung an den Hauptverband zu entrichten, andernfalls der Antrag als unvollständig gilt. Im Falle von Änderungen des Antrages durch den Antragsteller ist der entsprechenden Kostenersatz neuerlich zu entrichten. Die Verordnung ist vom Hauptverband im Internet kundzumachen.*

(5) *unverändert*

§ 351h. (1) *Zur Überprüfung der Entscheidungen des Hauptverbandes über die Aufnahme von Arzneispezialitäten in den Erstattungskodex und die Umreihung von Arzneispezialitäten in einen anderen Bereich des Erstattungskodex ist beim Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz eine Unabhängige Heilmittelkommission einzurichten.*

(2) *Die Unabhängige Heilmittelkommission besteht aus einem Richter (einer Richterin) des Obersten Gerichtshofes oder eines Oberlandesgerichtes als Vorsitzendem (Vorsitzender) und sieben Beisitzer(innen). Die Mitglieder werden jeweils für eine Amtsdauer von fünf Jahren bestellt. Sachverhalte, die ein Naheverhältnis zur Sozial- oder Privatversicherung oder zu Pharmaunternehmen begründen könnten, sind vor der Bestellung sowie nach ihrem Eintreten gegenüber dem Bundesminister für Soziales und Konsumentenschutz und den nach Abs. 3 vorschlagsberechtigten Stellen offen zu legen. Wer befangen ist, hat sich im konkreten Verfahren jeglicher Tätigkeit zu enthalten.*

(3) *Der (die) Vorsitzende der Unabhängigen Heilmittelkommission wird vom Bundesminister für Justiz bestellt. Als Beisitzer(innen) gehören der Unabhängigen Heilmittelkommission jeweils ein(e) von den nachfolgenden Organisationen vorgeschlagene(r) Vertreter(in) an:*

- 1. Österreichische Pharmakologische Gesellschaft*
- 2. Österreichische Ärztekammer*
- 3. Österreichische Apothekerkammer*
- 4. Wirtschaftskammer Österreich*
- 5. Gesundheit Österreich GmbH*
- 6. Bundesarbeiterkammer*
- 7. Hauptverband*

Die Beisitzer(innen) sowie jeweils ein(e) Stellvertreter(in) werden von der Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend bestellt und haben über die erforderlichen Zeitressourcen zur Ausübung ihres Amtes zu verfügen.

(4) unverändert

(5) unverändert

(6) unverändert

§ 351i. (1) *die Unabhängige Heilmittelkommission entscheidet*

1. *über Beschwerden des antragstellenden vertriebsberechtigten Unternehmens,*
 - a) *dessen Antrag auf Aufnahme einer Arzneispezialität in den Erstattungskodex bzw. auf Umreihung vom Roten Bereich in einen anderen Bereich des Erstattungskodex (teilweise) abgelehnt wurde oder*
 - b) *über dessen Antrag nicht fristgerecht (§ 351d Abs. 1) entschieden wurde;*
2. *über Beschwerden des vertriebsberechtigten Unternehmens, dessen Arzneispezialität aus dem Erstattungskodex gestrichen werden soll.*

(2) unverändert

(3) unverändert

(4) *Die Unabhängige Heilmittelkommission hat die Entscheidung des Hauptverbandes,*

1. *mit der der Antrag auf Aufnahme in den Erstattungskodex bzw. auf Umreihung vom Roten Bereich in einen andern Bereich des Erstattungskodex abgelehnt wurde oder*
2. *unverändert*
3. *unverändert*

aufzuheben, wenn der Hauptverband im Verfahren sein Ermessen überschritten oder nicht nachvollziehbar ausgeübt hat; ...

(5) unverändert

(6) unverändert

§ 351j. (1) *unverändert*

(2) *unverändert*

(3) *Die Bürogeschäfte der Unabhängigen Heilmittelkommission sind vom Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz zu führen.*

(4) *unverändert*

(5) *Die Unabhängige Heilmittelkommission gibt sich eine Geschäftsordnung, in der die Organisation so zu regeln ist, dass sie den Anforderungen des Art. 6 der Europäischen Menschenrechtskonvention entspricht. Sie bedarf der Genehmigung des Bundesministers für Soziales und Konsumentenschutz und ist vom Hauptverband im Internet zu veröffentlichen. Auf das Verfahren vor der Unabhängigen Heilmittelkommission sind die Vorschriften des AVG anzuwenden, soweit in diesem Abschnitt nichts anderes bestimmt wird.*

(6) *Die Mitglieder der Unabhängigen Heilmittelkommission haben Anspruch auf eine dem Zeit- und Arbeitsaufwand entsprechende Vergütung, deren Höhe vom Bundesminister für Soziales und Konsumentenschutz festzulegen ist.*

(7) *Die Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend ist berechtigt, durch Verordnung pauschalisierte Kostenersätze für die Kostendes Verfahrens vor der Unabhängigen Heilmittelkommission festzusetzen. ...*

Inkrafttretens- und Übergangsbestimmungen

Diese Bestimmungen treten mit 1. Jänner 2009 in Kraft und sind auf jene Verfahren anzuwenden, die nach dem 1. Jänner 2009 beim Hauptverband eingeleitet wurden.

Zu Art. 1 Z 14 - § 351h ASVG (Redaktionsversehen)

In den Abs. 1, 2 und 3 dieses Paragraphen wäre die Bezeichnung des *Bundesministerium für Gesundheit und Frauen* auf *Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend* bzw. die Bezeichnung des *Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz* auf *Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz* zu berichtigen.

Die Bezeichnung der Bundesministerien ist darüber hinaus auch in den §§ 351f Abs. 2, 351g Abs. 1, 351j Abs. 3, 5, 6 und 7 ASVG zu berichtigen.

Ferner sollten die Anführungszeichen zu Beginn und Ende des § 351g Abs. 4 und zu Beginn des dritten Satzes und Ende des vierten Satzes des § 351i Abs. 4 gestrichen werden.

Zu Art. 1 Z 15 - § 442 Abs. 2 ASVG (Redaktionsversehen)

Im letzten Satz dieses Absatzes wäre die Bezeichnung des *Bundesministerium für Gesundheit und Frauen* auf *Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend* bzw. die Bezeichnung des *Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz* auf *Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz* zu berichtigen.

Zu Art. 1 Z 16 - § 632 Z 1 ASVG (In-Kraft-Treten)

Nach dieser Bestimmung sollen die eben beschriebenen Regelungen mit 1. Juli 2007 in Kraft treten.

Da es nicht möglich ist, bis zu diesem Zeitpunkt eine neue Verfahrensordnung zu erstellen (die diesbezüglichen Erfahrungen mit der ersten Änderung der VO-EKO⁹ haben gezeigt, dass hierzu ein wesentlich längerer Zeitraum von Nöten ist), und auch die entsprechenden Änderungen und Umprogrammierungen des elektronischen workflows sich bis dahin sicher nicht verwirklichen lassen, stellt sich die Frage, was in jenen Verfahren zu geschehen hat, die vor dem 1. Juli 2007 gestartet wurden.

Mangels definierter Übergangsbestimmungen (im Sinne von „*diese Änderungen sind nur auf Verfahren anzuwenden, die nach dem 1. Juli 2007 begonnen wurden*“) müsste dies auch für bereits vor dem 1. Juli 2007 begonnene Verfahren zutreffen.

Nun ist aber fraglich, ob das vertriebsberechtigte Unternehmen bereits am 2. Juli 2007 einen Devolutionsantrag an die UHK stellen darf, wenn es den Antrag auf Aufnahme in den EKO 91 Tage zuvor vollständig eingebracht hat?

⁹ 1. Änderung der Verfahrensordnung Erstattungskodex: verlaubar unter www.avsv.at Nr. 41/2007

Ergänzungsvorschlag zu § 8 Abs. 1 Z 3 lit. b ASVG (ersatzlose Streichung)

Die Teilversicherung der Mitglieder der Kammer der Wirtschaftstreuhande sowie der weiteren in § 8 Abs. 1 Z 3 lit. b ASVG genannten Personen in der Unfallversicherung nach dem ASVG wurde mit dem Sozialrechts-Änderungsgesetz 1996, BGBl. 411/1996, eingeführt, wobei in den Erläuterungen zu der Regierungsvorlage der dafür in Betracht kommende Personenkreis dahingehend definiert wurde, dass eine Teilversicherung in der Pensionsversicherung nach dem GSVG (§ 3 Abs. 3 Z 1 GSVG) vorliegen muss. Der in der Unfallversicherung nach dem ASVG teilversicherte Personenkreis wurde daher auch exakt genauso definiert wie der in der Pensionsversicherung nach dem GSVG teilversicherte Personenkreis.

In weiterer Folge ist es zu weitreichenden Eingriffen des Gesetzgebers im Sozialversicherungsbereich gekommen, die u. a. dazu geführt haben, dass im GSVG ein neuer Versicherungstatbestand (§ 2 Abs. 1 Z 4 GSVG) geschaffen wurde, dem mit Ausnahme gewerblicher und in § 2 FSVG geregelter Tätigkeiten alle übrigen selbständigen Erwerbstätigkeiten zugeordnet wurden.

Diese Neuordnung des Systems innerhalb des GSVG hatte für die Pflichtversicherung der Wirtschaftstreuhande unmittelbare Auswirkungen insofern, als die Wirtschaftstreuhande ab dem Jahr 2000 gemäß § 2 Abs. 1 Z 4 GSVG pensionsversichert und von der Krankenversicherung nach § 2 Abs. 1 Z 4 GSVG gemäß § 5 GSVG ausgenommen sind.

Seit dem Jahr 2000 hängt die Pflichtversicherung der Wirtschaftstreuhande in der Pensionsversicherung also nicht mehr von der Mitgliedschaft bei der Kammer der Wirtschaftstreuhande ab, sondern ist ausschließlich die Erfüllung der Voraussetzungen des § 2 Abs. 1 Z 4 GSVG maßgeblich.

Eine Folge der Einführung des Versicherungstatbestandes § 2 Abs. 1 Z 4 GSVG war auch eine Ergänzung der Bestimmungen über die Teilversicherung in der Unfallversicherung nach dem ASVG.

Diese wurde für neue Selbständige daran geknüpft, dass entweder in der Pensions- oder in der Krankenversicherung Pflichtversicherung nach § 2 Abs. 1 Z 4 GSVG besteht oder das Opting in nach § 3 Abs. 1 Z 2 GSVG beantragt wird.

An der bestehenden Teilversicherung in der Unfallversicherung für die Mitglieder der Kammer der Wirtschaftstreuhänder wurde in diesem Zusammenhang keine Änderung vorgenommen.

Im Ergebnis gibt es somit derzeit für Mitglieder der Kammer der Wirtschaftstreuhänder, die gemäß § 2 Abs. 1 Z 4 GSVG pensionsversichert sind, hinsichtlich der Teilversicherung in der ASVG-Unfallversicherung zwei Versicherungstatbestände.

Zum einen § 8 Abs.1 Z 3 lit. a zweiter Teilstrich ASVG und zum anderen § 8 Abs. 1 Z 3 lit. b ASVG. Eine Begründung für diese Mehrfachregelung besteht nicht.

Soweit es für die SVA beurteilbar ist, wurde § 8 Abs. 1 Z 3 lit. b ASVG nicht bewusst beibehalten, um etwa jenen Wirtschaftstreuhändern, die die Versicherungsgrenze für die Pflichtversicherung nach dem GSVG nicht erreichen, bewusst und in Ungleichbehandlung zu allen anderen neuen Selbständigen zumindest die Teilversicherung in der Unfallversicherung zu erhalten.

Für die unbewusste Beibehaltung der Bestimmung spricht auch, dass der Gesetzgeber § 8 Abs. 1 Z 3 lit. b ASVG wohl zumindest angepasst hätte, wenn er nicht pensionsversicherte Wirtschaftstreuhänder schützen hätte wollen.

Gegen eine bewusste Beibehaltung der Sonderbestimmung für die Wirtschaftstreuhänder spricht auch die Tatsache, dass Regelungen mit der gleichen Rechtswirkung für andere Berufsgruppen mit Berufsrecht und Kammermitgliedschaft (z. B. Tierärzte) nicht realisiert wurden.

Aus all diesen Gründen wird vorgeschlagen, § 8 Abs. 1 Z 3 lit. b ASVG aufzuheben und damit die Teilversicherung in der Unfallversicherung nach dem ASVG ausschließlich davon abhängig zu machen, ob in der Pensionsversicherung Pflichtversicherung nach § 2 Abs. 1 Z 4 GSVG vorliegt.

Der einzige Unterschied zur bestehenden Rechtslage würde darin bestehen, dass mangels Erreichens der Versicherungsgrenze nicht pensionsversicherte Wirtschaftstreuhänder sowie Witwen- und Deszendenten nicht unfallversichert wären, was aber wiederum der Gesamtkonzeption der Unfallversicherung für neue Selbständige vollinhaltlich entsprechen würde.

Ergänzungsvorschlag zu § 84a Abs. 6 ASVG (Reformpoolprojekte)

In der Präambel der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 73/2005, ist festgeschrieben, dass *„die einzelnen Bereiche und das gesamte Gesundheitssystem überregional und sektorenübergreifend entsprechend den demographischen Entwicklungen und Bedürfnissen ständig zu analysieren und weiterzuentwickeln“* ist.

Für die Erreichung dieses Ziels sind unter anderem Reformpoolprojekte gemäß Art. 26 dieser Vereinbarung vorgesehen. Diese Reformpoolprojekte werden zwischen den jeweiligen Finanzierungspartnern (Länder) und der Sozialversicherung festgelegt und in den jeweiligen Gremien der Fonds (Landesgesundheitsplattformen usw.) beschlossen.

Für die Durchführung solcher Reformpoolprojekte ist einerseits eine gesetzliche Grundlage im Sinn des § 81 ASVG (Verwendung der Mittel der Sozialversicherung) notwendig und weiters eine eindeutige Rechtsgrundlage für die damit verbundenen Verarbeitungen personenbezogener Daten durch die Sozialversicherungsträger und deren Hauptverband. In den Projekten selbst soll jedoch so weit wie möglich mit anonymen bzw. pseudonymen Daten gearbeitet werden, um den Persönlichkeitsschutz der Patienten zu sichern. Pseudonyme Daten unterscheiden sich von anonymen Daten dadurch, dass dabei Datensätze ein und derselben Person zusammenführbar bleiben, ohne dass dabei echte Personendaten wie Namen, Geburtsdaten usw. verwendet werden. Dies kann einerseits für die Projektarbeiten an sich notwendig sein, andererseits um die Projekte zu evaluieren. Nur damit ist es möglich Veränderungen des Leistungsgeschehens im intramuralen und extramuralen Bereich aufzuzeigen.

Die Verwendung personenbezogener Daten durch die Sozialversicherung soll darauf beschränkt sein, dass dies für die Durchführung bzw. die Evaluierung eines Reformpoolprojekts notwendig ist und sohin mit anonymisierten oder pseudonymisierten Daten nicht das Auslangen gefunden wird. Auch soll die Verwendung personenbezogener Daten nur für die Dauer dieser Notwendigkeit möglich sein. Damit ist sowohl eine inhaltliche – im Sinne des gelindesten Mittels – als auch eine zeitliche Schranke vorgesehen. Eine darüber hinausgehende Verwendung dieser Daten über den Zweck des Projekts hinaus ist untersagt. Damit wird festgelegt, dass grundsätz-

lich mit pseudonymisierten Daten gearbeitet werden soll, und nur im unumgänglichen Ausmaß auch auf personenbezogene Daten zurück gegriffen werden kann.

Die Reformpoolprojekte werden hauptsächlich im Interesse der Versicherten eingerichtet, um ihnen – beispielsweise in Form von Disease- und Case-Managementprogrammen – eine strukturierte Langzeitbetreuung ermöglichen zu können. Die Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit derartiger Programme und Projekte ist unbestritten, sodass der Sozialversicherung für diese Tätigkeiten eine entsprechende gesetzliche Grundlage eingeräumt werden muss, um eine bestmögliche Versorgung der Versicherten zu gewährleisten.

§ 84a soll daher folgender Absatz 6 angefügt werden:

7. UNTERABSCHNITT

Mitwirkung der Sozialversicherung an der Planung und Steuerung des Gesundheitswesens

Grundsätze

§ 84a. (1) *Zur nachhaltigen Sicherstellung der Versorgung der Versicherten haben sich der Hauptverband und die Sozialversicherungsträger unter Einbeziehung von wissenschaftlichen (insbesondere gesundheitsökonomischen) Erkenntnissen an einer regionen- und sektorenübergreifenden Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens zu beteiligen. ...*

...

(5) *Die Sozialversicherungsträger sind verpflichtet, der Bundesgesundheitsagentur und den Landesgesundheitsfonds pseudonymisierte Diagnose- und Leistungsdaten aus dem Bereich der vertragsärztlichen Versorgung in einer standardisierten und verschlüsselten Form zur Verfügung zu stellen. Darüber hinaus sind der Hauptverband und die Sozialversicherungsträger verpflichtet, der Bundesgesundheitsagentur und den Landesgesundheitsfonds auf deren Anforderung die zur Erfüllung ihrer Aufgaben notwendigen Daten in anonymisierter Form zur Verfügung zu stellen. Zur Sicherstellung der Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen haben alle Daten vor der Übermittlung an die Bundesgesundheitsagentur und die Landesgesundheitsfonds über eine beim Hauptverband eingerichtete Datenpseudonymisierungsstelle zu fließen.*

(6) **Die Sozialversicherungsträger und der Hauptverband sind verpflichtet, an Projekten, die im Rahmen des Kooperationsbereiches nach den Art. 1 und 26 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 73/2005, beschlossen wurden, mitzuwirken (Reformpoolprojekte). In diesen Projekten ist so weit wie möglich mit anonymen oder pseudonymen Datenbeständen (Abs. 5) zu arbeiten. Personenbezogene Daten dürfen nur dann verwendet werden, wenn und solange dies für diese Zwecke ohne vorangehende Anonymisierung oder Pseudonymisierung notwendig ist.**

In den Erläuterungen zu Abs. 6 sollte zur Formulierung des dritten Satzes in § 84a Abs. 6 ASVG angemerkt werden, dass eine Vernichtung des personenbezogenen Datenmaterials nach Abschluss der Endevaluierung eines Projektes gemeint ist. Im besonderen ist dabei an jene Datenverarbeitungen mit Personenbezug zu denken, die speziell für die Evaluierung durchgeführt werden.

Ergänzungsvorschlag zu den §§ 154a, 300 ASVG und Parallelbestimmungen (Zuständigkeit in der medizinischen Rehabilitation für Alterspensionisten)

Der Hauptverband verweist auf seinen Brief vom 6. März 2007, Zl. 32-PVS-54.137:54.32/07 Ru/Bam an die Bundesminister Dr. Erwin Buchinger und Dr. Andrea Kdolsky samt Beilagen und darin enthaltenen Novellierungsvorschlägen.

Inzwischen gab es informelle Gespräche mit dem Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, wobei ein adaptierter Vorschlag zu einem Gesetzestext mit gleichem Inhalt zustande kam:

§ 300 Abs. 2 ASVG sollte lauten:

„(2) Zusätzlich treffen die Pensionsversicherungsträger Vorsorge für die medizinische Rehabilitation nach § 302 Abs. 1 – ausgenommen die Versorgung von Hilfsmitteln – für BezieherInnen einer Pension aus einem Versicherungsfall des Alters und für BezieherInnen einer Pension aus einem Versicherungsfall der geminderter Arbeitsunfähigkeit, sofern diese Personen an einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung leiden und die Leistung dauernd zuerkannt ist. Dies gilt nicht für BezieherInnen einer Knappschaftspension.“

§ 157 Abs. 2 GSVG sollte lauten:

„(2) Zusätzlich trifft der Versicherungsträger Vorsorge für die medizinische Rehabilitation nach § 160 Abs. 1 für BezieherInnen einer Pension aus einem Versicherungsfall des Alters und für BezieherInnen einer Pension aus dem Versicherungsfall der Erwerbsunfähigkeit, sofern diese Personen an einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung leiden und die Leistung dauernd zuerkannt ist.“

§ 150 Abs. 2 BSVG sollte lauten:

„(2) Zusätzlich trifft der Versicherungsträger Vorsorge für die medizinische Rehabilitation nach § 152 Abs. 1 für BezieherInnen einer Pension aus einem Versicherungsfall des Alters und für BezieherInnen einer Pension aus dem Versicherungsfall der Erwerbsunfähigkeit sofern diese Personen an einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung leiden und die Leistung dauernd zuerkannt ist.“

Die nachfolgenden Formulierungen basieren auf den Vorschlägen des Hauptverbandes und der PVA zum SRÄG 2006, die damals lauteten:

§ 154a Abs. 1 ASVG letzter Satz sollte lauten:

„Die Zuständigkeit eines Krankenversicherungsträgers ist ausgeschlossen, wenn nach § 300 Abs. 2 (neu) medizinische Maßnahmen der Rehabilitation von einem Pensionsversicherungsträger erbracht werden. Dies gilt aber nicht für Hilfsmittel gemäß Abs. 2 Z 2.“

In § 300 Abs. 1 ASVG ist nach dem Ausdruck „*Beziehen einer*“ die Wortfolge „**befristet zuerkannt**“ (Pension) einzufügen.

§ 300 Abs. 2 ASVG sollte lauten:

„(2) Zusätzlich treffen die Pensionsversicherungsträger Vorsorge für die medizinische Rehabilitation nach § 302 Abs. 1 – ausgenommen die Versorgung von Hilfsmitteln – für Bezieher einer Pension aus den Versicherungsfällen des Alters und der Invalidität (Berufsunfähigkeit), deren Leistung dauernd zuerkannt ist, ausgenommen einer Knappschaftspension, wenn sie an einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung leiden.“

Der bisherige Abs. 2 des § 300 ASVG wird zu Abs. 3.

Der geltende Abs. 3 des § 300 ASVG wird zu Abs. 4.

In § 300 Abs. 4 (neu) ASVG wird im ersten Satz nach dem Wort „*Rehabilitation*“ der Ausdruck „**nach Abs. 1**“ eingefügt.

§ 300 Abs. 5 (neu) ASVG sollte lauten:

„(5) Die Rehabilitation nach Abs. 2 umfasst medizinische Maßnahmen der Rehabilitation mit dem Ziel, den Gesundheitszustand der Pensionsbezieher soweit wieder herzustellen, dass sie in der Lage sind, in der Gemeinschaft einen ihnen angemessenen Platz möglichst dauernd und ohne Betreuung und Hilfe einzunehmen.“

Der bisherige Abs. 4 des § 300 ASVG wird zu Abs. 6.

Die Novellierung wird textlich für die entsprechenden Bestimmungen im ASVG vorgeschlagen. Sie soll aber auch für die Parallelbestimmungen im GSVG und BSVG gelten.

Begründung:

Dieses legislative Konzept soll einerseits mehr Klarheit und weniger bürokratische Erschwernisse für die Versicherten bringen.

Weiters wird damit die „fakultative Rehabilitation“ von Eigenpensionisten nach § 302 Abs. 2 ASVG, die oft zu einer gängigen Praxis unter dem Titel der Gesundheitsvorsorge bei den Pensionsversicherungsträgern geworden ist, im Sinne einer Gleichbehandlung aller Eigenpensionisten auf eine klare und rechtlich einwandfreie Basis der Zuständigkeit gestellt.

Für andere Krankenversicherte ohne Eigenpension, aber als Bezieher einer Hinterbliebenenpension oder für nur Krankenversicherte ohne Pensionsanspruch sowie für die Angehörigen nach § 123 Abs. 2 ASVG sind nach wie vor die Krankenversicherungsträger für die medizinische Rehabilitation zuständig.

Dies soll auch für alle Hilfsmittel in der Rehabilitation (Prothesen, Stützstrümpfe, u. a.) bei den Eigenpensionisten gelten, zumal die Krankenversicherungsträger bei dieser Versorgung spezialisiert und näher am Kunden sind.

Mit diesem Gesetzesvorschlag könnte auch das Zuzahlungsproblem bei Inanspruchnahme von Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge statt gesetzlicher Rehabilitation, das immer wieder bei den Versicherten für Unmut wegen der Differenzierung sorgt, gelöst werden.

Die mit dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger abgestimmte vorgeschlagene Novellierung würde auch einerseits die gängige Praxis der Pensionsversicherungsträger im Gesetz festhalten und könnte andererseits eine leichte Entlastung für die Krankenversicherungsträger bringen.

Auf jeden Fall wäre eine beachtliche Verwaltungskostenersparnis gegeben, zumal der Novellierungsvorschlag klare Zuständigkeiten verfolgt.

Ergänzungsvorschlag zu § 343 ASVG (Befristung von Einzelverträgen)

§ 343 ASVG soll im Abs. 4 bezüglich der Kündigungsfrist im ersten Satz und hinsichtlich der aufschiebenden Wirkung des Einspruches gegen eine Kündigung geändert, sowie um einen Abs. 4a ergänzt werden:

*(4) Das Vertragsverhältnis kann unbeschadet der Bestimmungen der Abs. 2 und 3 von beiden Teilen unter Einhaltung einer **dreimonatigen** Kündigungsfrist zum Ende eines Kalendervierteljahres gekündigt werden. (...)*

In § 343 werden folgende Abs. 4a und 4b eingefügt:

(4a) Einzelverträge sind vom Krankenversicherungsträger jeweils auf fünf Jahre zu befristen. Die Entscheidung über die Verlängerung ist dem Vertragsarzt (der Vertragsgruppenpraxis) spätestens vier Wochen vor Ablauf der Befristung schriftlich mitzuteilen, wobei dieser Entscheidung folgende Kriterien zu Grunde zulegen sind:

- 1. Absolvierte Fortbildung*
- 2. Qualität der ärztlichen Leistung*
- 3. Patientenzufriedenheit*
- 4. Ökonomisches Vorgehen im Eigen- bzw. Folgekostenbereich*

Bezüglich dieser Kriterien können von den Gesamtvertragsparteien (§ 341) Bestimmungen im Sinne des § 342 Abs. 1 vereinbart werden, welche die vom Hauptverband aufzustellenden Richtlinien gemäß § 31 Abs. 5 zu berücksichtigen haben. Der Vertragsarzt (die Vertragsgruppenpraxis) kann die Entscheidung des Krankenversicherungsträgers, den Einzelvertrag nicht zu verlängern, innerhalb von zwei Wochen bei der Landesschiedskommission mit Einspruch anfechten. Die Landesschiedskommission hat innerhalb von sechs Monaten nach Einlangen des Einspruches über diesen zu entscheiden. Der Einspruch hat keine aufschiebende Wirkung. Eine vom Arzt (von der Gruppenpraxis) eingebrachte Berufung an die Bundesschiedskommission hat keine aufschiebende Wirkung.

(4b) Zum Stichtag ... bestehende Einzelverträge gelten als unbefristet. Sie sind nach den Bestimmungen des Abs. 4a in fünfjährigen Intervallen zu evaluieren. Für vor dem ... abgeschlossene Einzelverträge beträgt dieses Intervall zehn Jahre. Evaluierungsergebnisse, die eine Verlängerung eines befristeten Vertrages gemäß Abs. 4a nicht ermöglichen würden, sind ein schwerwiegender Kündigungsgrund, der die Aufrechterhaltung des Vertragsverhältnisses für den Träger der Krankenversicherung unzumutbar macht.

Begründung für die Verlängerung der Kündigungsfrist:

Derzeit kann das Vertragsverhältnis vom Kassenarzt und vom Krankenversicherungsträger unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist zum Ende eines Vierteljahres gekündigt werden.

Kündigt der Arzt kurzfristig, ist es für den Krankenversicherungsträger nicht möglich, eine lückenlose Versorgung zu gewährleisten. Die Stelle muss ausgeschrieben werden und der neue Vertragsarzt muss allenfalls Ordinationsräume beschaffen und adaptieren. Die Kündigungsfrist soll daher auf **drei** Monate verlängert werden, um eine geordnete Nachfolge zu gewährleisten.

Begründung für den Entfall einer aufschiebenden Wirkung eines Einspruches gegen die Kündigung

Nach geltender Rechtslage hat der Einspruch des Arztes gegen die Kündigung aufschiebende Wirkung. Dies bedeutet, dass ein Arzt der schwerste Vertragsverstöße – auch im Zusammenhang mit massiven Verletzungen von Patienteninteressen – gesetzt hat, jedenfalls vorerst im Vertrag bleibt.

Diese sowohl dem einzelnen Patienten als auch der Versichertengemeinschaft gegenüber unzumutbare Rechtslage soll geändert werden.

Hingewiesen wird, dass Anfechtungen gegen eine Kündigung bzw. Entlassung eines Arbeitnehmers keine aufschiebende Wirkung haben!

Begründung für den Entfall des Kündigungsschutzes und Änderung des Systems hin zu befristeten ärztlichen Einzelverträgen

Das Vertragsverhältnis eines Kassenarztes kann vom Krankenversicherungsträger unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist zum Ende eines Vierteljahres gekündigt werden. Die Kündigung ist schriftlich zu begründen. Der gekündigte Arzt kann innerhalb von zwei Wochen die Kündigung bei der Landesschiedskommission mit Einspruch anfechten. Die Landesschiedskommission hat innerhalb von sechs Monaten über den Einspruch zu entscheiden und bis dahin hat er 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 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.

Diese „Soziale Härte-Klausel“ greift in fast allen Fällen. Denn fast alle Vertragsärzte beziehen ihr Einkommen im Wesentlichen von den Krankenversicherungsträgern. Eine Kündigung ist daher nur dann möglich, wenn beharrliche oder schwerwiegende Vertrags- oder Berufspflichtverletzungen vorliegen.

Eine Kündigung kann somit nur erfolgen, wenn schwere Verfehlungen des Vertragsarztes vorliegen, die im Vergleich zum Arbeitsrecht Entlassungstatbestände darstellen.

Somit wird für Vertragsärzte ein Vertragsschutz geschaffen, der weit über jenen eines Arbeitnehmers hinausgeht:

- Üblicherweise existieren für Kündigungen eines Arbeitnehmers keine Formvorschriften.
- Der Arbeitgeber muss seine Kündigung nicht begründen.
- Möglichkeit der Anfechtung (Klage bei Gericht) nur sehr eingeschränkt: Wegen eines unzulässigen Motives (z. B. ein Gewerkschaftsbeitritt) oder Sozialwidrigkeit (dies nicht in der generellen Form wie bei obgenannter „Sozialer-Härte-Klausel“).
- Die Anfechtung hat keine aufschiebende Wirkung.

Der Kündigungsschutz der Vertragsärzte erlaubt insbesondere auch nicht, auf Bedarfsänderungen zu reagieren. Diese Situation führt zu einer Art „Pragmatisierung“ noch dazu auf einem bestimmten Ordinationssitz, sie behindert eine rasche Reaktion auf medizinische Erfordernisse und Wünsche der Patienten, z. B. hinsichtlich der ärztlichen Versorgung in Neubaugebieten. Sie führt weiters zu einer Versteinerung der medizinischen Versorgungssituation, welche im Ergebnis zu Lasten der Patienten geht.

Es ist ferner auf die Diskussion der „Entpragmatisierung“ im öffentlichen Dienst zu verweisen. In vielen Bereichen wird der Kündigungsschutz – der immer weit schlechter als jener der Vertragsärzte ist – aufgehoben.

Ferner ist es der österreichischen Rechtsordnung völlig fremd, eine juristische Person unter Kündigungsschutz zu stellen und dies widerspricht auch den Erfordernissen des Wirtschaftslebens. Dies ist aber bei Gruppenpraxen, die in Form

einer Offenen Erwerbsgesellschaft geführt werden, der Fall. Bei Gesellschaften erfolgt eine Pragmatisierung auf ewig, da sich die Gruppenpraxis bei Ausscheiden eines Gesellschafters durch Neuaufnahme erneuert. Auf Bedarfsänderungen kann nie mehr mit Kündigung reagiert werden.

Begründung für befristete Verträge

Die Bestimmungen über die Invertragnahme von Vertragspartnern und deren Vertragsauflösung basieren darauf, dass ein Vertragspartner einen unbefristeten Vertrag erhält, welcher im Allgemeinen nur sehr schwer wieder aufgelöst werden kann (siehe die Kriterien des § 343 Abs. 4 ASVG). Nunmehr soll vorgesehen werden, ausdrücklich den Abschluss befristeter Einzelverträge möglich zu machen und solche Abschlüsse nicht nur auf den von den Kassen oder Kammern definierten „dringlichen“ Bedarf einzuschränken.

Weiters ist es im allgemeinen Wirtschaftsleben üblich, Dauerschuldverhältnisse zunächst mit Probezeiten zu versehen, aber auch Vertragsbeziehungen durch Kündigung ohne Grund beenden zu können. Dies sogar dann, wenn der Vertragspartner im Vertrauen auf ein Weiterbestehen seines Vertrages namhafte Investitionen getätigt hat. Eine solch vollkommen freie Kündbarkeit soll jedoch auch hier nicht vorgesehen werden, weil das Vertrauensverhältnis, welches zwischen Arzt und Patienten besteht und damit das Vertrauen des Patienten in das Weiterbestehen der Beziehung zu „seinem“ Arzt, schützenswert ist. Es soll zwar eine Befristungsmöglichkeit für Einzelverträge eingeführt werden, die aber an sachliche, objektive Kriterien zu binden ist.

Diese Kriterien sollten die Vertragspartner selbst näher ausgestalten können. Zu berücksichtigen sind dabei die einschlägigen Richtlinien des Hauptverbandes (insbesondere RÖV¹⁰ und RÖK¹¹). Übergangsbestimmungen für Altverträge sollen einen Bestandschutz gewähren – dieser besteht nicht, wenn (negative) Evaluierungsergebnisse analog der Prüfkriterien wie oben vorliegen. Überdies gilt für schon länger tätige Ärzte auch eine längere Evaluierungsfrist.

* * *

¹⁰ Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen: amtlich verlautbart unter www.avsv.at Nr. 5/2005, zuletzt geändert durch Nr. 29/2006

¹¹ Richtlinien über die Berücksichtigung ökonomischer Grundsätze bei der Krankenbehandlung: amtlich verlautbart unter www.avsv.at Nr. 148/2005

Es wird darauf hingewiesen, dass für die „Nichtverlängerung“ von Verträgen weitere Kriterien für Befristungen notwendig sind.

Weitere Kriterien können beispielsweise sein:

- vorübergehender Bedarf unabhängig davon, ob darauf durch die Festsetzung der Zahl und örtlichen Verteilung der Vertragspartner nach § 342 Abs. 1 Z 1 ASVG oder andere Vereinbarungen bereits Rücksicht genommen wurde (z. B. zusätzliche FA für Kinderheilkunde in Neubauwohngeländen oder z. B. Bereitstellung zusätzlicher Behandlungsmöglichkeiten durch Vertragspartner bei Großveranstaltungen, bei denen über mehrere Wochen überdurchschnittlich viele Patienten zu erwarten sind, aber auch in Fremdenverkehrsgebieten für Saisonspitzen),
- Probezeit am Beginn einer Vertragsbeziehung (wobei in dieser Zeit insbesondere auf Qualitätserfordernisse Wert zu legen sein wird) oder bei neuerlicher Invertragnahme nach Beendigung eines Vertrages,
- befristeter Ausfall oder Einschränkungen in der Behandlungskapazität bisheriger Vertragspartner (z. B. durch längere Krankheit),
- Sicherung medizinischer Betreuung in Sondersituationen, (z. B. während länger dauernder Streitigkeiten über die Besetzung vakanter Ordinationen bzw. den Abschluss entsprechender Verträge),
- Sicherung von Zusagen, die bei Vertragsbeginn getroffen wurden, wie z. B. die Zusage nach § 2 Abs. 2 Z 4 der Reihungskriterienverordnung des Bundesministers für soziale Sicherheit und Generationen, BGBl. II Nr. 487/2002, sich ernsthaft zu bemühen, einen behindertengerechten Zugang zur Praxis nach den Bestimmungen der ÖNORM B 1600 „Barrierefreies Bauen“ sowie der ÖNORM B 1601 „Spezielle Baulichkeiten für behinderte und alte Menschen“ bei Vertragsbeginn oder innerhalb einer angemessenen Frist nach Vertragsbeginn zu schaffen, siehe auch die entsprechende Grundlage für Gruppenpraxen in § 342 Abs. 1 Z 9 ASVG,
- Erreichen einer Altersgrenze, die üblicherweise auch für Freiberufler Anlass ist, in den Ruhestand zu treten (Anspruchsvoraussetzungen für Leistungen aus den Wohlfahrtsfonds der Ärztekammern usw.).

Ergänzungsvorschlag zu § 343 Abs. 6 bis 11 ASVG (Abrechnungs- und Wirtschaftlichkeitsprüfung)

§ 343 ASVG Abs. 6 bis 11 haben zu lauten:

(6) Die Träger der Krankenversicherung haben durch stichprobenweise Befragung von Leistungsempfängern zu prüfen, ob von Vertragsärzten (Vertragsgruppenpraxen) verrechnete Leistungen tatsächlich erbracht und vertragsgemäß durchgeführt wurden. Die Leistungsempfänger sind zur Auskunftserteilung (§ 43 Abs. 1) verpflichtet. Diese Prüftätigkeit ist eine Verwaltungssache, auf die insbesondere auch § 358 anzuwenden ist.

(7) Die Träger der Krankenversicherung haben die Wirtschaftlichkeit der ärztlichen und ärztlich veranlassten Leistungen der Vertragsärzte (Vertragsgruppenpraxen) gemäß dem Prüfverfahren nach § 31 Abs. 5 Z 10 zu überprüfen. Zusätzlich können Einzelfallüberprüfungen durchgeführt werden. Der Vertragsarzt (die Vertragsgruppenpraxis) ist zur umfassenden Auskunftserteilung verpflichtet und hat dem Träger der Krankenversicherung Einsicht in seine (ihre) Dokumentation und die verwendete EDV-Software zu gewähren.

(8) Bei Überschreiten eines Schwellenwertes gemäß den Richtlinien nach § 31 Abs. 5 Z 10 ist mit dem Vertragsarzt ein Gespräch zu führen. Bei neuerlichem Überschreiten eines Schwellenwertes hat der Versicherungsträger binnen drei Jahren einen Antrag auf Feststellung der Unwirtschaftlichkeit des Verhaltens des Vertragsarztes sowie Festsetzung einer Honorarkürzung für unwirtschaftliche Behandlungen bzw. eines Ersatzbetrages für unwirtschaftlich veranlasste Leistungen an die Paritätische Schiedskommission zu stellen.

(9) Das Überschreiten eines Schwellenwertes gemäß den Richtlinien nach § 31 Abs. 5. Z. 10 begründet die Vermutung der Unwirtschaftlichkeit. Der Vertragsarzt (die Vertragsgruppenpraxis) kann diese Vermutung durch den Nachweis besonderer Umstände, die bei der Festlegung des Schwellenwertes nicht berücksichtigt wurden, widerlegen. Kann die Unwirtschaftlichkeit der Tätigkeit des Vertragsarztes (der Vertragsgruppenpraxis) nicht widerlegt werden, hat die Paritätische Schiedskommission die Unwirtschaftlichkeit festzustellen und einen Honorarabzug bzw. einen Ersatzbetrag festzusetzen. Die Unwirtschaftlichkeit der ärztlichen und ärztlich veranlassten Leistungen der Vertragsärzte (Vertragsgruppenpraxen) liegt auch dann

vor, wenn - unabhängig vom Überschreiten eines Schwellenwertes gemäß den Richtlinien nach § 31 Abs. 5. Z. 10 – auf Grund von Einzelfallüberprüfungen nachgewiesen wird, dass der Vertragsarzt (die Vertragsgruppenpraxis) die in den Richtlinien über die ökonomische Krankenbehandlung (RöK) und Richtlinien über die ökonomische Verschreibung von Heilmitteln und Heilbehelfen (RöV) enthaltenen Vorschriften über die Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit verletzt hat. In diesem Fall hat die Paritätische Schiedskommission über Antrag des Krankenversicherungsträgers die Unwirtschaftlichkeit festzustellen und in sinngemäßer Anwendung des § 273 ZPO in freiem Ermessen einen Honorarabzug bzw. einen Ersatzbetrag festzusetzen.

(11) Wird auf Grund von Einzelfallüberprüfungen nachgewiesen, dass verrechnete Leistungen tatsächlich nicht erbracht oder nicht vertragsgemäß durchgeführt wurden, hat die Paritätische Schiedskommission in sinngemäßer Anwendung des § 273 ZPO in freiem Ermessen einen Honorarabzug bzw. einen Ersatzbetrag festzusetzen.

Begründung:

Das Leistungsrecht der Krankenversicherung sieht vor, dass die Krankenbehandlung ausreichend und zweckmäßig sein muss, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten (§ 133 Abs. 2 ASVG). Durch die Krankenbehandlung sollen die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit und die Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, nach Möglichkeit wiederhergestellt, gefestigt oder gebessert werden. Die dafür vorhanden Mittel (Versicherungsbeiträge) sind möglichst wirtschaftlich einzusetzen. Unökonomische, unnötige oder das notwendige Maß sonst überschreitende Vorgangsweisen dürfen von der Versicherung nicht honoriert werden. Das setzt voraus, dass Regeln darüber vorhanden sind, was als unökonomisch zu gelten hat sowie eine Sanktionierung bei Verletzung dieser Regeln.

Den Vertragsärzten der sozialen Krankenversicherung ist bei der Erfüllung dieser Regeln ein weiter Spielraum gegeben; dies in wohlverstandem Interesse der ärztlichen Behandlungsfreiheit und im Interesse der Patienten. In den letzten Jahren hat dieser Spielraum jedoch, wie insbesondere das starke Ansteigen der finanziellen Belastungen aus dem Titel der Heilmittelverordnung gezeigt hat, zu einer überproportionalen Ausgabenbelastung der sozialen Krankenversicherung geführt. Diese Entwicklung soll zunächst dadurch gebremst werden, dass Klarstellungen über

die ökonomische Behandlung präziser als bisher durch den Hauptverband der Sozialversicherungsträger geregelt werden.

Die Vertragspartner der sozialen Krankenversicherung, insbesondere die Vertragsärzte, sind durch eine Reihe von Bestimmungen dazu verpflichtet, ihre Tätigkeit wirtschaftlich (ökonomisch) durchzuführen: § 342 Abs. 1 Z 4 ASVG ist die Grundlage entsprechender Vereinbarungen in den Gesamtverträgen. Auf der Basis des § 342 ASVG enthalten die Gesamtverträge seit Jahrzehnten einschlägige Bestimmungen, so z. B. in § 10 und in § 21 des Mustergesamtvertrages (MGV), auf dessen Text die anderen Gesamtverträge weitgehend aufbauen. Die Einhaltung dieser Regeln soll stärker als bisher mit Sanktionen belegt sein – die bisherige Rechtslage ließ die Möglichkeit offen, dass Vertragsbeziehungen eines Arztes trotz gravierender Unwirtschaftlichkeit und damit trotz nachweislicher Schäden nicht gelöst werden konnten, weil die Vertragsaukündigung für den Arzt eine „soziale Härte“ darstellen konnte und die Beibehaltung des Vertrages dem Versicherungsträger häufig weiterhin zugemutet wurde. Diese Rechtslage hat dazu geführt, dass Vertragspartner der Sozialversicherung trotz ihrer freiberuflichen Berufsausübung auch bei gravierenden Vertragsverletzungen wesentlich stärker abgesichert waren als dies dem allgemeinen Wirtschaftsleben adäquat wäre.

Die Vertragskündigung ändert nichts an den Grundlagen des Schadenersatzrechts. Die Regeln über die wirtschaftliche Behandlungsweise sollen nun dazu beitragen, die in § 133 Abs. 2 ASVG genannten Bedingungen (ausreichende, zweckmäßige und das Maß des Notwendigen nicht übersteigende Krankenbehandlung mit den dort genannten Zielen) vereinfacht durchgesetzt werden können. Die Festsetzung des Schadenersatzes durch die Paritätische Schiedskommission ist sachnah und kann in kürzerer Zeit erfolgen, als im ordentlichen Rechtsweg.

Mit einer Richtlinie gemäß § 31 Abs. 5 Z 10 ASVG wird das Verfahren zur Feststellung gravierender Unwirtschaftlichkeit festgelegt.

* * *

Notwendige Begleitänderungen:

Dem § 31 Abs. 5 Z 10 ASVG wird ein Satz angefügt, § 43 Abs. 1 ASVG wird geändert, dem § 343 Abs. 4 ASVG wird ein Satz angefügt und § 349 Abs. 2 e ASVG ergänzt.

§ 31 Abs. 5 Z 10 ASVG hat zu lauten:

(...) darf der Zweck der Krankenbehandlung nicht gefährdet werden. **In diesen Richtlinien sind außerdem ein Prüfverfahren nach den Methoden der statistischen Wissenschaft über die Wirtschaftlichkeit ärztlicher und ärztlich veranlasster Leistungen sowie Schwellenwerte, ab deren Überschreiten die Unwirtschaftlichkeit dieser Leistungen vermutet wird, festzulegen;**

§ 43 Abs. 1 ASVG wird wie folgt geändert:

Die Versicherten sowie die Zahlungs(Leistungs)empfänger sind verpflichtet, den Versicherungsträgern über alle für das Versicherungsverhältnis, **für Leistungen des Versicherungsträgers** und für die Prüfung bzw. Durchsetzung von Ansprüchen nach den §§ 332 ff. maßgebenden Umstände längstens bis 14 Tagen wahrheitsgemäß Auskunft zu erteilen.

§ 343 Abs. 4 ASVG hat zu lauten:

(...) hat ohne Zustimmung des Krankenversicherungsträgers keine aufschiebende Wirkung. **Eine die Kündigung rechtfertigende Vertragsverletzung liegt jedenfalls vor, wenn festgestellt wird, dass verrechnete Leistungen vom Vertragsarzt tatsächlich nicht erbracht wurden (§ 343 Abs. 6) oder wenn die Unwirtschaftlichkeit seiner vertragsärztlichen Tätigkeit mehr als zwei Mal festgestellt wurde (§ 343 Abs. 9 und 10).**

§ 349 Abs. 2 ASVG hat zu lauten:

(...) Hiebei finden die §§ 341, 342, 343 Abs. 1 bis 3 **und 343 Abs. 6 bis 11** mit der Maßgabe sinngemäß Anwendung, daß an die Stelle der Ärztekammer die jeweilige freiwillige berufliche Interessenvertretung tritt. (...)

Begründung:

Für die Abrechnungs- und Wirtschaftlichkeitsprüfung hat der Hauptverband die Richtlinienkompetenz. Gemäß § 31 Abs. 5 Z 10 ASVG sind Richtlinien ökonomischer Grundsätze bei der Krankenbehandlung aufzustellen (RöK¹²). In den RöK soll nunmehr ein Prüfverfahren verankert werden, welches nach statistischen Methoden

¹² amtlich verlautbart unter www.avsv.at Nr. 148/2005

Schwellenwerte festlegt, ab deren Überschreiten die Unwirtschaftlichkeit dieser Leistungen vermutet wird. Hierbei soll es nicht um reine Durchschnittswerte gehen, sondern sollen allgemeine Parameter, wie etwa das Alter der Patienten des jeweiligen Arztes berücksichtigt werden, um genauere Aussagen treffen zu können.

§ 43 Abs. 1 ASVG wird um die Auskunftspflicht der Versicherten auch für Leistungen der Versicherungsträger (etwa für Wirtschaftlichkeitsstichproben) ergänzt.

Bezüglich der Änderung des § 343 Abs. 4 ASVG ist darauf zu verweisen, dass grobe Vertragswidrigkeiten – durch nicht erbrachte, dem Krankenversicherungsträger aber verrechnete Leistungen sowie durch grobe Unwirtschaftlichkeit eine die Kündigung rechtfertigende Vertragsverletzung bedeuten. Nach dem Muster des § 343 Abs. 5 ASVG, wonach eine die Kündigung rechtfertigende Vertragsverletzung dann vorliegt, wenn Qualitätsmängel nicht rechtzeitig beseitigt werden, soll auch bei nicht erbrachten, aber verrechneten Leistungen sowie bei mindestens zweimaliger, sohin qualifizierter Feststellung der Unökonomie eine derartige Rechtfertigung der Kündigung gegeben sein.

§ 349 Abs. 2 ASVG erweitert den Geltungsbereich der Abrechnungs- und Wirtschaftlichkeitsprüfungsregelungen auf die freiberuflichen Psychologen bzw. Psychotherapeuten.

Ergänzungsvorschlag zu § 360 Abs. 3 ASVG (Zugang zum Adressregister)

Der erste Satz von § 360 Abs. 3 ASVG lautet:

*„Die Sozialversicherungsträger und der Hauptverband sind berechtigt, auf automationsunterstütztem Weg Einsicht in das Grundbuch, **das Adressregister**, das zentrale Gewerberegister und in das Firmenbuch zu nehmen, soweit dies zur Erfüllung der ihnen übertragenen Aufgaben, insbesondere zur Erbringung von Leistungen und zur Durchführung des Versicherungs-, Melde- und Beitragswesens, notwendig ist.“*

Erläuterungen

Im Zusammenhang mit dem E-Government-Gesetz wurde mit dem GWR-Gesetz und einer Änderung zum Vermessungsgesetz, BGBl I Nr. 9/2004 neben einem Gebäude- und Wohnregister auch ein automationsunterstütztes Adressregister geschaffen (§ 9 Abs. 1 und § 9a Vermessungsgesetz). Das Adressregister ist grundsätzlich öffentlich zugänglich. Behörden erhalten zur Wahrnehmung ihrer gesetzlich übertragenen Aufgaben einen kostenlosen Zugriff. Einzelne Adressen können auch von Privaten kostenlos abgefragt werden (§ 47a Vermessungsgesetz). Weitergehende Abfragen von Privaten unterliegen einem Kostenersatz.

In § 360 Abs. 3 ASVG ist bereits derzeit klargestellt, dass die Sozialversicherungsträger und der Hauptverband zur Erfüllung der ihnen übertragenen Aufgaben berechtigt sind, auf automationsunterstützten Weg in das Grundbuch, das zentrale Gewerberegister sowie das Firmenbuch Einsicht zu nehmen.

Diese Berechtigung soll nunmehr auch auf das neu geschaffene Adressregister ausgedehnt werden.

Darüber hinaus soll zur besseren Lesbarkeit im ersten Satz von § 360 Abs. 3 ASVG die mehrmals vorkommende Wendung „*automationsunterstützt geführt*“ gestrichen werden, da durch den Hinweis „*auf automationsunterstützten Weg*“ ohnedies klargestellt wird, dass die Einsichtnahme in alle genannten Register in elektronischer Weise erfolgen kann.

Ergänzungsvorschlag zu § 360 Abs. 6 ASVG („Wohnungsabfrage“ im ZMR)

Mit Schreiben vom 23. Februar 2006 an die (damaligen) Bundesministerien für Gesundheit und Frauen sowie für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz hat der Hauptverband angeregt, dass für die Sozialversicherungsträger und den Hauptverband die Möglichkeit der „Wohnungsabfrage“ im ZMR eingeräumt wird.

Ein entsprechender Novellierungsvorschlag (§ 360 Abs. 6 ASVG) wurde darauf hin in den Begutachtungsentwurf zum SRÄG 2006 aufgenommen. Auf Grund der im Begutachtungsverfahren geäußerten datenschutzrechtlichen Bedenken – v. a. des Datenschutzrates und des Bundeskanzleramtes - Verfassungsdienst – wurde diese Bestimmung nicht in die Regierungsvorlage aufgenommen.

Diese Bedenken bezogen sich v. a. darauf, dass die geplante Abfragemöglichkeit eine unzureichende Zweckbindung aufgewiesen hätte und daher zu weit gefasst gewesen wäre. Weiters wäre laut Datenschutzrat klar zu stellen, dass eine Wohnungsabfrage für die Feststellung eines „gemeinsamen Haushalts“ keine unmittelbaren Rechtsfolgen nach sich ziehen dürfte, sondern lediglich als Unterstützung für die Überprüfungstätigkeit dienen könne.

Da nach wie vor der Bedarf an einer derartigen Abfragemöglichkeit besteht, schlägt der Hauptverband folgende eingeschränkte Abfragemöglichkeit vor:

§ 360 Abs. 6 ASVG wird um folgende Sätze ergänzt:

„Abfragen der Sozialversicherungsträger und des Hauptverbandes aus dem Zentralen Melderegister sind zur notwendigen Überprüfung von Angaben über das Vorliegen eines „gemeinsamen Haushalts“ auch nach dem Auswahlkriterium der Anschrift (Wohnadresse) zulässig. Die Ergebnisse solcher Abfragen dürfen nicht unmittelbar zur Feststellung des Tatbestandsmerkmals „gemeinsamer Haushalt“ führen, sondern nur als Anhaltspunkt für weitere Ermittlungstätigkeiten dienen.“

Erläuterungen

Für die Sozialversicherungsträger und den Hauptverband besteht bereits jetzt eine erweiterte Abfragemöglichkeit im Zentralen Melderegister (ZMR) nach § 16a Abs. 4 MeldeG: Demnach dürfen im Wege des Datenfernverkehrs nicht nur der

Hauptwohnsitz sondern der Gesamtdatensatz einer bestimmten Person ermittelt werden.

Die in § 16 Abs. 4 MeldeG weiters vorgesehene Abfragemöglichkeit mit anderen Kriterien als dem Namen steht jedoch den Sozialversicherungsträgern und dem Hauptverband mangels ausdrücklicher gesetzlicher Ermächtigung nicht zu.

Eine derartige Abfragemöglichkeit würde jedoch die Überprüfung von Angaben eines Antragstellers oder einer anderen meldepflichtigen Person in Verfahren, bei denen es darum geht, zu ermitteln, welche Personen (Ehepartner, Lebensgefährten, Angehörige und andere Personen) im gleichen Haushalt mit dem Versicherten/Leistungswerber/Leistungsbezieher leben, wesentlich erleichtern.

Mit der geplanten Ergänzung des Abs. 6 soll die Ermächtigung zur „Wohnungsabfrage“ ausschließlich für jenen Fall erteilt werden, dass ein Leistungsanspruch, dessen Höhe oder ein anderer versicherungsrelevanter Sachverhalt auch von (bestimmten) im gemeinsam Haushalt lebenden Personen abhängig sein kann, beispielsweise bei Befreiungstatbeständen (Rezeptgebühr, Service-Entgelt, etc.).

Die Wohnungsabfrage soll in diesem Zusammenhang nur zur Überprüfung der vom Leistungswerber oder einer sonstigen meldepflichtigen Person verpflichtend anzugebenden Daten verwendet werden dürfen. Weiters kann das Ergebnis einer solchen Anfrage nicht unmittelbar zur Feststellung des Tatbestandsmerkmals „gemeinsamer Haushalt“ führen, sondern nur als Anhaltspunkt für eine weitere Ermittlungstätigkeit dienen, da der Begriff „gemeinsamer Haushalt“ und „Wohnort“ nicht gleichgesetzt werden dürfen. Trotz einer solchen Abfragemöglichkeit wären selbstverständlich die einschlägigen von der Rechtsprechung aufgestellten Merkmale zum sozialversicherungsrechtlichen Haushaltsbegriff wie bisher zu beachten.

In § 360 Abs. 6 ASVG wird derzeit die Zusammenarbeit zwischen den Sozialversicherungsträgern und dem Hauptverband mit dem ZMR geregelt. Die vorgeschlagene Rechtsgrundlage für die „Wohnungsabfrage“ steht im Zusammenhang mit dem ZMR-Verfahren und soll zu den bereits bestehenden Regelungen in Abs. 6 hinzugefügt werden.

Mit dem neuen Satz in Abs. 6 soll daher die gesetzliche Grundlage für eine automationsunterstützte Abfrage mit dem zusätzlichen Auswahlkriterium „Anschrift

bzw. Wohnadresse“ unter den oben genannten einschränkenden Bedingungen geschaffen werden.

Die vorgeschlagene Abfragemöglichkeit steht weiters unter den einschränkenden Vorgaben von § 360 Abs. 1 ASVG (Vollzug des ASVG), § 15a Abs. 4 MeldeG (gesetzlich übertragene Aufgaben) sowie den allgemeinen Bestimmungen über den Datenschutz nach dem DSG 2000 und der Datenschutzverordnung für die Sozialversicherung (SV-Datenschutzverordnung 2001 - SV-DSV 2001), abrufbar unter www.avsv.at, Nr. 1/2002.

Stellungnahme des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger

zu Artikel 2

33. Novelle zum BSVG

Zu Art. 2 Z 1 - § 148f Abs. 3 Z 2 BSVG (Klarstellung)

In Art. 2 Z 1 sollte der Wille des Gesetzgebers unmissverständlich formuliert werden:

§ 148f Abs. 3 Z 2 BSVG sollte lauten:

*„2. Die zum Zeitpunkt des Rentenanzuges nach § 149d bereits eine Pension aus dem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit **nach dem ASVG** oder **der Erwerbsunfähigkeit nach dem GSVG** bzw. einen Ruhegenuss wegen Dienstunfähigkeit **nach dem PG 1965** beziehen.“*

Zu Art. 2 Z 1 - § 148f Abs. 3 Z 2 BSVG (Redaktionsversehen)

Während die vorgeschlagene Fassung der Textgegenüberstellung zu § 148f Abs. 3 bereits einen entsprechenden Hinweis enthält, fehlt im Gesetzestext die korrespondierende legistische Anordnung.

Diese müsste folglich lauten: In § 148f Abs. 3 wird nach dem Klammerausdruck „(§ 149e Abs. 3)“ die Wortfolge „**für das Versehrtengeld** (§ 149g Abs. 3)“ eingefügt.

Begründung: Die mit BGBl. I 60/2006 neu eingeführte Bemessungsgrundlage bedarf der ausdrücklichen Anordnung, bei welchen Leistungen sie zur Anwendung gelangen soll.

Zu Art. 2 Z 2 - § 148f Abs. 3 Z 3 BSVG (Bemessungsgrundlage für die Geldleistungen)

Zu Art. 2 Z 2 wird festgestellt, dass die in dieser Bestimmung enthaltenen **veränderlichen Werte** auf den **Stand des Jahres 2007** gebracht werden sollten.

Als Bemessungsgrundlage für die Betriebsrente für schwerversehrte Bauern und für Witwen (Witwer) gilt derzeit ein Betrag von **€10.359,91**.

In allen übrigen Fällen gilt eine Bemessungsgrundlage von jährlich **€5.179,56**.

Zu Art. 2 Z 6 - § 148i Abs. 5 BSVG (Wegfall von Betriebsrenten)

In § 148i Abs. 5 neu sollte nach den Worten „*geminderte Arbeitsfähigkeit*“ der Ausdruck „**nach dem ASVG**“ eingefügt werden und im Einschub sollte das Wort „*verursacht*“ durch das Wort „**herbeigeführt**“ ersetzt werden.

Zu Art. 2 Z 7 - § 148j Abs. 2 BSVG (Redaktionsversehen)

Da § 148i in der vorgeschlagenen Fassung ausschließlich fünf Absätze aufweist, ist das Gesetzeszitat in § 148j Abs. 2 inkorrekt und müsste folglich lauten: „Abs. 2, 4 und 5“.

Zu Art. 2 Z 2 bis 8 - § 148i Abs. 5 BSVG (Redaktionsversehen)

Im letzten Absatz der erläuternden Bemerkungen ist von der ausschließlichen Gleichstellung eines Ruhegenussbezuges mit dem Bezug einer Alterspension die Rede.

Diese Feststellung ist insofern ergänzungsbedürftig, als in § 148i Abs. 5 BSVG eine Gleichstellung zwischen dem Bezug einer Invaliditätspension nach ASVG bzw. EU-Pension nach GSVG mit einem Ruhegenuss wegen Dienstunfähigkeit vorgesehen ist.

Zu Art. 2 Z 9 - § 149d Abs. 1 Z 2 BSVG (Anspruch auf Betriebsrente und Anfall)

In § 149d Z 2 neu sollte zwecks sprachlicher Klarheit die Wortfolge „*noch keine Pension*“ durch den Ausdruck „**weder eine Pension**“ und die Worte „*keinen Ruhegenuss*“ durch den Ausdruck „**noch einen Ruhegenuss**“ ersetzt werden.

Ferner sollte im zweiten Halbsatz statt dem Wort „*verursacht*“ der Ausdruck „**herbeigeführt**“ verwendet werden.

Zu Art. 2 Z 9 und 10 - § 149d Abs. 1 BSVG (Präzisierungen)

Auch diese einschlägigen erläuternden Bemerkungen weisen einige Textpassagen auf, die zur Vermeidung von Missverständnissen der Präzisierung bedürfen.

So lässt beispielsweise die Verwendung des Ausdruckes „soll“ am Ende des ersten Absatzes auf ein einschlägiges Gebot des Verfassungsgerichtshofes schließen, tatsächlich ist ein solches jedoch nach Auffassung des Höchstgerichtes aus der Verfassung nicht zwingend ableitbar, aber im Ermessen des einfachen Bundesgesetzgebers. Der Ersatz des Ausdruckes „soll“ durch den Ausdruck „darf“ wäre daher angebracht.

Des Weiteren ist die Aussage in Abs. 2 zu lit. c mit den im Entwurf vorgeschlagenen legislatischen Anordnungen nicht kompatibel und sollte dieser Absatz dementsprechend lauten:

„Ein Ausnahme soll jedoch dann gelten wenn ein neuer Betrieb vor Erreichen des Regelpensionsalters gegründet wird und der Unfall im Rahmen des neuen Versicherungsverhältnisses eintritt; diesfalls soll die Betriebsrente bis zur Aufgabe des (neuen) Betriebes, anderenfalls auf Lebenszeit gewährt werden.“

Auch in der Textpassage des nächstfolgenden Absatzes zu lit. d sollte zur Verdeutlichung eine Ergänzung vorgenommen werden. Sie betrifft den letzten Satz des Absatzes und sollte dieser dementsprechend lauten:

„Eine sachliche Rechtfertigung ist darin zu sehen, dass diese Personen ungeachtet der Höhe des Einheitswertes nur in der Unfallversicherung nach dem BSVG teilversichert sind und daher aufgrund dieser Tätigkeit keine Pension beziehen können. In den unter lit. c und d beschriebenen Fällen bildet das Pensionseinkommen dementsprechend kein Substrat aus dem vormaligen Betriebseinkommen, sodass sowohl ein Rentenanfall nach dem Regelpensionsalter als auch ein Parallelbezug von Pension und Rente in Betracht kommt.“

Ergänzungsvorschlag zu § 149e Abs. 1 BSVG (Betriebsrente)

Ein zentrales Element der bäuerlichen Unfallversicherung in der Fassung der 22. BSVG-Novelle ist der durch den Begriff „*Betriebsrente*“ symbolisierte zweigeteilte Rentenzweck in Folge der gänzlich anderen Zielsetzung der bäuerlichen Unfallversicherung im Vergleich zu jener des ASVG, da Letztere vordringlich auf dem Konzept der Unternehmerhaftpflichtsablöse beruht.

Sie dient einerseits – aus dem spezifischen Blickwinkel des bäuerlichen Unfallversicherungsträgers heraus – dem Verlustausgleich der hinkünftig in Folge des Versicherungsfalles geminderten Erwerbschancen – gemessen am Maßstab einer gesundheitlich nicht beeinträchtigten Betriebsführung – sowie andererseits der Abgeltung des durch den Versicherungsfall erlittenen persönlichen Ungemach. Lediglich der letztgenannte Rentenzweck ist der kapitalisierten Abfindung zugänglich, da der auf die Betriebsführung abstellende Rententeil mit Aufgabe derselben obsolet wird.

Die Praxis zeigt, dass die in den Materialien zur 22. BSVG-Novelle explizit angeführten Motive den Rechtsanwendern mitunter nicht so geläufig sind wie dies wünschenswert wäre, weshalb eine ausdrückliche Aufnahme in den Gesetzestext eine diesbezügliche Rechtssicherheit bewirken soll.

Der Sozialversicherungsanstalt der Bauern wäre es daher ein vordringliches Anliegen, den § 149e Abs. 1 um nachstehenden Satz zu ergänzen:

„Sie dient zu gleichen Teilen dem Ausgleich des Verlustes der durch den Eintritt des Versicherungsfalles sich ergebenden Einschränkung künftiger Erwerbsmöglichkeiten und zur Abgeltung des durch den Versicherungsfall ausgelösten persönlichen Ungemachs.“

Ergänzungsvorschlag zu § 149g Abs. 2 BSVG (Ruhen des Versehrtengeldes bei Anstaltspflege)

Das in § 149g Abs. 2 letzter Satz angeordnete analog anzuwendende Ruhen des Versehrtengeldes bei Anstaltspflege ist genau genommen mit der eigentlichen Intention des Versehrtengeldes als „*Überbrückungshilfe und Sofortleistung*“ unvereinbar und sollte daher entfallen.

Ergänzungsvorschlag zu § 149g Abs. 3 BSVG (Bemessungsgrundlage)

Die mit BGBl. I Nr. 60/2006 eingeführte neue Bemessungsgrundlage gemäß § 148f Abs. 3 macht eine dahingehende gesetzliche Anpassung der Bemessungsgrundlage für das Versehrtengehalt erforderlich.

In § 149g Abs. 3 sollte dementsprechend der Ausdruck „§ 148f Abs. 1“ durch den Ausdruck „§ 148f Abs. 1 bzw. Abs. 3“ ersetzt werden.

Ergänzungsvorschlag zu § 149I Abs. 1 BSVG (Bemessungsgrundlage)

Aus Aktualitätsgründen ist es erforderlich, dass durch die 30. BSVG-Novelle normierte Gebot der ausschließlichen Anwendung der gesamtsolidarischen Bemessungsgrundlage gemäß § 148f Abs. 1 BSVG bei Bildung einer Gesamtrente zu relativieren.

Zum einen wäre die Bemessungsgrundlage gemäß § 148f Abs. 1 BSVG eine nicht sachgerechte Überversorgung in jenen Fällen, in denen ausschließlich die Bemessungsgrundlage gemäß § 148f Abs. 3 BSVG zur Anwendung kommt, zum anderen sind auch Fälle denkbar, in denen die Vergleichsbemessungsgrundlage gemäß § 148f Abs. 2 BSVG – sohin eine betraglich höhere Bemessungsgrundlage – eine Rolle spielt.

Vom Grundsatz der ausschließlichen Anwendbarkeit der Bemessungsgrundlage gemäß § 148f Abs. 1 BSVG soll dementsprechend dann abgewichen werden, wenn alle für die Bildung der Gesamtrente zu berücksichtigenden Versicherungsfälle eine abweichende Bemessungsgrundlage aufweisen.

Das Oberlandesgericht Innsbruck hat in einem einschlägigen Leistungsstreitverfahren mit Beschluss vom 23. 1. 2007 zu 25 Rs 112/06s einen entsprechenden Gesetzesprüfungsantrag zu § 149I Abs. 1 3. Satz BSVG in der Fassung der 30. BSVG-Novelle gestellt. Da die darin seitens des OLG geäußerten verfassungsrechtlichen Bedenken nach Auffassung der Sozialversicherungsanstalt der Bauern zu Recht bestehen, ist ein einschlägiges Erkenntnis des Verfassungsgerichtshofes zu erwarten.

Um diesem zuvor zu kommen und die individuellen Rechtsauswirkungen durch die Ergreiferprämie des Art. 140 Abs. 7 B-VG auf den Anlassfall zu beschränken, empfiehlt sich die raschestmögliche Umsetzung des nachstehenden Gesetzesvorschlages:

In § 149I BSVG lautet Abs. 1:

„Wird ein Versehrter neuerlich durch einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit geschädigt und erreicht die Gesamtminderung der Erwerbsfähigkeit aus Versicherungsfällen nach diesem Bundesgesetz mindestens 20 % (bei einer Berufs-

krankheit im Sinne des § 148e Abs. 2 50 %), so ist spätestens vom Beginn des dritten Jahres nach dem Eintritt des letzten Versicherungsfalles an die Gesamtrente festzustellen. Bei einer verspäteten Feststellung der Gesamtrente sind die bis zur Wirksamkeit der Gesamrentenbildung ausbezahlten Betriebsrenten als zu Recht erbracht anzusehen. Der Gesamtrente ist die Bemessungsgrundlage nach § 148f Abs. 1 zu Grunde zu legen, es sei denn, dass alle für die Gesamrentenbildung maßgeblichen Versicherungsfälle eine andere Bemessungsgrundlage als die nach § 148f Abs. 1 aufweisen; diesfalls ist die Bemessungsgrundlage des jüngsten in die Gesamtrente einbezogenen Versicherungsfalles heranzuziehen. Liegt die Leistungshöhe einer der in die Gesamtrente einzubeziehenden Betriebsrenten über der Leistungshöhe der Gesamtrente, so gebührt die Gesamtrente in der Höhe dieser Betriebsrente. Eine abgefundene Betriebsrente ist bei Bildung der Gesamtrente so zu berücksichtigen, dass die Gesamtrente um den Betrag gekürzt wird, der dem Grad der abgefundenen Rente zu Grunde gelegten Minderung der Erwerbsfähigkeit entspricht.“

Ergänzungsvorschlag zu § 149n Abs. 2 und 5 BSVG (Bemessungsgrundlage)

Die neu eingeführte Bemessungsgrundlage gemäß § 148f Abs. 3 BSVG wäre an sich auch für die Bemessung des Teilersatzes der Bestattungskosten aus der Unfallversicherung maßgeblich.

Im Gegensatz dazu soll durch die konkrete Anführung der Bemessungsgrundlage gemäß § 148f Abs. 1 BSVG klargestellt werden, dass diese in allen Fällen zur Anwendung kommt.

Darüber hinaus machen es Erfordernisse der Praxis notwendig, den begünstigten Personenkreis gemäß Abs. 5 um betriebsfortführende Angehörige in aufsteigender Linie zu erweitern.

In § 149n BSVG lauten die Abs. 2 und 5:

„(2) Der Teilersatz gebührt im Ausmaß des fünfzehnten Teiles des Betrages der Bemessungsgrundlage gemäß § 148f Abs. 1. Der Teilersatz wird an den bezahlt, der die Kosten der Bestattung getragen hat. Bleibt ein Überschuss, so sind die in Abs. 3 genannten Personen in der dort angeführten Reihenfolge unter den dort bezeichneten Voraussetzungen bezugsberechtigt. Fehlen solche Berechtigte, verbleibt der Überschuss dem Versicherungsträger.“

„(5) Bei Betriebsfortführung durch in § 3 Abs. 1 Z 2 genannte Personen gilt § 148u mit der Maßgabe, dass ein Teilersatz bis zu zwei Jahre nach dem Todesfall gebührt.“

Ergänzungsvorschlag zu § 149s BSVG (Bemessungsgrundlage)

Abermals ist die Neueinführung einer Bemessungsgrundlage gemäß § 148f Abs. 3 BSVG die notwendige Ursache einer entsprechenden Ergänzung.

§ 149s BSVG sollte dementsprechend lauten:

„Alle Hinterbliebenenrenten dürfen zusammen 80% der Bemessungsgrundlage nicht übersteigen und sind innerhalb dieses Höchstmaßes verhältnismäßig zu kürzen. Hierbei gilt in Fällen des § 148f Abs. 3, wenn eine Witwen(Witwer)rente beteiligt ist, der höhere, in allen übrigen Fällen der niedrigere Betrag als Bemessungsgrundlage. Eine Witwen(Witwer)rente gemäß § 149o Abs. 2 und 3 ist nicht zu berücksichtigen.“

Ergänzungsvorschlag zu § 308 BSVG (Schlussbestimmung zu Art. 2 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. XXX/2007, 33. Novelle)

Die Neuregelung der Gesamrentenbildung gemäß § 210 Abs. 1 ASVG mit Wirkung vom 1. 8. 2001 durch BGBl. I Nr. 99/2001 erfolgte ebenfalls in Reaktion auf ein einschlägiges Verfassungsgerichtshoferkenntnis.

In weiterer Folge hat der Oberste Gerichtshof in zwei Entscheidungen zu 10 ObS 23/02h bzw. 10 ObS 125/02h grundsätzliche Thesen zur Frage des zeitlichen Geltungsbereiches einer gesetzlichen Maßnahme erarbeitet.

Diese beiden Erkenntnisse haben in weiterer Folge den Gesetzgeber veranlasst, mit der 60. ASVG-Novelle nachträglich die Schlussbestimmungen der 58. ASVG-Novelle durch die Schaffung eines neuen § 593 Abs. 3a ASVG dahingehend zu ergänzen, dass § 210 in der Fassung der 58. ASVG-Novelle nur auf bestimmte Versicherungsfälle in Abhängigkeit von deren zeitlicher Lagerung anzuwenden ist.

Da es sich bei den gegenständlichen Gesetzesentwürfen des BSVG um eine deckungsgleiche Fallkonstellation handelt, ist es nach Auffassung der Sozialversicherungsanstalt der Bauern unabdinglich erforderlich, auch die einschlägigen Neuerungen der §§ 149d BSVG (Rentenanfall) sowie 149g BSVG (Gesamtrente) stichtagsbezogen in Kraft zu setzen.

Anderenfalls wäre bei der Neuregelung des Rentenanfalls die latente Gefahr gegeben, dass „Fremdpensionisten“, die seinerzeit mit einem Rentenwegfall und einer halben Kapitalabfindung belegt wurden, klagsmäßig die nachträgliche Auszahlung der zweiten Abfindungshälfte bis zum Regelpensionsalter begehren. In Bezug auf die Neubemessungsvorschrift der Gesamtrente gemäß § 149g Abs. 1 BSVG in der vorgeschlagenen Fassung ist ebenfalls eine zeitliche Einschränkung geboten, anderenfalls auch weit zurückliegende Altfälle diese Neuerung für sich beanspruchen könnten.

Der angesprochene § 308 BSVG sollte daher die nachstehenden Absätze 2 und 3 aufweisen:

„(2) § 149d Abs. 1 in der Fassung des BGBl. I Nr. XXX/2007 ist nur auf Versicherungsfälle anzuwenden, die nach dem 30.06.2007 eingetreten sind.“

„(3) § 149l Abs. 1 in der Form des BGBl. Nr. XXX/2007 ist nur auf nach dem 30.06.2007 zu bildende Gesamrenten anzuwenden.“

Ergänzungsvorschläge

**des Hauptverbandes der
österreichischen Sozialversicherungsträger**

zum GSVG

Ergänzungsvorschlag zu § 4 Abs. 2 Z 2 lit. b GSVG (ersatzlose Aufhebung)

Bei Pensionsberechtigten, die als Aktive nur relativ kurz Erwerbstätigkeiten ausgeübt haben, auf Grund derer sie der Pflichtversicherung in der Krankenversicherung mit dem relativ höheren Beitragssatz unterlegen sind, erschiene eine Krankenversicherung als GSVG-Pensionsbezieher(in) mit dem nunmehr niedrigeren Beitragssatz sachlich nicht gerechtfertigt.

Da aber diese Personen schon gemäß § 4 Abs. 2 Z 2 lit. a GSVG von der Pflichtversicherung ausgenommen sind, erscheint § 4 Abs. 2 Z 2 lit. b GSVG aus heutiger Sicht nicht mehr erforderlich.

Ergänzungsvorschlag zu § 7 Abs. 1 Z 8 und Abs. 2 Z 7 GSVG (amtswegige Beendigung der Pflichtversicherung bei unbekanntem Aufenthalt der Versicherten)

§ 7 Abs. 1 Z 8 und Abs. 2 Z 7 GSVG sollten jeweils lauten:

„Die Pflichtversicherung endet weiters mit dem Letzten des Kalendermonates nach der Zustellung des Bescheides des Versicherungsträgers über das Ausscheiden aus der Versicherung, wenn der Aufenthalt des Versicherten seit mindestens sechs Monaten unbekannt ist. Die Zustellung erfolgt durch öffentliche Bekanntmachung iSd. § 25 des Zustellgesetzes, BGBl. 1982/200.“

Die Erfahrungen der Praxis haben gezeigt, dass eine derartige Neuregelung dringend erforderlich ist. Derzeit besteht keine Möglichkeit, im Fall des unbekanntes Aufenthaltes eines (einer) Versicherten die Pflichtversicherung zu beenden; in diesen Fällen werden regelmäßig trotz Beitragspflicht keine Beiträge entrichtet und entsteht so lange ein beträchtlicher administrativer Aufwand, bis letztlich die nicht einbringlichen Beiträge abgeschrieben werden müssen.

Zur Erläuterung wird auf § 25 des Zustellgesetzes verwiesen.

Wenn der Gesetzgeber den Versicherungsträger immer wieder mit Recht zu niedrigen Verwaltungskosten verpflichtet (vgl. z. B. die §§ 609 Abs. 7 und 625 Abs. 8 ASVG), sollte er hierfür immer dort, wo es möglich ist, auch die legislatischen Voraussetzungen in Form einer Rechtslage, deren sparsamer und nicht zu zeitaufwändiger Vollzug überhaupt möglich ist, schaffen.

Ergänzungsvorschlag zu § 85 Abs. 3 GSVG (Weiterversicherte)

Auch für Weiterversicherte sollte die Möglichkeit geschaffen werden, für Geldleistungen oder (auch nur) für Spitalssonderklasse zu optieren. Es ist nicht einzusehen, warum diese Möglichkeit gemäß § 85 Abs. 3 Z 1 GSVG ausschließlich für Pflichtversicherte bestehen soll.

§ 85 Abs. 3 GSVG könnte etwa folgendermaßen lauten:

„(3) Sachleistungen sind Leistungen, die vom Versicherungsträger durch einen Vertragspartner gegen direkte Verrechnung der vertragsmäßigen Kosten oder durch eine eigene Einrichtung erbracht werden. Der Versicherungsträger kann in seiner Satzung bestimmen, dass für Versicherte anstelle der Sachleistungen bare Leistungen gewährt werden, wenn

- 1. sie ausschließlich nach diesem Bundesgesetz in der Krankenversicherung pflichtversichert sind und ihre vorläufige Beitragsgrundlage (§ 25a) auf Grund von Einkünften gebildet wird, die den in der Satzung festzusetzenden Betrag erreichen oder übersteigen,*
- 2. sie in der Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz weiterversichert sind oder*
- 3. ihre Pension nach diesem Bundesgesetz oder die Summe aus Pension und dem in Z 1 bezeichneten Betrag den in der Satzung festzusetzenden Betrag erreicht oder übersteigt.*

Die Höhe der baren Leistungen darf 80 vH der dem Versicherten tatsächlich erwachsenen Kosten nicht überschreiten. Durch die Feststellung der Beitragsgrundlage gemäß § 25 bleibt der Anspruch auf Sach- bzw. Geldleistungen unberührt.“

Ergänzungsvorschlag zu § 219 Abs. 2a GSVG (Redaktionsversehen)

Gemäß § 219 Abs. 1a GSVG bedürfen Beschlüsse der Verwaltungskörper über den Abschluss von Bestandverträgen – nach Zustimmung des Hauptverbandes... – zu ihrer Wirksamkeit der Genehmigung der BMGF im Einvernehmen mit dem BMSG und dem BMF.

Gemäß § 219 Abs. 2a GSVG ist unter bestimmten Voraussetzungen die Genehmigung nach Abs. 3 nicht erforderlich. Dieser Abs. 3 besagt aber lediglich, dass Beschlüsse der Verwaltungskörper über Angelegenheiten nach Abs. 2 und 2a – also solche, die keiner Genehmigung bedürfen – dem Bundesminister für Arbeit, Gesundheit und Soziales anzuzeigen sind.

§ 447 Abs. 1a ASVG entspricht vollinhaltlich dem § 219 Abs. 1a GSVG, allerdings wurde der dem § 219 Abs. 2a GSVG ansonsten entsprechende § 447 Abs. 2a ASVG durch Art. I Z 58 des SVÄG 2005, BGBl. I Nr. 132/2005, dahingehend abgeändert, dass unter bestimmten Voraussetzungen die Genehmigung nach Abs. 1a nicht erforderlich ist. Hierbei handelt es sich nach den Materialien (Erläuterungen zu Art. I Z 58) um die Beseitigung von Redaktionsversehen.

Auch § 219 Abs. 2a GSVG (und § 207 Abs. 2a BSVG) sollten dahingehend novelliert werden, dass unter den dort genannten Voraussetzungen die Genehmigung nach Abs. **1a** nicht erforderlich ist.

Ergänzungsvorschläge

**des Hauptverbandes der
österreichischen Sozialversicherungsträger**

zum B-KUVG

Ergänzungsvorschlag zu § 56 B-KUVG

§ 56 Abs. 6 B-KUVG:

Hier scheint weiterhin der „*andersgeschlechtliche Lebensgefährte*“ auf.

§ 56 Abs. 6a B-KUVG:

Die Schlussbestimmungen zu Art. 4 BGBl. I Nr. 131/2006 - § 216 (3):

Es würden alle angeführten mitversicherten Angehörigen mit 31. 12. 2009 wegfallen, wenn sie am 31. 7. 2006 unter 27 Jahre waren.

Dies dürfte nicht beabsichtigt sein und sollte daher geändert werden.

**Gesetzesvorschläge der
Wiener Gebietskrankenkasse**

**zur Verbesserung der finanziellen
Lage der Krankenkasse**

**Hauptverband der österr.
Sozialversicherungsträger**

eingel. 27. FEB. 2007

Aktenzeichen 12 REP
erledigtHauptverband
der österreichischen
Sozialversicherungsträger
Kundmanngasse 21
1031 WienWien 10, Wienerbergstr. 15-19
Postanschrift: 1103 Wien,
Postfach 6000
Telefon: 601 22-...0
www.wgkk.atÖffnungszeiten:
Montag bis Mittwoch und Freitag
von 7.30 bis 14 Uhr
Donnerstag von 7.30 bis 16 UhrDVR: 0023957
UID-Nr.: ATU 16250401**Ihr Partner in
Sachen Gesundheit.**

Ihr Zeichen

Ihre Nachricht vom

Unser Zeichen

BE Dr. Ba/EW

Durchwahlkennung

2351

Telefax

3540

Wien,

12.02.2007

Betrifft: Gesetzesvorschläge zur Verbesserung der finanziellen Lage der Krankenkasse

Sehr geehrte Damen und Herren!

Laut dem Regierungsprogramm soll die Liquidität der Gebietskrankenkasse unter anderem auch durch die Sicherstellung der vollständigen Einbringlichkeit der Sozialversicherungsbeiträge gewährleistet werden. Durch eine Reihe von Gesetzesänderungen könnten Mehreinnahmen erzielt bzw. Beitragsverluste vermieden werden. Unabhängig von einer Beitragserhöhung wären aufgrund dieser Vorschläge insgesamt finanzielle Mehreinnahmen von über € 8 Mio. im Bereich Wien möglich. Einige dieser Maßnahmen hätten darüber hinaus auch noch generalpräventive Wirkung und könnten somit die Zahlungsmoral der Beitragsschuldner positiv beeinflussen und zu weiteren Zahlungseingängen führen..

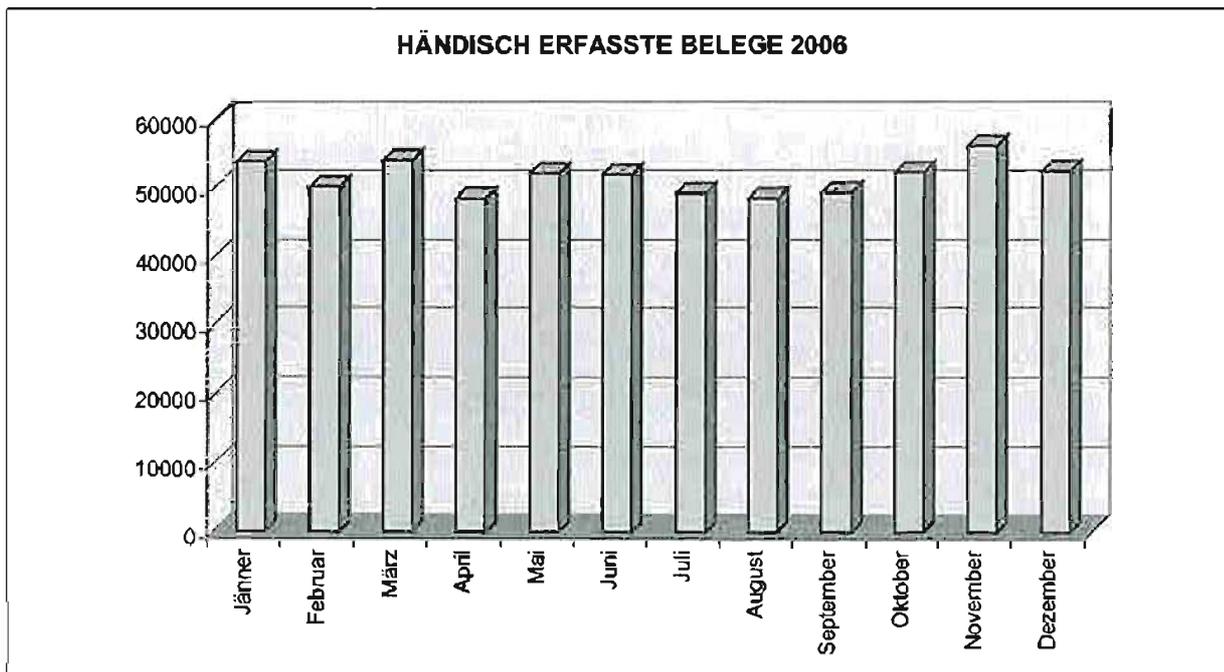
I. **Gesetzänderungen betreffend den Zahlungsverkehr**

1. Einführung einer Erlagscheingebühr

Beitragsschuldner haben die Möglichkeit die Beiträge entweder durch Rechnungseinzug oder mittels Erlagschein einzuzahlen. Da die Bearbeitung händisch zu erfassender Erlagscheine mit einem größeren Verwaltungsaufwand verbunden ist, wird – wie auch bei privatwirtschaftlichen Unternehmen üblich – die Einführung einer Erlagscheingebühr angeregt. Bei einer Gebühr von EUR 1,00 pro Erlagschein wäre 2006 eine Gebühr von **EUR 618.819,00** vorgeschrieben worden.

HÄNDISCH ERFASSTE BELEGE 2006												
Jänner	Februar	März	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Dezember	Summe
53.870	50.215	54.108	48.518	52.141	52.012	49.220	48.555	49.319	52.281	56.120	52.464	618.819

(zur Berechnung wurden nur händisch erfasste Belege herangezogen, da wir bei den Vorschreibetrieben Erlagscheine zur Einzahlung versenden)

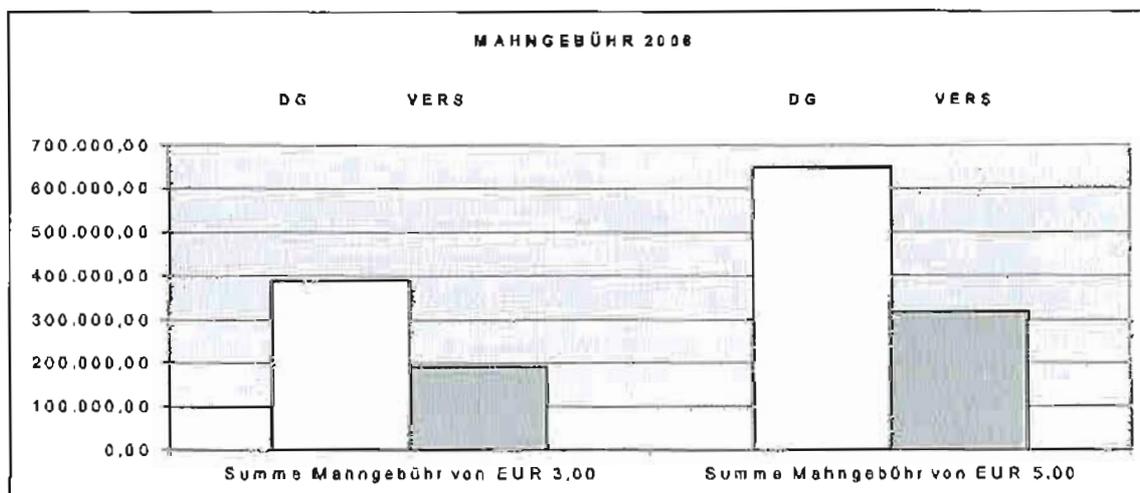


2. Wiedereinführung der Mahngebühr

Der mit der Mahnung verbundene Arbeits- und Kostenaufwand (Papier- und Portokosten, Personalkosten) muss derzeit von der gesamten Versicherungsgemeinschaft, somit auch von allen pünktlichen Zahlern mitgetragen werden. Es wird daher vorgeschlagen, die Kosten mittels Mahngebühr jenen Beitragschuldnern vorzuschreiben, die diesen Aufwand verursacht haben. Je nach Höhe der Mahngebühr von EUR 3,00 oder EUR 5,00 hätte sich 2006 eine Mahngebühr von insgesamt EUR 578.838,00 oder EUR 964.730,00 ergeben.

MAHN GEBÜHR 2006				
	Anzahl der Mahnungen	Summe des gemahnten Kapital	Summe Mahngebühr von EUR 3,00	Summe Mahngebühr von EUR 5,00
Lohnsummenverrechnung / LS	91.103	322.209.320,14	273.309,00	455.515,00
Vorschreibkonten / K1-4	37.983	43.458.388,26	113.949,00	189.915,00
Vorschreibkonten / HG+ HB*	464	247.251,75	1.392,00	2.320,00
gesamt Dienstgeber	129.550	365.914.960,15	388.650,00	647.750,00
Selbstversicherte / K7	36.020	2.525.945,24	108.060,00	180.100,00
GFB + 19a	27.376	3.269.007,08	82.128,00	136.880,00
gesamt Versicherte	63.396	5.794.952,32	190.188,00	316.980,00
gesamt alle Bereiche	192.946	371.709.912,47	578.838,00	964.730,00

*da 2007 auf monatliche Abrechnung umgestellt wird, wird sich die Anzahl der Mahnungen in diesem Bereich erhöhen
bei K1-4 und HG+HB fehlen die Dezember Werte



3. Anhebung der Verzugszinsen

Gemäß § 59 Abs. 1 Z 2 ASVG wird die Höhe der Verzugszinsen aus der Sekundärmarktrendite für Bundesanleihen zuzüglich 3 % gebildet. Die Höhe des Zinssatzes hat auch große generalpräventive Wirkung auf die „Kreditaufnahme“ bei der Sozialversicherung statt bei den Banken durch verspätete Zahlung von Beiträgen. Bei einer Anhebung der Zinsen um 2 % wäre der auf die Kasse entfallende Zinsanteil im Jahr 2006 um **EUR 7.026.369,47** höher gewesen.

VERZUGSZINSEN 2005 / 2006					
Jahr	Verzugszinsen	KV-Anteil	Prozentsatz	Differenz VZ	Differenz KV-Anteil
2005	24.987.003,19	4.477.288,16	6,33		
2006	20.833.185,48	3.747.550,49	5,93		
2005	32.881.790,93	5.812.955,82	8,33	7.894.787,74	1.335.667,66
2006	27.859.554,95	4.925.107,72	7,93	7.026.369,47	1.177.557,23

im Jahr 2006 fehlen die Werte aus dem Monat Dezember

4. Klarstellung der Zahlungswidmung

Im Gegensatz zum GSVG (§ 35 Abs. 1 GSVG) und BSVG (§ 33 Abs. 2 BSVG) fehlt im ASVG eine Regelung über die Verbuchung nicht gewidmeter Zahlungen. Im Einzelfall kann es für die Beitragsschuldner sehr wichtig sein, wenn mehrere Exekutionsverfahren anhängig sind und die Versteigerung der Betriebsmittel droht. In der derzeitigen Praxis werden ungewidmete Zahlungen für die älteste Schuld verbucht, eine Rechtsgrundlage im ASVG besteht dafür aber nicht. Eine gesetzliche Klarstellung wäre notwendig.

II. Gesetzänderungen zur Reduktion von Beitragsverlusten

1. Einführung einer Generalunternehmerhaftung

Im Jahr 2006 mussten allein bei der Wiener Gebietskrankenkasse Beitragsrückstände in Höhe von mehr als € 18 Millionen bei dubiosen Baufirmen als uneinbringlich abgeschrieben werden. Auf die Krankenversicherung entfällt darauf ein Anteil von rund **€ 3,2 Millionen**. Hauptgeschädigter sind Pensionsversicherungsträger die für die aufgelaufenen Versicherungszeiten keine Beitragseinnahmen erhalten. Die angeführte Summe von rund € 18 Millionen ist bereits um die vom Insolvenz-Ausfallgeldfonds zu tragenden Dienstnehmerbeitragsanteile reduziert. Der Fonds, der auch den Arbeitnehmern die offenen Forderungen ersetzt, gehört ebenfalls zu den Gläubigern, die durch diese gewerbsmäßigen Betrugsfälle geschädigt wurden.

Zur besseren praktischen Abwicklung wurde in Österreich der Auftragnehmerkataster Österreich (ANKÖ) als Datenschnittstelle zwischen Hauptverband und den Sozialversicherungsträgern eingerichtet. Bei Vorliegen einer datenschutzrechtlichen Genehmigung des betroffenen Unternehmens werden Auskünfte - über die Anzahl der Dienstnehmer und darüber ob die Beiträge entrichtet wurden - direkt an den ANKÖ übermittelt. Öffentliche Auftraggeber, aber auch Generalunternehmer, können sich auf diese Weise unbürokratisch aktuelle Werte einholen. Die Grundlage für eine derartige Haftungsregelung ist daher bereits vorhanden.

Im Interesse der Eindämmung des Sozialbetruges, des Verlustes erheblicher Sozialversicherungsmittel und der Sicherung des fairen Wettbewerbs im Wirtschaftsleben wäre eine Schaffung einer Haftungsregelung dringend geboten.

Außerdem wäre es wichtig, die strafrechtlichen Bestimmungen zu verschärfen, weil die neu geschaffene Sozialbetrugsregelung des § 153 d StGB in der Praxis nicht ausreichend ist. Die vor einigen Jahren vom Gesetzgeber durchgeführte „Entkriminalisierung“ führt auch dazu, dass das weitere „Schulden machen“ trotz bestehender Zahlungsunfähigkeit und somit auch die Weiterbeschäftigung von Dienstnehmern bei materiell insolventen Unternehmen grundsätzlich straflos wurde und der Sozialversicherung dadurch erhebliche finanzielle Schäden entstehen.

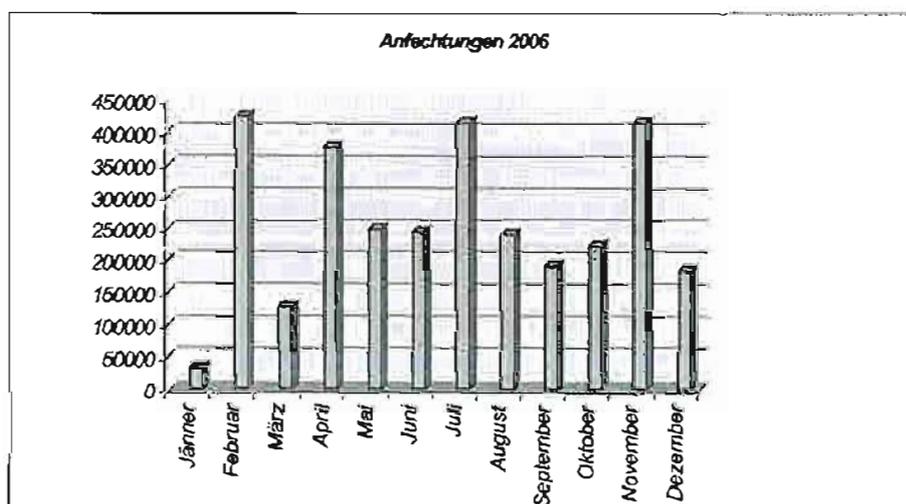
Folgende neue Formulierung des § 159 Abs.5 Z 6 StGB wird vorgeschlagen:

„In Kenntnis bzw. fahrlässiger Unkenntnis seiner Zahlungsfähigkeit in Fortsetzung seiner unternehmerischen Tätigkeit weitere Schulden eingetragene ohne rechtzeitige Sanierungsmaßnahmen einzuleiten.“

2. Reduktion der Rückzahlungssummen im Konkursverfahren durch Einschränkung der Anfechtungsbestimmungen

In der Praxis werden von den Masseverwaltern sehr oft Beträge rückgefordert, die vor der Konkurseröffnung vom Beitragsschuldner an die Kasse geleistet wurden. Im Jahr 2006 mussten insgesamt Beträge von EUR 3.117.851,21 an Konkursmassen rücküberwiesen werden und gingen somit der Sozialversicherung verloren.

ANFECHTUNGEN 2006												
Jänner	Februar	März	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Dezember	Summe
33.381,59	423.284,79	128.503,54	377.351,70	247.846,84	244.025,77	413.618,78	238.930,34	191.544,75	222.001,25	414.013,64	183.368,22	3.117.851,21



Die Kassen gehören in der Praxis zu den „beliebtesten“ Anfechtungsgegnern, weil sie aufgrund der Gesetzeslage zum Teil schlechter gestellt sind als private Gläubiger. Beispielsweise gelten alle Zug - um - Zug gegen eine Gegenleistung erbrachten Zahlungen grundsätzlich als nicht anfechtbar. Dazu gehören nach ständiger Judikatur laufende Zahlungen für Miete, Strom, an Lieferanten, Arbeitnehmer usw. . Nur bei Sozialversicherungsträger und Finanzbehörden bezweifelt die Rechtsprechung das Vorliegen von Zug - um - Zug Leistungen selbst für laufende Beiträge, weil es sich nicht um eine vertragliche sondern um eine öffentlich-rechtliche Forderung handelt. Diese nicht gerechtfertigte Schlechterstellung von öffentlich rechtlichen Gläubigern sollte dringend durch eine Gesetzesregelung ausgeglichen werden.

Die Position der Sozialversicherungsträger ist gegenüber sonstigen Gläubigern auch durch das Prinzip der Pflichtversicherung, die eine Leistungserbringung auch ohne Beitragszahlung vorsieht, erschwert . Kein Lieferant würde bei ständigem Anwachsen der Schuld noch Leistungen erbringen, keine Bank ihren Kreditrahmen ausweiten. Dieser Sonderstellung durch die Pflichtversicherung müsste dadurch Rechnung getragen werden, in dem Zahlungen an Sozialversicherungsträger nur unter besonderen Umständen zurück gefordert werden dürfen.

Textvorschlag:

§ 65 Abs.1 ASVG letzter Satz (neu):

„Die Anfechtungsbestimmungen der §§ 27 ff Konkursordnung sind mit der Maßgabe anwendbar, dass Zahlungen für laufende Beiträge als Zug – um – Zug Zahlungen zu qualifizieren sind und die Entgegennahme von Zahlungen für Beiträge, die der Sozialversicherungsträger in der Art und in der Zeit zu beanspruchen hatte unter Berücksichtigung der Pflichtversicherung und der Leistungspflicht des Sozialversicherungsträgers anderen Gläubigern gegenüber nicht als Begünstigung anzusehen sind.“

III. Sonstige Maßnahmen

1. Gleichstellung der Sozialversicherungsträger mit den Finanzbehörden bei Haftungsregelungen

Im Gegensatz zur Bundesabgabenordnung fehlen im ASVG wichtige Haftungsregelungen. Dazu gehören textliche Ergänzungen bei der Haftung von Vertretungsorganen und bei Personenhandelsgesellschaften.

Derzeit müssen die Sozialversicherungsträger mangels Möglichkeit im Verwaltungsverfahren derartige Ansprüche im teureren Zivilprozess geltend machen.

Textvorschlag:

§ 35 Abs. 4 neu (der bisherige Abs. 4 wird zu Abs. 5 neu) hätte zu lauten:

„(4) Die Vertreter juristischer Personen, die gesetzlichen Vertreter natürlicher Personen und die Vermögensverwalter (§ 80 BAO) haben alle Pflichten zu erfüllen, die den von ihnen vertretenen obliegen und sind befugt, die diesen zustehenden Rechte wahrzunehmen. Sie haben insbesondere dafür zu sorgen, dass die Beiträge jeweils bei Fälligkeit aus den Mitteln, die sie verwalten, entrichtet werden.“

§ 67 Abs.10 Z 1 hätte zu lauten:

„1. Die zur Vertretung juristischer Personen oder Personenhandelsgesellschaften (offene Gesellschaft, Kommanditgesellschaft) berufenen Personen, diejenigen Personen, denen diese Vertretungsmacht tatsächlich zukommt und die gesetzlichen Vertreter natürlicher Personen (§ 35 Abs. 4 ASVG) haften im Rahmen ihrer Vertretungsmacht neben den durch sie vertretenen Beitragsschuldern für die von diesen zu entrichtenden Beiträge insoweit, als die Beiträge infolge schuldhafter Verletzung der den Vertretern auferlegten Pflichten nicht eingebracht werden können. Vermögensverwalter haften, soweit ihre Verwaltung reicht, entsprechend.“

§ 67 Abs.10 Z 2 hätte zu lauten:

„2. Eine schuldhafte Pflichtverletzung ist insbesondere dann anzunehmen, wenn die in Ziffer 1 bezeichneten Vertreter die vorhandenen Mittel nicht anteilig für die Begleichung aller Verbindlichkeiten verwenden und die Beitragsschulden in geringerem Ausmaß befriedigen als die sonstigen Gesellschaftsschulden.“

2. Erweiterung der Geltendmachung von Dienstnehmerbeitragsanteilen beim Insolvenz-Ausfallgeld-Fonds

Gemäß § 13a Abs. 2 IESG schuldet der Insolvenz-Ausfallgeld-Fonds dem zur Beitragseinhebung zuständigen Sozialversicherungsträger die Dienstnehmerbeitragsanteile zur gesetzlichen Sozialversicherung soweit diese bis längstens 2 Jahre vor der Konkureröffnung rückständig sind.

Hat ein Dienstgeber Meldepflichten verletzt und beispielsweise Schwarzarbeiter beschäftigt, können gemäß § 68 Abs. 1 ASVG Beiträge bis 5 Jahre zurück nachverrechnet werden. Es wird daher angeregt die Geltendmachungspflicht beim IAF der Verjährungsbestimmung des § 68 Abs. 1 ASVG anzugleichen.

Vollständigkeitshalber wird noch angeführt, dass der Insolvenz-Ausfallgeld-Fonds derzeit nur die Dienstnehmerbeitragsanteile zur gesetzlichen Sozialversicherung (Kranken- und Pensionsversicherung) ersetzt. Im Falle einer Gesetzesänderung bezüglich der Dienstnehmerbeitragsanteile zur Arbeitslosenversicherung wären mit diesbezüglichen Mehreinnahmen für den Bereich der Arbeitslosenversicherung von bis zu EUR 858.755,64 zu rechnen.

3. Änderung im Vergaberecht

Durch die Verschärfung im neuen Vergaberecht ist auch eine Prüfung der Eignung von Subunternehmen ausdrücklich vorgesehen. Es sollte im Gesetz klargestellt werden, dass es sich diesbezüglich um eine Schutznorm handelt, aus der auch geschädigte Dritte, wie z.B. Sozialversicherungsträger, Schadenersatzansprüche ableiten können.

IV. Entlastung der Sozialversicherungsträger von Gerichtskosten

Entfall der gerichtlichen Pauschalgebühren

Mit 1.10.1999 wurde die in § 110 ASVG enthalten gewesene Gebührenbefreiung der Sozialversicherungsträger in Zivil- und Exekutionsverfahren aufgehoben. Seither müssen bei sämtlichen Exekutionsanträgen Pauschalgebühren an die Gerichte angewiesen werden. Durch die neuerliche Einführung dieser Gebührenbefreiung hätte sich die Kasse allein im Jahr 2006 Pauschalgebühren von EUR 1.687.231,84 erspart.

Gerichtsgebühren 2005	EUR 1.635.102,89
Gerichtsgebühren 2006	EUR 1.687.231,84

Weise darauf hin, dass es sich um einen vorläufigen Wert für 2006 handelt, der sich im Zuge der Jahresabschlussarbeiten noch ändern kann.

V. Zusammenfassung

In der Praxis werden im Justizbereich immer wieder Arbeitsgruppen aus Vertretern der Ministerien, der Sozialpartner und der betroffenen Stellen eingesetzt, um Gesetzänderungen zu diskutieren und praktikable Lösungen zu finden. Es wird daher empfohlen auch in diesem Fall die Bildung einer Arbeitsgruppe anzuregen, um die vorgeschlagenen Gesetzänderungen besprechen zu können.

Mit freundlichen Grüßen

Wiener Gebietskrankenkasse
 Der leitende Angestellte: Der Obmann: