

Erläuterungen

Allgemeiner Teil

Zu den Art. 1 bis 8 (Änderung der Sozialversicherungsgesetze):

Im Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz und im Bundesministerium für Gesundheit ist eine Vielzahl von Anregungen zur Novellierung der Sozialversicherungsgesetze vorgemerkt, wobei es sich in erster Linie um Vorschläge der Sozialversicherungsträger und des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger handelt. Sie dienen vor allem der Anpassung an die Rechtsentwicklung. Diesen Änderungsanregungen ist der gegenständliche Gesetzentwurf gewidmet.

Im Bereich des Sozialressorts beinhaltet der Entwurf im einzelnen folgende Maßnahmen:

- 1) Neuordnung der Pflichtversicherung von Personen, die bei Berufsvertretungsbehörden und bei internationalen Organisationen beschäftigt sind;
- 2) Vervollständigung der Auflistung der durch das ASVG, GSVG und BSVG umgesetzten EU-Richtlinien;
- 3) Übernahme der amtlichen Verlautbarungen der Sozialversicherung in das Rechtsinformationssystem des Bundes;
- 4) Normierung, dass Einkünfte aus nebenberuflicher notärztlicher Tätigkeit die Beitragspflicht nach dem FSVG begründen
- 5) Einfrierung der Höhe des Haftungsbetrages nach den Bestimmungen der AuftraggeberInnen-Haftung mit (höchstens) 20 % des geleisteten Werklohnes;
- 6) Einordnung der Teilpflichtversicherungszeiten nach § 3 Abs. 1 Z 2 APG in den Katalog der Beitragszeiten;
- 7) Anpassungen im Überweisungsrecht für „vollharmonisierte“ Bundesbeamte und Bundesbeamtinnen;
- 8) Umsetzung von Anregungen des Rechnungshofes im Bereich der Vermögensanlage;
- 9) Einräumung einer Vorverlegung der Aufhebung der täglichen Geringfügigkeitsgrenze durch Schaffung einer entsprechenden Verordnungsermächtigung für den Bundesminister für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz;
- 10) Statuierung, dass für die Ermittlung der Versicherungsgrenze für die neuen Selbständigen allein die Einkünfte aus den die Pflichtversicherung nach dem GSVG begründenden Erwerbstätigkeiten maßgeblich sind;
- 11) Festlegung des Endes und des Wiederbeginnes der Pflichtversicherung für die neuen Selbständigen im Fall eines Insolvenzverfahrens über das Vermögen der versicherten Person;
- 12) Klarstellungen im GSVG bezüglich der Anrechnung von Zahlungen auf die Beitragsschuld und bezüglich der Verrechnung von fälligen Beträgen mit einem Guthaben;
- 13) Statuierung, dass die Einforderungsverjährung in den Fällen des § 35c GSVG für die Dauer des Verlassenschaftsverfahrens gehemmt ist;
- 14) Statuierung, dass bei der Berechnung der Witwen(Witwer)pension nach dem GSVG in Fällen der Altersteilzeit die Summe der Beitragsgrundlagen nach § 44 Abs. 1 Z 10 ASVG heranzuziehen ist, wenn diese das gleichzeitig bezogene Erwerbseinkommen übersteigt;
- 15) Statuierung der Verlegung der Landesstelle Niederösterreich der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft nach St. Pölten;
- 16) Einführung einer gesetzlichen Vermutung über den Beginn der Bewirtschaftung von geförderten Flächen, die der Sozialversicherungsanstalt der Bauern erst durch den Datenabgleich mit der AMA bekannt werden, wenn die versicherte Person die Melde- bzw. Auskunftspflichten verletzt hat;
- 17) Ausweitung der Regelung über die beitragsrechtliche Feststellung von Einkünften bei fehlenden oder unvollständigen Unterlagen auf die Bewirtschaftung von Teilflächen, die keinen Einheitswert aufweisen;
- 18) Regelung der Berücksichtigung bzw. Nichtberücksichtigung von Zu- und Abschlägen nach dem Bewertungsgesetz 1955 für öffentliche Direktzahlungen („Förderungen“) bei der Ermittlung des Versicherungswertes nach dem BSVG;

- 19) Anpassung der Rechtsgrundlage für den Datenfluss zwischen den Finanzbehörden und der Sozialversicherungsanstalt der Bauern an die Änderungen der Hauptfeststellung nach dem Bewertungsgesetz 1955;
- 20) Klarstellungen im Zusammenhang mit den im Rahmen des Abgabenänderungsgesetzes 2012 geschaffenen Währungsbestimmungen, durch die Veränderungen in der Pflichtversicherung nach dem BSVG ausschließlich auf Grund der neuen Hauptfeststellung der Einheitswerte vermieden werden (können);
- 21) Festlegung des Angehörigenbegriffes im NVG durch eine Legaldefinition;
- 22) Klarstellungen in Bezug auf die Berücksichtigung von Fremdleistungen bei der Ermittlung der Beitragsgrundlage nach dem NVG;
- 23) Ermöglichung der freiwilligen Weiterversicherung in der Pensionsversicherung trotz Pflichtversicherung in einem anderen Staat;
- 24) Regelung der Zusammenrechnung von österreichischen Pensionsversicherungszeiten mit Beschäftigungszeiten bei internationalen Organisationen und Einrichtungen der EU;
- 25) Normierung des Ruhens des Umschulungsgeldes nach dem AIVG bei Bezug von Übergangsgeld aus der gesetzlichen Unfallversicherung;
- 26) Beseitigung von Redaktionsversehen und Klarstellungen redaktioneller Art.

Im Bereich des Gesundheitsressorts beinhaltet der Entwurf im einzelnen folgende Maßnahmen:

- 1) Ausnahme der GesellschafterInnen-GeschäftsführerInnen einer Rechtsanwalts-GmbH von der Teilversicherung in der Kranken- und Unfallversicherung;
- 2) Einbeziehung der fachkundigen Laienrichterinnen und Laienrichter an den Verwaltungsgerichten sowie am Bundesfinanzgericht sowie der fachmännischen und fachkundigen Laienrichterinnen und Laienrichter nach dem Patent- und Kartellgesetz in die Teilversicherung in der Unfallversicherung;
- 3) Schaffen von Erleichterungen für Personen, die sich auf Grund der Pflege eines behinderten Kindes in der Krankenversicherung selbstversichern wollen: Ermöglichung der Inanspruchnahme der Selbstversicherung auch unmittelbar im Anschluss an eine Versicherung nach dem GSVG oder BSVG durch Entfall der Sperrfristregelung sowie Entfall der dreimonatigen Wartezeit für die Inanspruchnahme von Leistungen aus der Krankenversicherung;
- 4) Vornahme eines Lückenschlusses im Bereich der Selbstversicherung pflegender Angehöriger;
- 5) generelle Übertragung der Zuständigkeit der Vollziehung der Teilversicherung in der Unfallversicherung für Personen mit Behinderung, die in den von den Ländern anerkannten Einrichtungen der Beschäftigungstherapie tätig sind, an die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt;
- 6) Änderungen im Bereich des Service-Entgelts: Einhebung des Service-Entgelts von Rehabilitationsgeldbezieherinnen und -bezieher;
- 7) Anpassung der Entgeltfortzahlungszuschussregelung an Erfordernisse der Praxis;
- 8) Absenkung des Unfallversicherungsbeitragssatzes für Eisenbahnbedienstete;
- 9) Umsetzung von Anregungen des Rechnungshofes im Bereich der Ausfallhaftung des Bundes für die Mindestsicherung;
- 10) Vornahme eines Lückenschlusses im Bereich des entfallenen Pensionsvorschlusses;
- 11) Normierung der Bindungswirkung von Regelungen, an die sich die Sozialversicherungsträger im Rahmen der Gesundheitsreform zu halten haben;
- 12) Normierung einer automatisationsunterstützten Meldung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten durch die Unfallversicherungsträger an die Arbeitsinspektorate bzw. die Land- und Forstwirtschaftsinspektionen;
- 13) Entfall des Erfordernisses der österreichischen Staatsbürgerschaft für die Ausübung der Funktion als Versicherungsvertreterin oder Versicherungsvertreter sowie des Wohnsitzerfordernisses im Sprengel des jeweiligen Versicherungsträgers für die als VersicherungsvertreterInnen tätigen Bediensteten von Gebietskörperschaften;
- 14) gesetzliche Verankerung von Geldleistungsansprüchen in der Krankenversicherung für die in der Abteilung „B“ versicherten Bediensteten der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau;
- 15) Anpassung des Rückforderungstatbestandes im B-KUVG;
- 16) Vornahme redaktioneller Anpassungen.

Zu den Art. 9 und 10 (Änderung des Mutterschutzgesetzes 1979 und des Väter-Karenzgesetzes):

Im Mutterschutzgesetz und im Väter-Karenzgesetz wird ein Anspruch auf Karenz für Pflegeeltern ohne Adoptionsabsicht eingeführt. Daraus ergibt sich für diese Pflegeeltern auch ein Anspruch auf Elternteilzeit.

Zu Art. 11 (Heeresentschädigungsgesetz):

Bei der Regierungsklausur in Schladming am 26. und 27. September 2014 wurden nach erfolgter Aufgabenkritik Maßnahmen für ein effizienteres Verwaltungshandeln festgelegt. Es wurde dabei auch in Aussicht genommen, den Vollzug der Agenden des Heeresversorgungsgesetzes (HVG) an die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA) zu übertragen. Ein entsprechender Ministerratsbeschluss erfolgte am 30. September 2014.

Nach den Bestimmungen des HVG werden Gesundheitsschädigungen, die Soldaten und Soldatinnen insbesondere infolge des Präsenz- oder Ausbildungsdienstes erleiden, finanziell entschädigt. Über die Verfahren nach dem HVG entscheidet das Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen. Zum 1. Jänner 2015 standen 1 818 Beschädigte und Hinterbliebene im Bezug von Rentenleistungen nach dem HVG. Die Rentenleistungen werden nach unfallversicherungsrechtlichen Kriterien bemessen. Zuletzt kam es jährlich zu etwa 30 neuen Rentenzuerkennungen.

Leistungen für Unfallfolgen werden auch im Rahmen der gesetzlichen Sozialversicherung erbracht. Die Unfallversicherung nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG) wird von der AUVA vollzogen. Von der AUVA werden gegenwärtig mehr als 70 000 Renten (Versehrten- und Hinterbliebenenrenten) erbracht.

Mit dem vorliegenden Entwurf soll die Abwicklung der staatlichen Leistungen für geschädigte Präsenzdiener und weitere nach dem HVG anspruchsberechtigte Personen der AUVA übertragen werden, es soll ein Vollzug durch die AUVA im übertragenen Wirkungsbereich stattfinden. Die Übertragung soll mit einem Heeresentschädigungsgesetz (HEG) erfolgen, gleichzeitig soll das HVG aufgehoben werden.

Künftig sollen die geschädigten Präsenzdiener und sonstigen Anspruchsberechtigten (der Personenkreis entspricht jenem des HVG) grundsätzlich den gesetzlich Unfallversicherten gleichgestellt werden und nach dem HEG die Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung nach dem ASVG (Versehrten- und Hinterbliebenenrente, Unfallheilbehandlung, Rehabilitation) von der AUVA zuerkannt erhalten.

Ebenso soll die AUVA künftig auch für die Abwicklung der diversen gesetzlichen Leistungsansprüche (Rente, sonstige Dauerleistungen, einkommensabhängige Leistungen) der bereits nach dem HVG anerkannten Anspruchsberechtigten zuständig sein. Deren Ansprüche sollen gewahrt werden und die Renten und sonstigen wiederkehrenden Geldleistungen weiterhin jährlich angepasst werden. Die Renten nach dem HVG sollen künftig als Versehrten- und Hinterbliebenenrenten nach dem ASVG gelten, wobei eine Änderung einer aus dem HVG übergeleiteten Rente nur bei wesentlichen Änderungen in den Verhältnissen im Sinne des ASVG erfolgen soll. Die nach dem HVG zuerkannte Rentenhöhe soll (inklusive Anpassung) somit auch weiterhin gebühren bzw. betragsmäßig gewahrt bleiben, sofern keine wesentliche Besserung im Gesundheitszustand eintritt. Bei den von der AUVA zu übernehmenden einkommensabhängigen Leistungen nach dem HVG soll keine Neubemessung, aber eine Einstellung der Leistung bei Überschreitung einer Einkommensgrenze vorgesehen werden. Die Gewährung bestimmter einzelner Leistungen im Bereich der Heilfürsorge nach dem HVG ist dem Unfallversicherungsrecht fremd und soll daher in der Kompetenz des Bundesamtes für Soziales und Behindertenwesen verbleiben.

Durch die Übertragung der Agenden an die AUVA sind auf Grund deren enormer Erfahrungen im Unfallversicherungsrecht erhebliche Synergieeffekte bei der Administration der Einzelfälle zu erwarten. Dadurch wird auch eine Reduktion im Bereich des Personalbedarfes erreicht werden können. Der Leistungsaufwand für das HEG und der Vollzugsaufwand (Personal und EDV) sollen der AUVA vom Bund ersetzt werden.

Kompetenzgrundlage:

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

Besonderer Teil

Zu Art. 1 (Änderung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes), Art. 2 (Änderung des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes), Art. 3 (Änderung des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes), Art. 4 (Änderung des Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes) und Art. 5 (Änderung des Freiberuflichen-Sozialversicherungsgesetzes):

Zu Teil 1 (BMAŠK) und Art. 5:

Zu Art. 1 Z 1, 4 und 23 (§§ 3 Abs. 2 lit. f, 5 Abs. 1 Z 9 und 694 Abs. 3 ASVG):

Die Pflichtversicherung von Personen, die bei einer Berufsvertretungsbehörde eines Staates (v. a. diplomatische und konsularische Vertretungsbehörden, bisher „amtliche Vertretung“ genannt) in und außerhalb Österreichs bzw. die von sonstigen Dienstgebern mit „exterritorialem“ Status (v. a. internationale Organisationen) beschäftigt werden (§ 3 Abs. 2 lit. f und § 5 Abs. 1 Z 9 ASVG), soll angesichts der bestehenden völkerrechtlichen Vereinbarungen neu geordnet werden.

Insbesondere ist es problematisch, dass die geltenden ASVG-Bestimmungen Sonderregelungen für österreichische Staatsangehörige enthalten und dadurch Auslegungsschwierigkeiten im Hinblick auf die in verschiedenen Rechtsakten enthaltenen Gleichbehandlungsverpflichtungen aufwerfen.

Die in diesem Zusammenhang relevanten völkerrechtlichen Regelungen enthalten zum Teil vom nationalen österreichischen Recht abweichende Zuständigkeitskriterien. Als Beispiel ist auf § 5 Abs. 1 Z 9 ASVG zu verweisen, wonach alle Bediensteten mit nicht österreichischer Staatsangehörigkeit, die bei einer Botschaft eines anderen Staates in Österreich beschäftigt sind, nicht der Pflichtversicherung unterliegen. Im Unterschied dazu befreit die Wiener Diplomatenkonvention (Wiener Übereinkommen über diplomatische Beziehungen, BGBl. Nr. 66/1966) zum Beispiel im Fall eines Mitglieds des Verwaltungs- und technischen Personals grundsätzlich nur jene Personen von der Zuständigkeit des Empfangsstaates (Österreich), die weder Angehörige des Empfangsstaates (also ÖsterreicherInnen) noch im Empfangsstaat (also in Österreich) ständig ansässig sind (Art. 37 Abs. 2). Ähnliche Regelungen enthält das Wiener Übereinkommen über konsularische Beziehungen, BGBl. Nr. 78/1969. Somit sind ständig ansässige Personen, die als Mitglieder des Personals einer Berufsvertretungsbehörde aufgenommen werden, zwar nach der Diplomatenkonvention nicht von den österreichischen Rechtsvorschriften befreit, unterliegen aber dennoch nicht der Pflichtversicherung nach dem ASVG, wenn sie nicht ÖsterreicherInnen sind. In diesen Fällen kann es somit zum Fehlen jeglichen Versicherungsschutzes kommen. Welche Personen genau als „ständig ansässig“ anzusehen sind, richtet sich nach der völkerrechtlichen Praxis. So werden zum Beispiel Personen, die zehn Jahre bei einer Berufsvertretungsbehörde beschäftigt sind, als unter diese Kategorie von Personen fallend betrachtet.

Die bestehenden Unterschiede beruhen darauf, dass die genannten Übereinkommen, die unmittelbar anwendbar (self-executing) sind, einerseits selbst Befreiungen von der Pflichtversicherung des Empfangsstaates für bestimmte Personengruppen vorsehen, andererseits aber auch weitergehende Ermächtigungen für die Empfangsstaaten enthalten, von denen Österreich teilweise Gebrauch gemacht hat (zum Beispiel eben in Bezug auf die in Österreich ständig ansässigen Staatsangehörigen anderer Staaten). Die vorgeschlagenen Änderungen sollen keine weitergehenden Rechte als nach den beiden Übereinkommen einräumen und nur jenen Personenkreis von der Pflichtversicherung in Österreich befreien, der nach den beiden Übereinkommen bereits befreit ist.

Bei österreichischen Vertretungsbehörden in einem anderen Staat kann die gegenteilige Wirkung eintreten. Österreichische Staatsangehörige, die in diesem Staat ständig ansässig sind, sind zwar nach § 3 Abs. 2 lit. f ASVG in Österreich nach dem ASVG versichert, mangels Befreiung von den Rechtsvorschriften des Empfangsstaates nach zum Beispiel der Diplomatenkonvention kann aber auch der Empfangsstaat eine Pflichtversicherung vorsehen. Diese Personen können daher doppelt (in beiden beteiligten Staaten) versichert werden.

Schwierig war auch die Frage zu beantworten, ob die durch EU-Recht oder ein bilaterales Abkommen über soziale Sicherheit erfassten Personen im Wege des darin enthaltenen Diskriminierungsverbotes (siehe etwa Art. 4 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, ABl. Nr. L 166 vom 30.04.2004 S. 1, zuletzt geändert durch die Verordnung (EU) Nr. 1372/2013, ABl. Nr. L 346 vom 20.12.2013 S. 27) wie österreichische Staatsangehörige zu behandeln sind oder nicht. Die bisherige Praxis nahm eine solche Gleichstellung an, sodass etwa französische Staatsangehörige, die bei der Algerischen Botschaft in Wien beschäftigt sind, im Wege der Gleichbehandlungsverpflichtung der zitierten Verordnung als in Österreich pflichtversichert galten; die Gleichbehandlung bei Beschäftigung bei einer österreichischen Botschaft in einem Drittstaat wurde in

den Abkommen in der Regel ausdrücklich ausgeschlossen (zum Beispiel Art. 4 Abs. 3 lit. c des österreichisch-indischen Abkommens über soziale Sicherheit, BGBl. III Nr. 60/2015). Der EuGH hat allerdings in C-179/13, Evans, EU:C:2015:12, entschieden, dass das Unionsrecht im Licht der einschlägigen Normen des Völkerrechtes auszulegen ist, das Bestandteil der Rechtsordnung der Union und für deren Organe bindend ist. Infolgedessen wird eine im nationalen Recht eines Mitgliedstaates vorgesehene Befreiung ausländischer Staatsangehöriger von der Sozialversicherung des Empfangsstaates nicht vom Unionsrecht überlagert. Eine in den Übereinkommen vorgesehene Befreiung von der Sozialversicherungspflicht für ausländische Staatsangehörige gilt somit auch für UnionsbürgerInnen und BürgerInnen des EWR sowie der Schweiz. Daher ist nunmehr davon auszugehen, dass die in Rede stehenden ASVG-Regelungen tatsächlich Sonderregelungen nur für österreichische Staatsangehörige sind. Dadurch wären etliche Personen nicht mehr von der österreichischen Pflichtversicherung erfasst (grundsätzlich in Österreich ständig ansässige und bei einer Botschaft oder einem Konsulat eines anderen Staates in Österreich beschäftigte UnionsbürgerInnen bzw. sonstige Personen, die durch ein Abkommen im Bereich der sozialen Sicherheit den österreichischen Staatsangehörigen gleichgestellt sind).

Das Wiener Übereinkommen über diplomatische Beziehungen, BGBl. Nr. 66/1966, und das Wiener Übereinkommen über konsularische Beziehungen, BGBl. Nr. 78/1969, sind self-executing und bedürfen grundsätzlich keiner Umsetzung durch Bundesgesetz. Durch die Aufhebung des § 5 Abs. 1 Z 9 ASVG sollen die darin vorgesehenen Befreiungen von der österreichischen Pflichtversicherung daher künftig unmittelbar angewendet werden und Unterschiede zwischen dem ASVG und diesen völkerrechtlichen Übereinkommen ausgeschlossen werden. Die Dienstgeber (Mitgliedstaaten) und der zuständige Träger haben in jedem Einzelfall das anwendbare Übereinkommen hinsichtlich bestehender Befreiungen auszulegen und dabei auch auf mögliche Vorbehalte, die in Bezug auf einzelne Bestimmungen der Übereinkommen von den betroffenen Staaten möglicherweise abgegeben wurden, Bedacht zu nehmen. Grundsätzlich sind somit künftig alle ständig ansässigen und von einer Berufsvertretungsbehörde eines anderen Staates in Österreich aufgenommene Personen nicht von der Pflichtversicherung nach dem ASVG befreit.

Bei den anderen Dienstgebern mit „exterritorialem“ Status handelt es sich vor allem um internationale Organisationen mit Amtssitz in Österreich. Zunächst ist zu berücksichtigen, dass nicht mehr von einer echten „Exterritorialität“ (im Sinne von nicht zum Hoheitsgebiet der Republik Österreich gehörig) dieser Dienstgeber gesprochen werden kann. Vielmehr werden diesen Organisationen in der Regel durch völkerrechtliche Abkommen (zum Beispiel durch ein Amtssitzabkommen) oder durch andere Rechtsquellen (nach dem Bundesgesetz über die Einräumung von Privilegien und Immunitäten, BGBl. Nr. 677/1977, können solche Vorrechte zum Beispiel auch durch Verordnung eingeräumt werden) Privilegien und Immunitäten eingeräumt, die eine Befreiung von der Hoheitsgewalt des Amtssitzstaates in dem darin festgelegten Umfang vorsehen. Sehr oft werden für bestimmte Gruppen von Dienstnehmer/innen auch Ausnahmen von der Pflichtversicherung in Österreich vorgesehen.

Die Befreiung von der österreichischen Pflichtversicherung soll sich auch hinsichtlich dieser anderen privilegienrechtlichen Regelungen nur nach deren genauem jeweiligen Umfang richten. Die vorgeschlagene Aufhebung des § 5 Abs. 1 Z 9 ASVG stellt auf Grund der unmittelbaren Anwendbarkeit auch der in Betracht kommenden völkerrechtlichen Vereinbarungen klar, dass spezielle völkerrechtliche Regelungen betreffend die Einräumung von Befreiungen von der Sozialversicherung für die von dieser Regelung erfassten Personen (also etwa im Verhältnis zum OPEC-Fonds auf Grund von Art. 26 in Verbindung mit Art. 17 des Amtssitzabkommens mit dem OPEC-Fonds, BGBl. Nr. 248/1982, nur für Personen, die nicht österreichische Staatsangehörige sind) der allgemeinen Verpflichtung zur Vollversicherung nach dem ASVG vorgehen. Personen, die von diesen privilegienrechtlichen Regelungen nicht erfasst sind (also etwa österreichische Staatsangehörige, die beim OPEC-Fonds beschäftigt werden), unterliegen somit (weiterhin) der Vollversicherung nach § 4 ASVG. Im Unterschied zur bisherigen Regelung gelten diese Befreiungen aber nicht automatisch, sobald einer Einrichtung (irgendwelche) Privilegien und Immunitäten eingeräumt wurden, die die „Exterritorialität“ der Einrichtung bewirken, sondern nur dann, wenn in der einschlägigen privilegienrechtlichen Regelung konkret die Befreiung von der österreichischen Sozialversicherung vorgesehen ist (der Status als internationale Organisation allein ist nicht ausreichend).

Gleichzeitig sollen DienstnehmerInnen, die bei einer Berufsvertretungsbehörde Österreichs in einem anderen Staat (oder von einer dort beschäftigten Person) beschäftigt sind, der österreichischen Pflichtversicherung nur dann unterliegen, wenn sie von den Vorschriften über soziale Sicherheit des Empfangsstaates befreit sind (§ 3 Abs. 2 lit. f ASVG). Auch bei diesen Personen scheint eine Beschränkung auf österreichische StaatsbürgerInnen im Hinblick auf die Regelungen der Diplomaten- oder Konsularkonvention nicht zweckmäßig zu sein. Diese Regelung wird vorrangig die im jeweiligen Empfangsstaat ständig ansässigen Personen betreffen. Sollte ein aus Österreich entsendetes Personal –

entgegen den Grundsätzen der Wiener Übereinkommen – nach lokalem Recht nicht von der Versicherungspflicht des Empfangsstaates befreit sein, stellt sich die Frage der Rangordnung zwischen der allgemeinen Entsenderegelung des § 3 Abs. 2 lit. d ASVG und lit. f dieser Regelung. Da bei Entsendung ein sehr starkes Bindeglied zu Österreich besteht, sollte für diesen Fall die Versicherungspflicht in Österreich beibehalten werden (der Vorrang der lit. d dieser Regelung wird daher in der Neufassung der lit. f ausdrücklich festgehalten), um diesen Personen nicht den Schutz durch die österreichische Sozialversicherung zu nehmen, obwohl dies weiterhin eine Doppelversicherung auslöst.

Ergänzend ist noch darauf hinzuweisen, dass durch diese Neuregelung die im EU-Recht enthaltenen Regelungen betreffend die Zuständigkeit für die Bediensteten bei den Vertretungsbehörden der Mitgliedstaaten innerhalb der EU (insbesondere die allgemeine Beamt/inn/en-Regelung des Art. 11 Abs. 3 lit. b der zitierten Verordnung) bzw. die entsprechenden bilateralen Sonderregelungen (zum Beispiel Art. 8 des österreichisch-mazedonischen Abkommens über soziale Sicherheit, BGBl. III Nr. 46/1998) weiterhin anwendbar bleiben. Aber auch bestehende Sonderregelungen betreffend die soziale Sicherheit der Angestellten von internationalen Organisationen (etwa das Beitrittsrecht zu jedem einzelnen Zweig der sozialen Sicherheit nach Art. 2 des Abkommens über soziale Sicherheit mit der UNIDO, BGBl. III Nr. 111/2010) bleiben unberührt. Diese sind weiterhin als Spezialnorm vorrangig anzuwenden.

Da die vorgeschlagenen Neuregelungen auf der einen Seite zum Eintritt von Versicherungen in Fällen, in denen dies bisher auf Grund der geltenden Rechtslage nicht der Fall war, und auf der anderen Seite zum Entfall einer bisher bestehenden Versicherung führen können, wird die Aufrechterhaltung der bisherigen Rechtslage vorgesehen, solange das maßgebende Dienstverhältnis aufrecht bleibt. Zusätzlich besteht die Möglichkeit eines Umstieges auf die neue Rechtslage, sofern eine entsprechende Erklärung binnen drei Monaten nach dem Inkrafttreten der Rechtsänderung abgegeben wird.

Zu Art. 1 Z 2 und 3, Art. 2 Z 1 und 2 sowie Art. 3 Z 1 und 2 (§ 3b ASVG; § 1c GSVG; § 1c BSVG):

Mit dem EU-Patientenmobilitätsgesetz, BGBl. I Nr. 32/2014, wurde begonnen, in die Sozialversicherungsgesetze eine Regelung aufzunehmen, die jene EU-Richtlinien aufzählt, die mit diesen Gesetzen umgesetzt werden.

Durch die vorgeschlagene Ergänzung der Liste soll diese Aufzählung im Bereich des ASVG aus derzeitiger Sicht vervollständigt werden. Aus diesem Anlass sollen auch die entsprechenden Regelungen im GSVG und BSVG überarbeitet werden. Allerdings empfiehlt es sich in diesen Gesetzen generell auf die Liste des ASVG zu verweisen, sofern sich die dort genannten Richtlinien auch auf die von den Sozialversicherungsgesetzen der selbständig Erwerbstätigen erfassten Personen bzw. Zweige der Sozialversicherung beziehen.

Änderungen oder Anpassungen des österreichischen Sozialversicherungsrechtes sind nicht erforderlich, da dieses bereits derzeit den angeführten Richtlinien (die vor allem verschiedene Gleichbehandlungsverpflichtungen im Bereich der sozialen Sicherheit vorsehen) entspricht.

Zu Art. 1 Z 5 und Art. 4 Z 1 (§ 11 Abs. 3 lit. b ASVG; § 7 Abs. 2 Z 2 B-KUVG):

Mit der Dienstrechtsnovelle 2015, BGBl. I Nr. 65/2015, wurde das Institut des Frühkarenzurlaubes für Väter dahingehend erweitert, dass nunmehr auch Personen, die in einer gleichgeschlechtlichen Lebensgemeinschaft leben und sich Zeit für das Baby nehmen wollen, einen Rechtsanspruch auf unbezahlten Karenzurlaub in der Dauer von bis zu vier Wochen haben („Babyonat“). Gleichzeitig wurde für Personen, die ein Kind adoptieren, das das zweite Lebensjahr noch nicht vollendet hat, die Möglichkeit der Inanspruchnahme eines Frühkarenzurlaubes geschaffen.

Mit den vorgeschlagenen Änderungen werden die einschlägigen Bestimmungen des ASVG und des B-KUVG an diese Änderungen angepasst.

Zu Art. 1 Z 6 und 10 (§§ 14 Abs. 1 Z 1 und 51 Abs. 1 Z 1 lit. a ASVG):

Das Schauspielergesetz aus dem Jahr 1922 ist mittlerweile zur Gänze im Theaterarbeitsgesetz aufgegangen. Aus Gründen der Rechtsklarheit sollen daher die Bezugnahmen auf das Schauspielergesetz in Bezugnahmen auf das Theaterarbeitsgesetz umgewandelt werden.

Zu Art. 1 Z 7, 18 und 20 (§§ 31 Abs. 9a, 347 Abs. 5 und 631 Abs. 2 ASVG):

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger betreibt seit dem Jahr 2002 ein eigenes elektronisches Kundmachungssystem für die amtlichen Verlautbarungen der Sozialversicherung unter der Webadresse www.avsv.at; dieses System wurde auf Grund der Erfahrungen der 1990er-Jahre aus der elektronischen Rechtsdokumentation www.sozdok.at entwickelt. Nach § 31 Abs. 4 Z 6 ASVG hat der Hauptverband dieses Kundmachungssystem technisch zu betreiben.

Das Rechtsinformationssystem des Bundes (RIS) einschließlich des Workflow-Systems „e-Recht“ baut auf den Erfahrungen aus dem System des Hauptverbandes auf; diese Erfahrungen waren auch die wesentliche Grundlage für das Kundmachungreformgesetz 2004, BGBl. I Nr. 100/2003.

In den letzten Jahren hat sich das RIS umfassend weiterentwickelt (vgl. insbesondere die Übernahme der amtlichen Verlautbarungen einiger Bundesländer).

Da es der Hauptverband nicht als Kernaufgabe ansieht, auf Dauer ein eigenes elektronisches Kundmachungssystem parallel zum RIS zu betreiben, hat der Vorstand am 23. September 2014 beschlossen, ab dem Jahr 2016 auch die amtlichen Verlautbarungen der Sozialversicherung im Rahmen des RIS zur Verfügung zu stellen. Dieser Beschluss soll nunmehr legislativ umgesetzt werden.

Im gegebenen Zusammenhang wird vorgeschlagen, aus Gründen der Zweckmäßigkeit den Beginn der rechtsverbindlichen Kraft der einschlägigen Normen mit Ablauf des Tages ihrer Kundmachung festzusetzen (§ 31 Abs. 9a ASVG), also gleich dem Beginn des In-Kraft-Tretens der Bundesgesetze (siehe Art. 49 Abs. 1 zweiter Satz B-VG). Der zweite Satz der zitierten ASVG-Bestimmung kann auf Grund der technischen Funktionen des RIS entfallen: Das Datum der Kundmachung wird vom System automatisch in den Metadaten abgespeichert, es erfolgt jedoch keine Speicherung der Uhrzeit der Freigabe.

In den §§ 347 Abs. 5 und 631 Abs. 2 ASVG soll zum Ausdruck kommen, dass die einschlägigen Daten ab 1. Jänner 2016 von der Website www.avsv.at an das RIS weitergeleitet werden.

Die aus der vorgeschlagenen Maßnahme resultierenden Synergieeffekte werden für den Hauptverband positive finanzielle Auswirkungen zeitigen.

Zu Art. 1 Z 8 (§ 42b Abs. 5 ASVG):

Mit dem „SBBG-Paket“, BGBl. I Nr. 113/2015, wurden die Krankenversicherungsträger im Rahmen einer Risiko- und Auffälligkeitsanalyse zu einer generellen Beobachtung der Dienstgeberlandschaft im Hinblick auf Anzeichen des Sozialmissbrauchs verpflichtet; die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse fungiert dabei als Kompetenzzentrum.

Mit der gegenständlichen Änderung wird in Bezug auf die einschlägige Datenverwendung (Festlegung der notwendigen Sicherheitsmaßnahmen) eine Zitierung richtig gestellt.

Zu Art. 1 Z 9 und Art. 5 Z 1 (§ 49 Abs. 3 Z 26a ASVG; § 2 Abs. 2 FSVG):

Eine professionelle notärztliche Versorgung der Bevölkerung ist von größter Wichtigkeit für ein funktionierendes Gesundheitswesen. Der Erhaltung der Strukturen dieser Versorgung kommt zweifelsohne ein besonderer Stellenwert in der Gesundheitspolitik zu. Gefährdet könnte diese Versorgung dadurch werden, dass sich immer weniger Ärztinnen und Ärzte bereitfinden, nebenberuflich dieser notärztlichen Tätigkeit nachzugehen, weil ihre Einkünfte aus dieser Tätigkeit sozialversicherungsrechtlich als Einkünfte aus unselbständiger Tätigkeit qualifiziert werden.

Aus diesem Grund sollen Entgelte aus der nebenberuflichen notärztlichen Tätigkeit für landesgesetzlich vorgesehene Rettungsorganisationen vom Entgeltbegriff des ASVG ausgenommen werden, zumal diese Tätigkeit – sowohl wenn sie von ansonsten freiberuflich tätigen Ärztinnen und Ärzten als auch von ansonsten unselbständig tätigen Spitalsärztinnen und Spitalsärzten ausgeübt wird – auch im Rahmen eines freien Dienstvertrages erbracht wird (also klar von der hauptberuflichen Tätigkeit festangestellter Notärztinnen und Notärzte unterschieden werden kann).

Unter einem wird die Unfall- und Pensionsversicherung der Ärztinnen und Ärzte nach dem FSVG um diese nebenberufliche Tätigkeit als Notarzt/Notärztin erweitert, sodass künftig Einkünfte aus der notärztlichen Tätigkeit die Beitragspflicht nach diesem Sozialversicherungsgesetz begründen.

Damit wird eine praxisgerechte Regelung geschaffen, die eine einfache Handhabung der Pflichtversicherung im Rahmen der freiberuflichen Tätigkeit der Ärztinnen und Ärzte ermöglicht.

Zu Art. 1 Z 11 (§ 67d ASVG):

Mit dem AuftraggeberInnen-Haftungsgesetz, BGBl. I Nr. 91/2008, wurde eine besondere Haftung von Auftrag gebenden Unternehmen in der Baubranche eingeführt. Die Höhe des Prozentsatzes für die Berechnung des (Höchst-)Ausmaßes der AuftraggeberInnen-Haftung bzw. die Höhe des (freiwillig geleisteten) Haftungsbetrages wurde mit 20% des geleisteten Werklohnes angesetzt (§ 67a Abs. 1 und 3 ASVG).

§ 67d ASVG sieht vor, dass dieser Haftungsbetrag gegebenenfalls durch Verordnung des Bundesministers für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Wissenschaft, Forschung und Wirtschaft neu festgesetzt wird.

Die AuftraggeberInnen-Haftung hat in den letzten Jahren einen großen Beitrag zur Vermeidung von unlauterem Wettbewerb, zum Erhalt von korrekt entlohnten Beschäftigungen sowie zu einer Steigerung der Beitragseinnahmen der Krankenversicherungsträger geführt und ist ein nicht zu unterschätzendes Instrument zur präventiven Bekämpfung von Sozialbetrug. In ihrer derzeitigen Ausprägung sind diese Haftungsbestimmungen absolut treffsicher.

Vor diesem Hintergrund und dem Umstand, dass durch das „SBBG-Paket“, BGBl. I Nr. 113/2015, verschärfte Maßnahmen gegen den Sozialbetrug normiert wurden, wird vorgeschlagen, die derzeit geltende Höhe des Haftungsbetrages mit (höchstens) 20% des geleisteten Werklohnes einzufrieren.

Zu Art. 1 Z 12 und 13, Art. 2 Z 20 und 21 sowie Art. 3 Z 11 und 12 (§§ 225 Abs. 1 Z 2a und 255 Abs. 7 ASVG; §§ 115 Abs. 1 Z 2a und 133 Abs. 6 GSVG; §§ 106 Abs. 1 Z 2a und 124 Abs. 4 BSVG):

Im Zuge der Schaffung des Pensionskontos durch das Pensionsharmonisierungsgesetz, BGBl. I Nr. 142/2004, wurden die bisherigen Ersatzzeiten nach den §§ 227 und 227a ASVG, 116 und 116a GSVG und 107 und 107a BSVG (für Zeiten der Kindererziehung, des Präsenz- oder Zivildienstes, des Kranken-, Wochengeld- oder Übergangsgeldbezuges oder des Bezugs einer Leistung aus der Arbeitslosenversicherung) durch neue Teilpflichtversicherungen (vgl. die §§ 8 Abs. 1 Z 2 lit. a bis g ASVG, 3 Abs. 3 GSVG und 4a BSVG) ersetzt, da es in einem Pensionskonto keine Ersatzzeiten geben kann. Jeder „verbuchten“ Beitragsgrundlage muss ja ein zugehöriger Beitrag entsprechen. Die Beitragslast für die neuen Teilpflichtversicherungen wird von der öffentlichen Hand getragen. Sie gelten nur für Personen, für die ein Pensionskonto einzurichten ist (also die ab dem 1. Jänner 1955 Geborenen, vgl. § 1 Abs. 3 APG), für alle anderen (das sind die vor dem 1. Jänner 1955 Geborenen) sind weiterhin die bisherigen Ersatzzeitenregelungen anzuwenden (siehe die §§ 617 Abs. 3 ASVG, 306 Abs. 3 GSVG und 295 Abs. 3 BSVG).

Diese neuen Teilpflichtversicherungszeiten gelten als Versicherungszeiten nach § 3 APG (infolge des Entfalls von Ersatzzeiten im Pensionskontorecht spricht das APG nur von Pflichtversicherungszeiten, macht aber keinen Unterschied zwischen Beitrags- und Ersatzzeiten). Diese neue Systematik schafft besondere Schwierigkeiten bei der Einordnung in die Systematik des „Altrechts“.

Die Teilpflichtversicherungszeiten wurden nach der Judikatur des Obersten Gerichtshofes (OGH) nicht als „Beitragsmonate“ für die Erfüllung der sogenannten ewigen Anwartschaft nach § 236 Abs. 4 ASVG bzw. der besonderen Voraussetzungen für die „originäre“ Invalidität nach § 255 Abs. 7 ASVG akzeptiert:

Aus primär gleichheitsrechtlichen Erwägungen hat der OGH die Auffassung vertreten, dass diese Teilpflichtversicherungszeiten nicht als Beitragszeiten für die Erfüllung der Wartezeit nach § 236 Abs. 4 Z 1 lit. a ASVG zu betrachten sind, weil „andernfalls (...) ein sachlich nicht rechtfertigbarer Unterschied zu jenen (vor dem 1. Jänner 1955 geborenen) Versicherten, für die weiterhin die Ersatzzeitenregelung des § 227 ASVG Anwendung findet“, bestünde (vgl. OGH 10 ObS 109/13x).

Nummehr soll durch die Aufnahme dieser neuen Teilpflichtversicherungszeiten in den Katalog der Beitragszeiten nach dem ASVG, GSVG und BSVG klargestellt werden, dass diese als Beitragszeiten im Sinne dieser Gesetze gelten und daher auch bei der „ewigen Anwartschaft“ nach § 236 Abs. 4 Z 1 lit. a ASVG zu berücksichtigen sind.

Unter einem wird klargestellt, dass die als Beitragszeiten zu qualifizierenden Teilpflichtversicherungszeiten nicht für die Erfüllung der Voraussetzungen für die sogenannte originäre Invalidität nach § 255 Abs. 7 ASVG (Erwerb von 120 Beitragsmonaten der Pflichtversicherung) heranzuziehen sind, da es hierfür solcher Beitragsmonate bedarf, die auf Grund einer Erwerbstätigkeit erworben wurden. Dies entspricht nicht nur der Intention dieser Regelung bei ihrer Einführung (vgl. die Erläuterungen zur Regierungsvorlage des 2. SVÄG 2003, 310 BlgNR XXII. GP, 17/18), sondern auch der einschlägigen Judikatur des OGH (vgl. OGH 10 ObS 145/10m und OGH 10 ObS 85/14v).

Der Umstand, dass die Verbesserung bei der „ewigen Anwartschaft“ nur jüngeren Versicherten, für die bereits das Pensionskontorecht gilt, zugute kommt, erscheint im Hinblick auf die Neuordnung der Versicherungszeiten in Anpassung an das Pensionskonto nicht bedenklich. Dieser Verbesserung stehen viele Regelungen gegenüber, die für Personen, die vor dem Jahr 1955 geboren wurden, nicht zur Anwendung kommen, was ihnen zum Vorteil gereicht.

Zu Art. 1 Z 14 bis 17 (§§ 308 Abs. 1a, 3a und 4 sowie 311 Abs. 9 ASVG):

Mit dem 2. Stabilitätsgesetz 2012 wurde für Bundesbeamtinnen und -beamte ab dem Jahrgang 1976 eine Kontoerstgutschrift im Pensionsgesetz 1965 geschaffen; damit gelten auch für diesen Personenkreis – wie für Bundesbeamtinnen und -beamte, die nach dem 31. Dezember 2004 in das pensionsversicherungsfreie Dienstverhältnis aufgenommen wurden – künftig ausschließlich die pensionsrechtlichen Regelungen nach dem APG und ASVG („vollharmonisierte“ Beamtinnen und Beamte, vgl. § 1 Abs. 14 des Pensionsgesetzes 1965).

Wie für die ab 2005 neu in das Beamtendienstverhältnis Aufgenommenen ist daher auch für diesen Personenkreis vorzusehen, dass sämtliche Versicherungszeiten (Beitrags- und Ersatzzeiten) Gegenstand der Überweisung aus Anlass der Aufnahme in das pensionsversicherungsfreie Dienstverhältnis sind. Da diese ab 1976 geborenen Beamtinnen und Beamten des Bundes zum Teil schon vor dem Jahr 2005 in das öffentlich-rechtliche Dienstverhältnis gewechselt sind, müssen nunmehr auf Grund der Kontoerstgutschrift und der in Folge zur Gänze geltenden Regelungen des Pensionskontorechts die Überweisungen für die seinerzeit nicht berücksichtigten Versicherungszeiten (es handelt sich dabei im Wesentlichen um Versicherungszeiten, die vor dem 18. Lebensjahr erworben wurden) nachgeholt werden. Die Kontoerstgutschriften sowohl im Beamten- als auch im ASVG-Bereich sind sodann entsprechend zu berichtigen.

Durch Einbeziehung dieser Personengruppe in den § 308 Abs. 1a ASVG erfolgt eine entsprechende Ergänzung des Überweisungsverfahrens unter systembereinigender Wirkung.

Unter einem sollen für die Gruppe der „vollharmonisierten“ Beamtinnen und Beamten zwei weitere Systembereinigungen vorgenommen werden.

Zum einen soll auch ermöglicht werden, für Zeiten einer Urlaubsentschädigung, die nach § 11 Abs. 2 ASVG die Pflichtversicherung verlängern, eine entsprechende Überweisung für die dadurch begründeten Versicherungszeiten zu ermöglichen. Derzeit scheidet eine Erfassung dieser Versicherungszeiten durch die Überweisungsregelung mitunter daran, dass nur Versicherungszeiten zu berücksichtigen sind, die bis zur Aufnahme in das pensionsversicherungsfreie Dienstverhältnis erworben wurden; Versicherungszeiten auf Grund der Verlängerung der Pflichtversicherung entstehen aber typischerweise nach Ende des dieser Aufnahme vorangehenden Versicherungsverhältnisses – und damit auch regelmäßig nach Begründung des öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnisses. Die Berücksichtigung dieser Versicherungszeiten im Überweisungsverfahren ist also ausdrücklich festzuschreiben.

Zum anderen steht vollharmonisierten Beamtinnen und Beamten auch die Höherversicherung nach § 20 ASVG im Beamtensystem offen. Nach § 308 Abs. 3 ASVG sind hingegen Höherversicherungsbeiträge aus Anlass der Aufnahme in das öffentlich-rechtliche Dienstverhältnis bei einer Überweisung nicht zu berücksichtigen, sondern zu erstatten. Eine spezielle Regelung für Beamtinnen und Beamte mit harmonisiertem Pensionsrecht fehlt derzeit. Es wird daher vorgeschlagen, einen Transfer auch der Höherversicherungsbeiträge aus Anlass des Systemwechsels (Aufnahme in und Austritt aus dem pensionsversicherungsfreien Dienstverhältnis) für harmonisierte Beamtinnen und Beamte in den §§ 308 Abs. 3a und 311 Abs. 9 ASVG vorzusehen.

Zu Art. 1 Z 19 und 23, Art. 2 Z 24 und 26, Art. 3 Z 13 und 25 sowie Art. 4 Z 2 und 4 (§§ 446 und 694 Abs. 4 ASVG; §§ 218 und 362 Abs. 4 GSVG; §§ 206 und 354 Abs. 3 BSVG; §§ 152 und 245 Abs. 2 B-KUVG):

Die vorgeschlagenen Änderungen basieren auf Anregungen des Rechnungshofes und des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger.

Die derzeit geltenden Bestimmungen über die Vermögensanlage durch die Versicherungsträger und den Hauptverband sollen dahingehend reformiert werden, das Ziel einer zinsbringenden Veranlagung um die Ziele der Anlagesicherheit und der Sicherstellung einer ausreichenden Liquidität zu ergänzen sowie Kriterien für die Gewährung einer Ausnahmegenehmigung zu definieren.

Übergangsrechtlich soll sichergestellt werden, dass Immobilienfonds im Ausmaß der bestehenden Veranlagung beibehalten werden können.

Zu Art. 1 Z 21 und 22, Art. 2 Z 25, Art. 3 Z 24 und Art. 4 Z 3 (§ 689 Abs. 1 und 1a ASVG; § 357 GSVG; § 349 BSVG; § 241 B-KUVG):

Im Meldepflicht-Änderungsgesetz, BGBl. I Nr. 79/2015, wurde die Abschaffung der täglichen Geringfügigkeitsgrenze mit 1. Jänner 2017 normiert. Nunmehr soll als Ergebnis des Arbeitsmarkt Gipfels der Bundesregierung vom 30. Oktober 2015 die Möglichkeit geschaffen werden, das Inkrafttreten der Aufhebung der täglichen Geringfügigkeitsgrenze entsprechend den technischen Vollziehungsvoraussetzungen durch Verordnung des Bundesministers für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz vorzuverlegen.

Zu diesem Zweck hat der Hauptverband den Bundesminister für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz bis längstens 29. Februar 2016 darüber zu informieren, wann die technischen Mittel für die Umsetzung dieser Aufhebung voraussichtlich zur Verfügung stehen werden. Über das tatsächliche Zur-Verfügung-Stehen dieser technischen Mittel hat der Hauptverband den Bundesminister für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz schriftlich zu informieren. Dieser hat sodann die Inkraftsetzungsverordnung unverzüglich zu erlassen.

Zu Art. 2 Z 3 und 4 (§§ 4 Abs. 1 Z 5 und 6 Abs. 4 Z 1 GSVG):

Nach der geltenden Rechtslage ist die Frage des Über- oder Unterschreitens der Versicherungsgrenze anhand der Beitragsgrundlage zu beurteilen. Neben den erzielten Einkünften sind also auch die im jeweiligen Jahr vorgeschriebenen Beiträge relevant.

Dies führte in der Vergangenheit zu grundsätzlichem Unverständnis bei den Versicherten, vor allem wenn die Einkünfte unter der Versicherungsgrenze lagen und nur die Hinzurechnung der Beiträge zur Überschreitung führte. Für weiteres Unverständnis sorgte oft auch die Tatsache, dass es sich bei den hinzugerechneten Beiträgen um solche handelt, die nicht für das entsprechende Beitragsjahr vorgeschrieben wurden, sondern für andere, nämlich für frühere Jahre.

Mit der vorgeschlagenen Änderung soll normiert werden, dass nur die Einkünfte für die Beurteilung des Überschreitens der Versicherungsgrenze maßgeblich sind. Damit soll auch eine Gleichschaltung mit der nachträglichen Überprüfung der Einkünfte im Zusammenhang mit der Ausnahme nach § 4 Abs. 1 Z 7 GSVG erfolgen.

Weiters soll die bis zu Steuerreform 2015 geltende Regelung für die Beurteilung des Überschreitens der Versicherungsgrenze in Fällen, in denen in einem Kalenderjahr zeitlich nicht deckende Tätigkeiten nach § 2 Abs. 1 Z 4 und nach § 2 Abs. 1 Z 1 bis 3 GSVG ausgeübt werden, wieder hergestellt werden: Nach der durch die Steuerreform 2015 unbeabsichtigt geschaffenen Rechtslage sind Personen von der Pflichtversicherung nach § 2 Abs. 1 Z 4 GSVG ausgenommen, wenn die Versicherungsgrenze allein auf Basis der dieser Versicherung zugrunde liegenden Tätigkeit nicht überschritten wird. Durch die vorgeschlagene Änderung soll in diesen Fällen wieder die Summe der Einkünfte aus allen selbständigen Tätigkeiten maßgeblich sein.

Auch wurde im Rahmen der Steuerreform 2015 übersehen, die Ausnahme von der Pflichtversicherung wegen Nichtüberschreitens der Versicherungsgrenze in jenen Fällen auszuschließen, in denen die versicherte Person eine Überschreitungserklärung abgegeben hat (und daher „einkommensunabhängig“ versichert ist). Es soll daher die bis zur Steuerreform 2015 geltende Rechtslage auch in diesem Punkt wieder hergestellt werden.

Zu Art. 2 Z 5 bis 8 (§§ 6 Abs. 4 Z 4 und Abs. 5 sowie 7 Abs. 4 Z 5 und Abs. 5 Z 3 GSVG):

Die Pflichtversicherung von Mitgliedern der Kammern der gewerblichen Wirtschaft endet mit dem Ende dieser Mitgliedschaft. Die rechtskräftige Nichteröffnung oder Aufhebung eines Insolvenzverfahrens mangels kostendeckenden Vermögens gilt nach § 13 Abs. 3 und 5 der Gewerbeordnung in dem Zeitraum, in dem in der Insolvenzdatei Einsicht in den betroffenen Insolvenzfall gewährt wird, als Ausschließungsgrund für eine Gewerbeausübung und beendet nach § 85 Z 2 der Gewerbeordnung die Gewerbeberechtigung. Somit kann in diesen Fällen keine Mitgliedschaft einer Wirtschaftskammer nach § 2 des Wirtschaftskammergesetzes 1998 vorliegen.

Auf Anregung der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft soll künftig auch die Pflichtversicherung der „neuen Selbständigen“ mit Ablauf jenes Kalendermonates enden, in dem ein Insolvenzverfahren über das Vermögen der versicherten Person im Zusammenhang mit ihrer betrieblichen Tätigkeit mangels kostendeckenden Vermögens rechtskräftig nicht eröffnet oder aufgehoben wurde.

Eine weitere Pflichtversicherung nach dem GSVG soll in diesen Fällen frühestens mit Ablauf des Zeitraumes beginnen können, in dem in der Insolvenzdatei Einsicht in den betreffenden Insolvenzfall gewährt wird.

Zu Art. 2 Z 9 (§ 25 Abs. 2 Z 1 GSVG):

Die vorgeschlagene Aufhebung der Z 1 des § 25 Abs. 2 GSVG dient der Rechtsbereinigung durch Streichung des nicht mehr existenten Investitionsfreibetrages im Rahmen der Beitragsgrundlagenermittlung.

Zu Art. 2 Z 10 (§ 25 Abs. 2 Z 3 GSVG):

Durch die vorgeschlagene Änderung erfolgt eine Zitierungsanpassung im Zusammenhang mit dem Entfall der höheren Versicherungsgrenze für die neuen Selbständigen im Zuge der Steuerreform 2015.

Zu Art. 2 Z 11, 12 und 14 (§§ 25 Abs. 4a und 25a Abs. 1 Z 1 und Abs. 5 GSVG):

Die vorgeschlagene Änderung dient der Rechtsbereinigung:

Die Bestimmungen über die stufenweise Absenkung der Mindestbeitragsgrundlage in der Pensionsversicherung wurden im Rahmen des Steuerreformgesetzes 2015/2016 in das Übergangsrecht transferiert (§ 359 Abs. 3a GSVG). Die entsprechende Regelung im § 25 Abs. 4a GSVG kann daher entfallen. Damit geht auch eine Zitierungsänderung im § 25a Abs. 1 GSVG einher.

Zu Art. 2 Z 13 (§ 25a Abs. 4 GSVG):

Durch die vorgeschlagene Neufassung der Bestimmung über die sogenannte Neuzuganggrundlage in der Krankenversicherung soll klargestellt werden, dass die vorläufige Beitragsgrundlage in der Krankenversicherung (auf Basis der Mindestbeitragsgrundlage) zugleich die endgültige Beitragsgrundlage ist.

Zu Art. 2 Z 15 (§ 33 Abs. 7 GSVG):

Die vorgeschlagene Änderung dient der Rechtsbereinigung: Die verwiesene Regelung des § 48 Abs. 3 GSVG gehört nicht mehr dem Rechtsbestand an.

Zu Art. 2 Z 16 und 18 (§ 35 Abs. 1 und 4a GSVG):

Es sollen redaktionelle Klarstellungen bezüglich der Anrechnung von Zahlungen auf die Beitragsschuld und bezüglich der Verrechnung von fälligen Beträgen mit einem Guthaben getroffen werden.

Zu Art. 2 Z 17 (§ 35 Abs. 2a GSVG):

Mit der vorgeschlagenen Änderung erfolgt eine redaktionelle Klarstellung betreffend die Fälligkeit von Beiträgen auf Grund einer freiwilligen Hinaufsetzung der vorläufigen Beitragsgrundlage.

Zu Art. 2 Z 19 (§ 40 Abs. 2 GSVG):

Durch die vorgeschlagene Änderung soll statuiert werden, dass die Einforderungsverjährung in den Fällen des § 35c GSVG für die Dauer des Verlassenschaftsverfahrens, das heißt bis zum Feststehen der RechtsnachfolgerInnen, gehemmt ist.

Zu Art. 2 Z 22 (§ 145 Abs. 5b GSVG):

Nach § 264 Abs. 5b ASVG ist im Zusammenhang mit der Feststellung der Höhe der Witwen(Witwer)pension bei Inanspruchnahme eines Altersteilzeitgeldes, einer Altersteilzeitbeihilfe oder einer Beihilfe zum Solidaritätsprämienmodell die höhere Beitragsgrundlage nach § 44 Abs. 1 Z 10 ASVG anstelle des in diesem Zeitraum bezogenen Erwerbseinkommens heranzuziehen.

Im GSVG fehlt bisher eine entsprechende Bestimmung. Eine allfällige Ungleichbehandlung von Witwen, Witwern und hinterbliebenen eingetragenen Partner/inne/n einer selbständig erwerbstätig gewesenen Person, für deren Hinterbliebenenleistung die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft zuständig ist, gegenüber Hinterbliebenen einer unselbständig erwerbstätigen Person soll durch Einfügung einer dem § 264 Abs. 5b ASVG wortgleichen Bestimmung beseitigt werden.

Zu Art. 2 Z 23 (§ 195 Abs. 3 GSVG):

Laut Vorstandsbeschluss der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft vom 7. Oktober 2015 soll ihre Landesstelle Niederösterreich aus Gründen einer versichertennäheren Verwaltung bis zum Ende des Jahres 2016 von Wien nach St. Pölten umziehen.

Dieser Beschluss soll nunmehr legislativ umgesetzt werden.

Zu Art. 3 Z 3, 6 und 7 (§§ 2 Abs. 2 sowie 23 Abs. 3a und 3b BSVG):

Durch das 2. Stabilitätsgesetz 2012, BGBl. I Nr. 35, wurde im § 217 Abs. 2c BSVG ab Jänner 2013 die Übermittlung von Basisdaten an die Sozialversicherungsanstalt der Bauern (SVB) durch die „Agrarmarkt-Austria“ (AMA) vorgesehen; dadurch sollte die Treffsicherheit in der Bewirtschaftungserfassung spürbar erhöht werden.

Es hat sich gezeigt, dass diese übermittelten Daten im Vergleich zur Datenbank der SVB mitunter gravierend abweichen, und zwar sowohl in Bezug auf die Betriebsführung als auch auf das tatsächlich bewirtschaftete Flächenausmaß. Da die in der Datenbank der SVB enthaltenen Bewirtschaftungsverhältnisse nicht auf Grundstücksnummern, sondern auf das Ausmaß sowie die Kulturart der bewirtschafteten Flächen abstellen, können die aufgezeigten Differenzen ohne Mitwirkung der versicherten Person nicht näher konkretisiert werden bzw. stellt deren Abklärung – unter Mitwirkung der versicherten Person – eine erhebliche administrative Mehrbelastung dar.

Verletzt eine versicherte Person ihre Melde- oder Auskunftspflicht, soll daher vermutet werden, dass (Teil)Flächen eines land(forst)wirtschaftlichen Betriebes, die dem Versicherungsträger im Rahmen der genannten Datenübermittlung bekannt werden, ab dem Ersten des Kalendermonates, in dem der Antrag bei der AMA gestellt wurde, auf eigene Rechnung und Gefahr bewirtschaftet werden. Diese Vermutung soll bis zum Ersten des Kalendermonates gelten, in dem die förderungwerbende Person nachweist, dass die Flächen auf Rechnung und Gefahr einer anderen Person bewirtschaftet werden. Der Versicherungsträger soll berechtigt sein, den anteiligen Ertragswert der betroffenen Flächen unter Heranziehung des Hektarsatzes der betriebsführenden (und förderungwerbenden) Person zu ermitteln.

Zu Art. 3 Z 4 und 8 (§§ 20 Abs. 5 und 23 Abs. 4 BSVG):

Die Bewirtschaftung von Flächen, die keinen Einheitswert im Sinne des Bewertungsgesetzes 1955 aufweisen, wie zum Beispiel das Abweiden von Bahntrassen durch Schafe oder die regelmäßige Grünpflege von Flugfeldern, wird derzeit sozialversicherungsrechtlich nur dann erfasst, wenn das daraus erzielte Einkommen Niederschlag im Einkommensteuerbescheid findet, was in der Regel nicht der Fall ist.

Auf diese Fälle soll die bestehende Möglichkeit des Versicherungsträgers erstreckt werden, bei fehlenden oder unvollständigen Unterlagen die für das Versicherungsverhältnis maßgebenden Umstände auf Grund anderer Ermittlungen oder unter Heranziehung der Daten gleichgelagerter oder ähnlicher Betriebe festzustellen. Die praktische Erfahrung zeigt, dass sowohl die lokalen Finanzämter als auch die regionalen Landwirtschaftskammern über einschlägige Referenzwerte Auskunft geben können.

Zu Art. 3 Z 5, 10 und 25 (§§ 23 Abs. 3, 23c und 354 Abs. 2 BSVG):

Auf Grund der bestehenden Rechtslage sowie der einschlägigen Judikatur des Verwaltungsgerichtshofes (vgl. Zl. 99/08/0139) waren bisher bei der Bildung des Versicherungswertes nach § 23 Abs. 3 BSVG im festgestellten Einheitswertbescheid ausgewiesene - auch nicht flächenbezogene - Zuschläge, etwa solche für (ertragsfähigkeitsverbessernde) „überdurchschnittliche Tierhaltung“, beim Fremdbewirtschafter oder bei der Fremdbewirtschafterin anteilig zu berücksichtigen, und zwar auch dann, wenn dieser/diese keine „überdurchschnittliche Tierhaltung“ betrieben hat. Nach der Begründung des Verwaltungsgerichtshofes dazu stellt der Einheitswertbescheid eine bindende Grundlage für darauf basierende Berechnungen dar. Eine vorgenommene Verminderung des festgestellten (Gesamt)Einheitswertes um einen im Einheitswertbescheid ausgewiesenen Zuschlag widerspräche dieser Bindung bei der Bildung des Versicherungswertes nach § 23 Abs. 3 BSVG.

Seit Inkrafttreten des Abgabenänderungsgesetzes 2012, BGBl. I Nr. 112, enthält der Einheitswertbescheid auch Zuschläge für öffentliche Direktzahlungen nach § 35 des Bewertungsgesetzes 1955 (BewG). Im § 31 Abs. 5 des BewG wurde aber auch vorgesehen, dass die in Zusammenhang mit der Bewirtschaftung fremder Flächen ausgezahlten Gelder im Sinne von § 35 des BewG eine eigene wirtschaftliche Einheit bilden, wenn der Bewirtschafter/die Bewirtschafterin über keine Eigenflächen verfügt. Daraus ist die Absicht erkennbar, dass Förderungen grundsätzlich bei jener Person berücksichtigt werden, der die Gelder auch wirtschaftlich (im Jahr vor der Erlassung des Einheitswertbescheides) zugekommen sind.

Im Bereich der bäuerlichen Sozialversicherung soll daher gesetzlich geregelt werden, dass im Einheitswert ausgewiesene Zuschläge für öffentliche Gelder nach § 35 des BewG, Zuschläge und Abschläge nach § 40 des BewG sowie Zuschläge nach § 48 Abs. 4 Z 3 des BewG zwar grundsätzlich bei der Person zu berücksichtigen sind, für die der Einheitswertbescheid ausgestellt wurde, künftig jedoch in folgenden genau umschriebenen Fällen für die Bildung des Versicherungswertes entweder gar nicht oder bei einer anderen Person zu berücksichtigen sind:

- Werden gar keine land(forst)wirtschaftlichen Flächen mehr auf eigene Rechnung und Gefahr bewirtschaftet, so erfolgt keine Berücksichtigung (§ 23c Abs. 1 Z 3 BSVG).
- Sofern nach Betriebsaufgabe oder Betriebsverringerung die maßgeblichen Versicherungsgrenzen (§§ 2 Abs. 2 sowie 3 Abs. 2 BSVG) oder die „Wegfallgrenze“ für vorzeitige Pensionsleistungen (§ 4 Abs. 6 Z 2 APG) ausschließlich auf Grund der Anrechnung solcher Zuschläge erreicht oder überschritten werden, erfolgt ebenfalls keine Berücksichtigung (§ 23c Abs. 1 Z 4 BSVG), es sei denn, es handelt sich um grundstücksbezogene Zuschläge für Dauerkulturen (Sonder- und Obstkulturen nach § 32 Abs. 4 in Verbindung mit § 40 BewG).
- Voraussetzung für die Nichtberücksichtigung ist, dass die versicherten Person die Betriebsaufgabe bzw. Betriebsverringerung dem Versicherungsträger meldet und dass seither keine Antragstellung bei der „Agrarmarkt-Austria“ bzw. keine von den regelmäßigen Verhältnissen abweichende Bewirtschaftung (§ 40 BewG) erfolgt ist.
- Wird eine Antragstellung bei der „Agrarmarkt-Austria“ erst im Rahmen der Datenübermittlung nach § 217 Abs. 2c BSVG festgestellt bzw. sind in einer Mitteilung nach § 217 Abs. 2 Z 6 BSVG Zuschläge enthalten, so sind die Zuschläge rückwirkend ab dem Zeitpunkt des Wegfalls anzurechnen.
- Bei Verpachtung werden die Zuschläge – ausgenommen auf eine konkrete Fläche bezogene Zuschläge nach § 40 BewG (insbesondere Zuschläge für Dauerkulturen wie Sonder- und Obstkulturen nach § 32 Abs. 4 in Verbindung mit § 40 BewG) – nicht auf den Pächter/die Pächterin übertragen, sondern sind bei der Person zu berücksichtigen, für die der Einheitswertbescheid ausgestellt wurde (§ 23c Abs. 1 Z 1 BSVG). Die ausgenommenen Zuschläge sind anteilig beim Pächter/bei der Pächterin zu berücksichtigen.

- Bei gänzlicher Übertragung von Eigentum sind die Zuschläge beim Rechtsnachfolger/bei der Rechtsnachfolgerin zu berücksichtigen (§ 23c Abs. 1 Z 2 BSVG).

Diese Regelungen sollen mit 1. Jänner 2017 in Kraft treten, da nach § 86 Abs. 13 BewG, soweit nach sozialversicherungsrechtlichen Vorschriften Einheitswerte land- und forstwirtschaftlicher Betriebe heranzuziehen sind, Änderungen dieser Einheitswerte anlässlich der Hauptfeststellung zum 1. Jänner 2014 für die Zeit vor dem 1. Jänner 2017 nicht zu berücksichtigen sind.

Darüber hinaus soll auch im Übergangsrecht (§ 354 Abs. 2 BSVG) die Möglichkeit eröffnet werden, dass bei einer Betriebsaufgabe oder wesentlichen Betriebsverringerung vor dem 1. Jänner 2017 die Anrechnung von Zuschlägen für öffentliche Gelder nach den §§ 35, 40 und 48 Abs. 4 Z 3 des Bewertungsgesetzes 1955 (ausgenommen auf eine konkrete Fläche bezogene Zuschläge) unterbleibt, wenn der entsprechende Sachverhalt von der betriebsführenden Person gemeldet wurde. Dadurch sollen leistungsrechtliche Auswirkungen im Bereich des Ausgleichszulagenrechtes (in Fällen mit laufender Bewirtschaftung) verhindert werden.

Zu Art. 3 Z 9 (§ 23 Abs. 5 BSVG):

Durch die vorgeschlagene Umformulierung, die keine inhaltliche Änderung beinhaltet, soll die Bestimmung über das Wirksamwerden von Änderungen des Einheitswertes klarer strukturiert werden.

Zu Art. 3 Z 14 bis 17 (§ 217 Abs. 2 BSVG):

Die Rechtsgrundlage für den automatischen Datenfluss zwischen der Finanzbehörde und der Sozialversicherungsanstalt der Bauern bedarf der Anpassung an die im Rahmen des Abgabenänderungsgesetzes 2012, BGBl. I Nr. 112, erfolgten Änderungen der Hauptfeststellung nach dem Bewertungsgesetz 1955.

Bei den von den Abgabenbehörden an den Versicherungsträger zu übermittelnden Daten soll künftig zusätzlich jedenfalls angeführt werden:

- (die im Bescheid genannten) Grundstücksnummern, Einlagezahlen und Katastralgemeindenummern der in der wirtschaftlichen Einheit bewerteten Flächen (§ 217 Abs. 2 Z 1a BSVG);
- Flächenausmaß der wirtschaftlichen Einheit, gegliedert nach Unterarten (§ 29 BewG 1955) des land(forst)wirtschaftlichen Vermögens sowie allfällige Nutzungen des landwirtschaftlichen Vermögens (§ 39 Abs. 2 Z 1 BewG 1955) (§ 217 Abs. 2 Z 1b BSVG);
- Ausmaß der von Zuschlägen nach § 40 BewG 1955 betroffenen Flächen (§ 217 Abs. 2 Z 1c BSVG);
- Ausmaß und Zurechnung der Zuschläge nach § 35 BewG 1955 (§ 217 Abs. 2 Z 3a BSVG);
- Ausmaß und Art der Zuschläge oder Abschläge nach § 40 BewG 1955 und der Zuschläge nach § 48 Abs. 4 Z 3 BewG 1955 (§ 217 Abs. 2 Z 3b BSVG);
- Berechnungsgrundlagen der Zuschläge für Dauerkulturen (Sonder- und Obstkulturen nach § 32 Abs. 4 in Verbindung mit § 40 BewG 1955) (§ 217 Abs. 2 Z 3c BSVG);

Zu Art. 3 Z 18 bis 23 (§§ 337 und 338 BSVG):

Im Rahmen des Abgabenänderungsgesetzes 2012 wurden in das BSVG auch Währungsbestimmungen eingefügt (§§ 337 und 338 BSVG), durch die eine Veränderung in der Versicherungspflicht, die ausschließlich durch neue Einheitswerte eintritt, verhindert werden kann:

Für Kleinbetriebe, die die (zum 31. Dezember 2016 geltende) Versicherungsgrenze nach § 2 Abs. 2 BSVG nicht überschreiten, wird der Eintritt in die Pflichtversicherung erst dann erfolgen, wenn sich auch die tatsächlichen betrieblichen Grundlagen verändern. Andererseits kann aber die Pflichtversicherung (auf Antrag der versicherten Person) auch dann beibehalten werden, wenn bei unveränderter Bewirtschaftung ausschließlich durch die Hauptfeststellung 2014 die (zum 31. Dezember 2016 geltende) Versicherungsgrenze unterschritten würde.

Zu diesen Bestimmungen sollen folgende Ergänzungen getroffen werden:

- Es soll klargestellt werden, dass diese Übergangsbestimmungen (nicht nur bei Über- bzw. Unterschreiten sondern) auch bei Erreichen der Versicherungsgrenze gelten (§§ 337 Abs. 1 und 338 Abs. 1 BSVG).
- Es soll klargestellt werden, dass eine in diesen Bestimmungen vorgesehene flächenmäßige Vergrößerung bzw. Verringerung nur dann vorliegt, wenn diese einen Ertragswert von zumindest 100 Euro erreicht. Diese Grenze orientiert sich an den Rundungsvorschriften des § 25 des Bewertungsgesetzes 1955 sowie des § 23 Abs. 3 letzter Satz BSVG (§§ 337 Abs. 1 und 2 sowie 338 Abs. 1 und 2 BSVG).

- Die Übergangsbestimmung betreffend die Kranken- und Pensionsversicherung soll auf Personen erweitert werden, die zum 31. Dezember 2016 eine Korridor pension, eine Schwerarbeitspension oder eine vorzeitige Alterspension beziehen, und die (für den zulässigen Bezug dieser Pensionen) maßgebliche Einheitswertgrenze des § 4 Abs. 6 Z 2 APG nur durch das Wirksamwerden der Hauptfeststellung 2014 erreicht oder überschritten würde (§ 337 Abs. 1 vorletzter Satz BSVG).

Zu Teil 2 (BMG):

Zu Art. 1 Z 1 (§ 7 Z 1 lit. e ASVG):

Mit der vorliegenden Gesetzesänderung sollen die GesellschafterInnen-GeschäftsführerInnen einer Rechtsanwalts-GmbH von der Teilversicherung in der Kranken- und Unfallversicherung ausgenommen werden.

Der Gesetzesvorschlag geht auf eine Anregung des Österreichischen Rechtsanwaltskammertages zurück und beruht auf der Überlegung, dass GeschäftsführerInnen einer Rechtsanwalts GmbH auf Grund der berufsrechtlichen Bestimmungen der Rechtsanwaltsordnung (RAO) nicht im arbeitsrechtlichen Sinne „angestellt“ sind und damit auch nicht von der Teilpflichtversicherung in der Kranken- und Unfallversicherung nach § 7 Z 1 lit. e ASVG erfasst sein sollen.

Zu Art. 1 Z 2 und 20 (§§ 8 Abs. 1 Z 3 lit. k und 74 Abs. 6 ASVG):

Mit der Verwaltungsgerichtsbarkeits-Novelle 2012, BGBl. I Nr. 51, wurde eine neue zweistufige Verwaltungsgerichtsbarkeit geschaffen. Demnach werden mit Wirkung vom 1. Jänner 2014 je ein Verwaltungsgericht erster Instanz in den Ländern sowie zwei Verwaltungsgerichte erster Instanz beim Bund eingerichtet, und zwar ein Bundesverwaltungsgericht und ein Bundesfinanzgericht.

Die unabhängigen Verwaltungssenate der Länder sowie zahlreiche andere weisungsfreie Sonderbehörden des Bundes werden aufgelöst und der administrative Instanzenzug wird im Wesentlichen abgeschafft. Von Behörden erster Instanz erlassene Bescheide können demnach in Zukunft nur bei einem Verwaltungsgericht angefochten werden.

Die Verwaltungsgerichte erster Instanz werden in der Regel in der Sache selbst entscheiden. Sie erkennen durch Einzelrichterinnen und Einzelrichter, jedoch kann der Gesetzgeber Senatszuständigkeiten sowie die Einbeziehung von fachkundigen Laienrichterinnen und Laienrichtern festlegen.

Die Mitwirkung von fachkundigen Laienrichterinnen und Laienrichtern an der Rechtsprechung der Verwaltungsgerichte ist in einer Vielzahl von Bundes- und Landesgesetzen festgelegt.

§ 8 Abs. 1 Z 3 lit. k ASVG sieht derzeit lediglich die Einbeziehung der fachkundigen Laienrichterinnen und Laienrichter nach den Bestimmungen des Arbeits- und Sozialrechtsgesetzes in die Teilversicherung in der Unfallversicherung vor. Durch die vorliegenden Regelungen sollen nun auch jene maximal 1 500 Laienrichterinnen und Laienrichter erfasst werden, die am Bundesverwaltungsgericht, am Bundesfinanzgericht und an den Landesverwaltungsgerichten tätig sind. Weiters sollen durch die generelle Einbeziehung der fachmännischen und fachkundigen Laienrichterinnen und Laienrichter in der ordentlichen Gerichtsbarkeit auch jene nach dem Patent- und Kartellgesetz (maximal 10 Personen) erfasst werden.

Nach § 28 Z 1 ASVG soll demnach weiterhin die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt sachlich zuständiger Träger sein.

Zu Art. 1 Z 3 und Art. 2 Z 2 (§ 8 Abs. 2 lit. e ASVG; § 2 Abs. 1 Z 3 GSVG):

Auf Grund einer Entscheidung des Verwaltungsgerichtshofes (VwGH 14.2.2013, 2013/08/0016) muss bei geringfügiger Beschäftigung eines Geschäftsführers/einer Geschäftsführerin mit Teilversicherung in der Unfallversicherung die Pflichtversicherung nach § 2 Abs. 1 Z 3 GSVG festgestellt werden, weil die Ausschlussbestimmung ausdrücklich nur auf eine Pflichtversicherung in der Pensionsversicherung nach dem ASVG abstellt.

Dies führt dazu, dass Dienstnehmerinnen und Dienstnehmer im sozialversicherungsrechtlichen Sinn nach dem GSVG pflicht-, also pensions- und krankenversichert sind, die Höhe des Entgelts für die Zuordnung zur ASVG- oder GSVG-Versicherung maßgeblich ist und eine doppelte Pflichtversicherung in der Unfallversicherung eintritt: Einerseits auf Grund der eine Teilversicherung in der Unfallversicherung begründenden geringfügigen Beschäftigung nach § 7 Z 3 lit. a ASVG, andererseits nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. a ASVG, da hinsichtlich der selbständigen Erwerbstätigkeit der Ausschlussbestand des § 8 Abs. 2 lit. e ASVG nicht greift (dieser setzt für eine Ausnahme aus der Teilversicherung in der Unfallversicherung für die selbständige Erwerbstätigkeit das Vorliegen einer ASVG-Vollversicherung voraus).

Mit der geplanten Änderung werden die genannten Konsequenzen der Entscheidung des VwGH vermieden und eine eindeutige Zuordnung zum Versichertenkreis des ASVG bzw. GSVG geschaffen.

Zu Art. 1 Z 4, 13, 27 und 30, Art. 2 Z 11 und 15, Art. 3 Z 4 und 5 sowie Art. 4 Z 6 und 7 (§§ 8 Abs. 4, 31 Abs. 5 Z 25, 120a Abs. 2 und 123 Abs. 4 Z 3 ASVG; §§ 80a Abs. 2 und 83 Abs. 4 Z 3 GSVG; §§ 76a Abs. 2 und 78 Abs. 4 Z 3 BSVG; §§ 53a Abs. 2 und 56 Abs. 3 Z 3 B-KUVG):

Mit den vorgesehenen Änderungen werden terminologische Anpassungen im Hinblick auf den Vertrag von Lissabon vorgenommen.

Zu Art. 1 Z 5 und 31 (§ 16 Abs. 2a und 124 Abs. 1 ASVG):

Durch die vorgesehenen Änderungen werden aus sozialen Erwägungen Ausnahmen von der Sperrfristregelung im § 16 Abs. 3 sowie der in der Selbstversicherung in der Krankenversicherung geltenden Wartezeitregelung geschaffen.

Diese Änderungen kommen ausschließlich jenen Personen zugute, die auf Grund der Pflege ihres behinderten Kindes oder keine Erwerbstätigkeit ausüben können, sozial schutzbedürftig sind und für die keine andere Möglichkeit zur Erlangung eines Krankenversicherungsschutzes – somit auch keine Möglichkeit zur Mitversicherung als Angehörige/Angehöriger – besteht.

Durch die Neuregelungen soll die Inanspruchnahme der Selbstversicherung in der Krankenversicherung für die Zeit der Pflege eines behinderten Kindes auch unmittelbar in Anschluss an eine Pflichtversicherung nach dem GSVG/BSVG oder eine Selbstversicherung nach dem GSVG möglich sein. Weiters sollen aus der Selbstversicherung in der Krankenversicherung resultierende Leistungen künftig sofort und nicht erst nach Ablauf einer dreimonatigen Wartezeit in Anspruch genommen werden können.

Zu Art. 1 Z 6, 22 und 23 (§§ 16 Abs. 2b, 76 Abs. 1 Z 3 und 77 Abs. 7 ASVG):

Nach der geltenden Rechtslage besteht für Angehörige, die eine versicherte Person mit einem Anspruch auf Pflegegeld mindestens der Stufe 3 in häuslicher Umgebung unter ganz überwiegender Beanspruchung der Arbeitskraft pflegen, auch die Möglichkeit, Leistungen der sozialen Krankenversicherung als anspruchsberechtigter Angehöriger nach § 123 Abs. 7b ASVG (und den entsprechenden Regelungen in den Sondergesetzen) zu beziehen. Nach § 51d Abs. 3 Z 1 ASVG ist dafür kein Zusatzbetrag zu entrichten. Die Volksanwaltschaft hat jedoch aufgezeigt, dass Personen, die einen Angehörigen, der selbst anspruchsberechtigter Angehöriger eines Versicherten ist (etwa die Ehegattin eines Versicherten), pflegen, keine Anspruch auf eine beitragsfreie Krankenversicherung haben.

Für diese bleibt unter anderem die Möglichkeit der Selbstversicherung in der Krankenversicherung nach § 16 ASVG. Die nun vorgesehene Änderung der Rechtslage (§ 16 Abs. 2b ASVG) soll nun solchen Personen zu Gute kommen, die auf Grund der Pflege eines nahen Angehörigen keine Erwerbstätigkeit ausüben können, weil sie die/den Angehörigen unter ganz überwiegender Beanspruchung ihrer Arbeitskraft pflegen, sozial schutzbedürftig sind und für die keine andere Möglichkeit zur Erlangung eines Krankenversicherungsschutzes besteht, insbesondere auch keine Möglichkeit einer Mitversicherung als Angehörige gegeben ist. Laut einer entsprechenden Ermittlung durch den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger ist in diesem Zusammenhang von einer äußerst geringen Anzahl betroffener Personen auszugehen, da die bestehenden Regelungen des § 123 ASVG und der Parallelbestimmungen in den Sondergesetzen sowie des Krankenversicherungsschutzes auf Grund des Bezuges einer Leistung der bedarfsorientierten Mindestsicherung einen nahezu lückenlosen Schutz bieten. Dennoch treten vereinzelt Fälle auf, die die Voraussetzungen für keine der vorhandenen Möglichkeiten erfüllen und umso härter betroffen sind.

Nachdem seit dem 1. Jänner 2012 die Zuständigkeit für das Pflegegeldwesen ausschließlich beim Bund liegt und bis dahin gewährtes Landespflegegeld kraft Gesetz zu Bundespflegegeld und von Bundesstellen vollzogen wird, bedarf es keiner gesetzlichen Verweisung auf Leistungen nach den Landespflegegeldgesetzen.

Zu Art. 1 Z 7, 12, 25, 28, 33, 38 bis 40 und 42 bis 47, Art. 2 Z 1, 7, 20 bis 25, Art. 3 Z 1, 2, 6 bis 8, 10 und 11 sowie Art. 4 Z 1, 9, 10 und 13 (§§ 23 Abs. 6 lit. a, 31 Abs. 5 Z 21, 117 Z 4 lit. c, 121 Abs. 4 Z 3 lit. c, 122 Abs. 2 Z 1 lit. c, 124 Abs. 2 Z 1, 144 Abs. 4, 154a Abs. 3, 155 Abs. 2 Z 2, 161 Überschrift und Abs. 1, 234 Abs. 1 Z 5, 307d Abs. 2, 322 Abs. 1, 322a Überschrift sowie Abs. 3 und 4 ASVG; §§ 2 Abs. 1 Z 3, 4 Abs. 3 Z 2, 8 Abs. 1 lit. a, 15 Abs. 2 lit. a, 95 Abs. 2, 99a Abs. 3, 100 Abs. 2, 102 Abs. 4, 169 Abs. 2 sowie die Überschrift zu 182a GSVG; §§ 8 Abs. 1 lit. a, 13 Abs. 2 lit. a, 89 Abs. 4, 97 Abs. 7, 100 Abs. 2 Z 2 bis 5, 161 Abs. 2 sowie die Überschrift zu 170a BSVG; §§ 9 Abs. 3 lit. a, 66 Abs. 4, 70a Abs. 2 Z 2 bis 4 sowie die Überschrift zu 118a B-KUVG):

Bei der vorliegenden Änderung handelt es sich um eine redaktionelle Berichtigung.

Im Rahmen einer KAKuG-Novelle aus dem Jahr 2009 (BGBl. I Nr. 124/2009) wurden sowohl die „Genesungsheime“ als auch die „Gebär- und Entbindungsheime“ aus § 2 Abs. 1 des KAKuG gestrichen, da diese Einrichtungen in dieser Form nicht mehr vorkommen und sie sich durch ihre de facto gegebene Organisation und die angebotenen Leistungsspektren nicht mehr von den Sonderkrankenanstalten gemäß § 2 Abs. 1 Z 2 KAKuG unterscheiden.

Damit entfielen die ursprünglich im § 2 Abs. 1 Z 3 KAKuG definierten „Heime für Genesende, die ärztlicher Behandlung und besonderer Pflege bedürfen“ wie auch die ursprünglich im § 2 Abs. 1 Z 5 geregelten „Gebäranstalten und Entbindungsheime“.

Durch die vorgesehenen Änderungen sollen diese überholten Termini nunmehr auch im ASVG und in den Parallelgesetzen beseitigt werden. Im Rahmen dieser Anpassung soll wegen fehlender praktischer Relevanz auch der Terminus der „Erholungsheime“ entfallen.

Zu Art. 1 Z 8 (§ 26 Abs. 1 Z 4 lit. f ASVG):

Durch die vorgeschlagene Änderung soll der die sachliche Zuständigkeit der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau regelnde Tatbestand klarer gefasst und konkretisiert werden.

Die Versicherungsanstalt ist nur dann für die Krankenversicherung der Pensionsbezieherinnen und -bezieher zuständig, wenn sie selbst den entsprechenden Bescheid als zuständige Pensionsversicherungsträgerin erlassen und damit auch die Pension (folglich auch die Invaliditäts- und Berufsunfähigkeitspension) auszuzahlen hatte bzw. wenn sie selbst über die vorübergehende Invalidität/Berufsunfähigkeit abgesprochen hat, da sie andernfalls auch schon bisher die Pension nicht auszuzahlen hatte bzw. das Rehabilitationsgeld nicht auszuzahlen hätte.

Zu Art. 1 Z 9 (§ 26 Abs. 1 Z 4 lit. g ASVG):

Durch die vorgeschlagene Änderung wird klargestellt, dass – trotz Zuständigkeit der Pensionsversicherungsanstalt zur Pensionsversicherung - die Zuständigkeit der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau zur Krankenversicherung unter Anwendung des Prinzips der letzten Beschäftigung ausschließlich für den Bereich der Pensionsversicherung der Angestellten gilt.

Zu Art. 1 Z 10 (§ 28 Z 2 lit. i ASVG):

Die mit Wirksamkeit vom 1. Jänner 2011 im Zuge des 2. SVÄG 2010, BGBl. I Nr. 102/2010, nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. m ASVG eingeführte Teilversicherung in der Unfallversicherung für Personen mit Behinderung, die in den von den Ländern anerkannten Einrichtungen der Beschäftigungstherapie tätig sind, brachte auch eine diesbezügliche sachliche Zuständigkeit der Sozialversicherungsanstalt der Bauern mit sich (§ 28 Z 2 lit. i ASVG). Demnach sind die genannten Einrichtungen der Beschäftigungstherapie verpflichtet, die bei ihnen tätig werdenden Personen dem jeweils zuständigen Versicherungsträger zu melden. Die Praxis zeigt jedoch, dass diese Meldungen bisher ausschließlich an die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt erfolgten, was die ausnahmslose Einbeziehung dieser Personen in den Vollzug der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt samt der damit verbundenen Beitragsvorschreibung und Beitragseinhebung durch diese bedeutet.

Die Sozialversicherungsanstalt der Bauern erlangt von ihrer Zuständigkeit erst bei Meldung allfälliger Arbeitsunfälle der betroffenen Teilversicherten Kenntnis, was eine - in Relation zur Häufigkeit der relevanten Versicherungsfälle (bisher wurden seit Wirksamkeitsbeginn der Zuständigkeitsregelung drei Arbeitsunfälle bekannt) - unverhältnismäßig aufwendige Rückabwicklung mit der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt zur Folge hat. Auch die diesbezügliche buchhalterische Bearbeitung ist relativ umfassend.

Aus diesem Grund und unter Berücksichtigung der bisher relativ geringen Versicherungsfälle, die in die Zuständigkeit der Sozialversicherungsanstalt der Bauern fallen, soll nun die Zuständigkeit der Vollziehung der Teilversicherung in der Unfallversicherung für Personen mit Behinderung, die in den von den Ländern anerkannten Einrichtungen der Beschäftigungstherapie tätig sind, generell an die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt übertragen werden. Aus verwaltungsökonomischen Gründen soll diese Zuständigkeitsübertragung rückwirkend erfolgen.

Mit der vorgesehenen Maßnahme sind keine leistungsrechtlichen Änderungen für die betroffenen Teilversicherten verbunden.

Zu Art. 1 Z 11 (§ 31 Abs. 4 Z 6 ASVG):

Nach § 31 Abs. 4 Z 6 ASVG obliegt dem Hauptverband als zentrale Dienstleistung die Festlegung einheitlicher Formulare, Datensatzaufbau und maschinell lesbarer Datenträger für den gesamten Sozialversicherungsbereich, ausgenommen der im § 31 Abs. 5 Z 12 genannten Formulare.

Da die Bestimmung des § 31 Abs. 5 Z 12 ASVG – wonach dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger die Aufstellung von Richtlinien über Form und Inhalte sowie die Ausstellung der Krankenscheine (Zahnbehandlungsscheine) und die Dauer ihrer Gültigkeit oblag - bereits durch BGBl. I Nr. 140/2002 mit Außerkrafttreten am 31. Dezember 2014 aufgehoben und durch Verordnung nach § 600 Abs. 4a ASVG auch kein davon abweichender Außerkrafttretenstermin festgelegt wurde, kann die Verweisung darauf im § 31 Abs. 4 Z 6 ASVG nunmehr entfallen.

Zu Art. 1 Z 14 (§ 31c Abs. 3 Z 3 ASVG):

Auch Bezieherinnen und Bezieher von Rehabilitationsgeld sollen das Service-Entgelt für die e-card leisten müssen. Eine analoge Regelung wie bei Bezieherinnen und Beziehern von Krankengeld (§ 31c Abs. 3 Z 3 lit. d ASVG) erscheint sinnvoll.

Wird Teilrehabilitationsgeld geleistet, ist von den Rehabilitationsgeldbezieherinnen und -beziehern kein Service-Entgelt zu entrichten, da es dann ohnehin von den Dienstgeberinnen und Dienstgebern eingehoben wird.

Zu Art. 1 Z 15 (§ 52 Abs. 2 ASVG):

Bei der vorliegenden Änderung handelt es sich um eine Zitat Anpassung, da sich die Bestimmungen über die Träger eines Dienstes nach dem Zivildienstgesetz nunmehr in Abs. 4 finden.

Zu Art. 1 Z 16 und 64 (§§ 53b und 680 Abs. 3 ASVG):

Im Rahmen zahlreicher im § 53b ASVG vorzunehmender Adaptierungen wird dieser gestrafft und werden die Absätze neu nummeriert.

Folgende Änderungen werden vorgenommen:

- § 53b Abs. 1 ASVG bleibt unverändert erhalten.
- Im § 53b Abs. 2 ASVG werden die bisherigen Inhalte der geltenden Abs. 2 und 3 inhaltlich zusammengefasst, wodurch die Regelung gestrafft und übersichtlicher gestaltet wird:

a) Z 1 fasst die vormaligen § 53b Abs. 2 Z 1 und Abs. 3 Z 1 ASVG zusammen und legt den Kreis der anspruchsberechtigten Dienstgeber fest. Zuschussberechtigt sind nach wie vor Dienstgeberinnen und Dienstgeber, die in ihrem Unternehmen im Durchschnitt nicht mehr als 50 Dienstnehmerinnen und Dienstnehmer beschäftigen; die Methode zur Ermittlung der Dienstnehmeranzahl soll auf Anregung der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt nunmehr jedoch klar und eindeutig gestaltet und von der Bindung an das Arbeitnehmerschutzgesetz entkoppelt werden:

Auch nach der bisherigen Regelung war die Beschäftigung von regelmäßig weniger als 51 Dienstnehmerinnen und Dienstnehmern Voraussetzung für die Zuschussberechtigung. Probleme in der Praxis bereitete jedoch die Ermittlung der Anzahl der Dienstnehmerinnen und Dienstnehmer, die „sinngemäß nach § 77a ASchG“ zu erfolgen hatte. Diese am Arbeitnehmerschutz ausgerichtete Bestimmung regelte die Ermittlung der Arbeitnehmeranzahl. Demnach gelten für Arbeitsstätten mit wechselnder Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmerzahl die Bestimmungen für Arbeitsstätten mit bis zu 50 Arbeitnehmern auch dann, wenn die vorhersehbare durchschnittliche Arbeitnehmeranzahl pro Jahr nicht mehr als 50 beträgt. Das Abstellen auf eine „vorhersehbare durchschnittliche Arbeitnehmerzahl“ führte in der Praxis zu erheblichen Schwierigkeiten, da sie eine einem „Blick in die Kristallkugel“ gleichkommende, ungewisse Beurteilung erforderte.

Die bestehende Regelung führte dazu, dass kleine und mittlere Unternehmen oft monatelang warten mussten, um den Zuschuss ausbezahlt zu bekommen, da sich oft erst im Nachhinein feststellen ließ, ob die maximale Dienstnehmeranzahl überschritten wurde oder nicht. Zudem konnte es in Fällen, in denen Unternehmen eine baldige Zuschussauszahlung begehrten und diese dann auch durchgeführt wurde, durch die ex-post-Betrachtung immer wieder zu Rückforderungen kommen. Wurde in einem frühen Stadium ein Ablehnungsbescheid wegen voraussichtlicher Überschreitung der Dienstnehmeranzahl erteilt, stand einer nachträglichen Korrektur bei Nichteintreten der Voraussage die Rechtskraft des Bescheides entgegen und es bestand mehr keine Möglichkeit zur Wiederaufnahme des Verfahrens. Die oft mehrmalige Bearbeitung und Beurteilung der Anträge führte nicht zuletzt auch zu erheblichem administrativen Mehraufwand.

Nun soll die Ermittlung der durchschnittlichen Dienstnehmerzahl auf das Jahr vor Beginn der jeweiligen Entgeltfortzahlung abstellen: Maßgeblich ist der Beginn der tatsächlichen Entgeltfortzahlung durch die Dienstgeberin/den Dienstgeber, für die sie oder er den Antrag stellt. Der Jahresdurchschnitt wird an Hand der Anzahl der gemeldeten Dienstnehmerinnen/Dienstnehmer aus dem Jahr vor dem „Stichtag“ ermittelt. Zeiträume, in denen vorübergehend keine Dienstnehmerinnen und Dienstnehmer beschäftigt wurden, sind mit einzurechnen.

Durch die Umstellung auf eine eindeutige und klare Methode ist neben einer Straffung der Prozesse bei den Unfallversicherungsträgern auch mit einer schnelleren und zeitgemäßen Erledigung der Zuschussanträge zu rechnen. Zudem wird durch den Umstand, dass nun nur noch ausschließlich tatsächlich an die Sozialversicherung gemeldete Daten verwendet werden, die Rechtssicherheit für die Antragstellerin oder den Antragsteller erhöht. Die Verwendung tatsächlicher Dienstnehmerzahlen stellt in höherem Ausmaß sicher, dass die mit Entgeltfortzahlungen belasteten Klein- und Mittelunternehmen unterstützt werden, als die Prognose einer Dienstnehmerzahl, die nicht gewährleistet, ob es sich letztlich wirklich um ein Klein- oder Mittelunternehmen handelt.

b) Z 2, der die Zuschusshöhe normiert, fasst die vormaligen § 53b Abs. 2 Z 3 und Abs. 3 Z 3 ohne inhaltliche Änderungen zusammen.

c) Z 3 legt die Zuschussgewährung bei Arbeitsverhinderung infolge Krankheit sowie bei Arbeitsverhinderung bei Unfällen fest und fasst damit § 53b Abs. 2 Z 2 und Abs. 3 Z 2 inhaltlich unverändert zusammen.

- § 53b Abs. 3, 4 und 5 ASVG enthalten die vormalig in den Abs. 5 bis 7 getroffenen Regelungen über die Differenzvergütung. Hier werden Verweisungsanpassungen sowie im Abs. 3 redaktionelle Änderungen in Form grammatikalischer Berichtigungen vorgenommen.
- § 53b Abs. 6 ASVG: Die vormalig im Abs. 4 befindliche Ermächtigung zur Erlassung der Entgeltfortzahlungs-Zuschussverordnung wurde in den neuen Abs. 6 transferiert und auf die Regelung der durch BGBl. I Nr. 139/2013 eingeführten Differenzvergütung ausgedehnt.
- Im § 680 Abs. 3 ASVG wird die Verweisung auf § 53b ASVG angepasst.

Zu Art. 1 Z 17 (§ 71 Abs. 2 und 2a ASVG):

Die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau ist unter anderem für die Eisenbahnbediensteten der zuständige Unfallversicherungsträger. Die Unfallversicherung wird nach den Bestimmungen des ASVG durchgeführt. Die Finanzierung der Unfallversicherung erfolgt – anders als bei den bei der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt versicherten Personen – durch Beiträge der Dienstgeberinnen und Dienstgeber, die nach einem Umlageverfahren nach § 71 ASVG ermittelt werden.

Die Finanzierung der Unfallversicherung bei der Allgemeinen Unfallversicherung erfolgt hingegen durch einen gesetzlich fixierten Beitragssatz nach § 51 Abs. 1 Z 2 ASVG. Dieser Beitragssatz wurde durch das Bundesgesetz, mit dem das Arbeitsmarktpolitik-Finanzierungsgesetz, das Insolvenz-Entgeltversicherungsgesetz, das Dienstleistungsscheckgesetz und das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz geändert werden, BGBl. I Nr. 30/2014, mit Wirksamkeit ab 1. Juli 2014 um 0,1% Prozentpunkte von 1,4% auf 1,3% abgesenkt. Mit der Absenkung des Unfallversicherungsbeitrages wurde eine im Regierungsprogramm zur XXV. Gesetzgebungsperiode enthaltene Maßnahme zur Senkung der Lohnnebenkosten umgesetzt. Durch die gegenständliche Regelung soll diese Senkung der Lohnnebenkosten im Bereich der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau nachvollzogen werden, wobei die Senkung durch die Rücklagen der Versicherungsanstalt gedeckt ist.

Der im Umlagesystem der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau errechnete fiktive Beitragssatz lag seit dem Jahr 1996 stets unter dem der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt, zumeist aber über 1,3%.

Zusätzlich zu der auf Grund des § 23 Abs. 5 der Rechnungsvorschriften zu bildenden Leistungssicherungsrücklage in Höhe eines Zwölftels des Leistungsaufwandes ist die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau nach § 71 Abs. 2 ASVG zur Bildung einer allgemeinen Rücklage in Höhe eines Viertels der Aufwendungen für die Unfallversicherung verpflichtet. Für die Auffüllung der Rücklage ist des Weiteren ein Beitragszuschlag einzuheben. Diese Parameter beeinflussen wesentlich die Höhe des errechneten fiktiven Beitragssatzes.

Künftig soll die Rückstellungsverpflichtung zwischen 5% und 25% der ausgewiesenen Aufwendungen variabel gestaltbar sein, um den errechneten fiktiven Beitragssatz unter Orientierung an dem nunmehr auf 1,3% gesenkten Beitragssatz bei der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt verändern zu können.

Der Beschluss des Vorstandes über die Dotierung der allgemeinen Rücklage soll nach § 71 Abs. 2a ASVG der Zustimmung der Kontrollversammlung bedürfen.

Zu Art. 1 Z 18 (§ 73a Abs. 1 ASVG):

Der vorliegende Novellierungsvorschlag dient der redaktionellen Klarstellung der durch das 2. Sozialversicherungs-Änderungsgesetz 2010, BGBl. I Nr. 102/2010, eingeführten Bestimmung betreffend Beiträge in der Krankenversicherung von mit inländischen Pensionsleistungen vergleichbaren ausländischen Renten. Demnach sind Krankenversicherungsbeiträge für ausländische Renten zu dem

Zeitpunkt fällig sind, in dem die ausländische Rente, unbeschadet allfälliger individueller Vereinbarungen mit dem ausländischer Träger über Modalitäten des Rententransfers (etwa quartalsweise oder halbjährlich Auszahlungen), nach den gesetzlichen Bestimmungen ausbezahlt ist.

Zu Art. 1 Z 19 (§ 73a Abs. 3 ASVG):

Die österreichischen Pensionsversicherungsträger erfahren im Regelfall erst mit Verspätung von der Zuerkennung oder Erhöhung einer ausländischen Rentenleistung.

Der Einbehalt von Krankenversicherungsbeiträgen für rückwirkende Zeiträume durch die Pensionsversicherungsträger ist bislang im Gesetz nicht vorgesehen.

Ein Großteil dieser Beitragsforderungen liegt unter zehn Euro. Eine Vorschreibung derart geringer Beträge durch die Krankenversicherungsträger entspricht nicht den Grundsätzen einer wirtschaftlichen und sparsamen Verwaltung. Darüber hinaus würde eine derartige Vorgangsweise auf Unverständnis beim Versicherten stoßen, vor allem dann, wenn die Pensionsversicherungsträger diesen Krankenversicherungsbeitrag ohnedies von der laufenden Leistung einbehalten könnten.

Durch die vorgeschlagene Gesetzesänderung soll nun eine rechtliche Grundlage für den Einbehalt von Krankenversicherungsbeiträgen von Renten aus den Vormonaten durch die Pensionsversicherungsträger geschaffen werden. Mit der Betragsgrenze soll sichergestellt werden, dass die übliche Beitragsvorschreibung beziehungsweise Hereinbringung von Forderungen im Aufrechnungsweg nicht tangiert werden.

Zu Art. 1 Z 21 (§ 75a Abs. 1 bis 4 ASVG):

Der Aufwandsersatz des Bundes für die mittels Verordnung des Bundesministers für Gesundheit nach § 9 ASVG in die Krankenversicherung einbezogenen Bezieher/innen von Leistungen der Bedarfsorientierten Mindestsicherung ist durch das 2. Sozialversicherungs-Änderungsgesetz 2010 (2. SVÄG 2010), BGBl. I Nr. 63/2010, eingeführt worden.

Durch die vorgeschlagene Neufassung soll eine bessere Lesbarkeit der Bestimmung hinsichtlich der Beitragsteile, die für die pauschale Spitalsfinanzierung vom Hauptverband weitergeleitet werden, erreicht werden. Eine gesetzliche Klarstellung der bisherigen Praxis soll auch dahingehend erfolgen, dass bei der Ermittlung der geleisteten Beiträge auch Ersätze für Leistungsaufwendungen (Regresse), Rezeptgebühren, Kostenbeteiligungen und Beihilfen für nicht abziehbare Vorsteuer zu berücksichtigen sind. Zur Berechnung der Ausfallhaftung des Bundes werden nur aggregierte und keine personenbezogenen Daten übermittelt. Die gegenständliche gesetzliche Neufassung hat keine Auswirkungen auf die Höhe der Ausfallhaftung des Bundes.

Zu Art. 1 Z 24, Art. 2 Z 8 und Art. 3 Z 3 (§ 97 Abs. 3 ASVG; § 64 Abs. 2 GSVG; § 60 Abs. 3 BSVG):

Durch die vorgeschlagene Änderung wird eine Verweisung richtig gestellt: Im Rahmen der durch das Freiwilligengesetz, BGBl. I Nr. 17/2012, vorgenommenen Änderungen wurde im Bereich der pensionsrechtlichen Kinderbegriffe nach § 252 ASVG und Parallelbestimmungen die vormalige Ziffer 2 im Abs. 2 (die das Weiterbestehen der Kindsenschaft über die Vollendung des 18. Lebensjahres regelte, wenn und solange das Kind infolge Krankheit oder Gebrechens erwerbsunfähig ist) jeweils in die Ziffer 3 des genannten Absatzes verschoben und die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Freiwilligen Sozialen Jahres in die freigewordene Ziffer 2 eingereiht. Dabei wurde die Übernahme dieser Änderung in jene Regelungen, die den Wirksamkeitsbeginn von Änderungen in den Renten/Pensionsansprüchen regeln (§ 97 Abs. 3 ASVG und Parallelbestimmungen), übersehen. Diese Korrekturen sollen nunmehr vorgenommen werden.

Zu Art. 1 Z 26 (§ 120 Z 1 ASVG):

Bei der vorliegenden Änderung handelt es sich um eine grammatikalische Berichtigung.

Zu Art. 1 Z 29 (§ 122 Abs. 2 Z 3 ASVG):

Bei der vorgeschlagenen Änderung handelt es sich um eine redaktionelle Berichtigung, da jene lit. g des § 12 Abs. 3 ASVG, auf die sich die Verweisung in § 122 Abs. 2 Z 3 ASVG bezieht, durch BGBl. I Nr. 77/2004 aufgehoben wurde.

Zu Art. 1 Z 32 (§ 124 Abs. 2 ASVG):

Bei der vorgeschlagenen Änderung handelt es sich um eine legistische Klarstellung.

Zu Art. 1 Z 34 und 50 (§§ 135 Abs. 1 Z 2 und 349 Abs. 2 ASVG):

Bei der vorliegenden Änderung handelt es sich um eine Zitatsanpassung, die sich auf Grund der Neuerlassung des Psychologengesetzes ergibt.

Zu Art. 1 Z 35 (§ 138 Abs. 1 ASVG):

Die gegenständliche Änderung dient der Klarstellung des Anspruches auf Krankengeld in den so genannten „Schutzfristfällen“.

Durch das Sozialrechts-Änderungsgesetz 2006 (BGBl. I Nr. 131/2006) wurde die Schutzfrist für Sachleistungen aus der Krankenversicherung nach § 122 Abs. 2 Z 2 ASVG von bisher drei auf nunmehr sechs Wochen verlängert. Die Schutzfrist für den Bezug von Krankengeld sollte jedoch weiterhin drei Wochen betragen, sodass die Wortfolge „diese jedoch nur in den ersten drei Wochen dieser Anspruchsberechtigung“ im Zuge des SRÄG 2006 im § 138 Abs. 1 ASVG eingefügt wurde. Der Gesetzgeber wollte mit dieser Regelung bezwecken, dass in den Schutzfristfällen ein Anspruch auf Krankengeld nur dann besteht, wenn der Versicherungsfall innerhalb der ersten drei Wochen der Schutzfrist eingetreten ist. Auf Grund der unklaren Formulierung kommt es jedoch in der täglichen Praxis immer wieder zu Missverständnissen dahingehend, dass die Dauer des Anspruches auf Krankengeld nur drei Wochen beträgt.

Da diese Auslegung nicht der Intention des Gesetzgebers entspricht, ist die gegenständliche Neuformulierung geboten.

Zu Art. 1 Z 36 (§ 139 Abs. 2a ASVG):

Durch die Änderungen beim Pensionsvorschuss im Rahmen des 2. Stabilitätsgesetzes 2012, BGBl. I Nr. 35/2012, kann für Personen, die sich trotz langen Krankenstandes noch in einem aufrechten Dienstverhältnis befinden, eine Versorgungslücke entstehen.

Dies ist dann der Fall, wenn diese Personen einen ablehnenden Bescheid des Pensionsversicherungsträgers über eine beantragte Invaliditäts- oder Berufsunfähigkeitspension erhalten haben, da das Kompetenzzentrum Begutachtung die Arbeitsfähigkeit festgestellt hat, und sie diesen vor dem Arbeits- und Sozialgericht bekämpfen. Auf Grund des langen Krankenstandes besteht für diese Personen wegen Ablaufs der Höchstdauer kein Anspruch auf Krankengeld mehr, auf Grund des aufrechten Dienstverhältnisses haben sie jedoch auch keinen Anspruch auf Leistungen aus der Arbeitslosenversicherung, da der Pensionsvorschuss nur mehr bis zur Entscheidung des Pensionsversicherungsträgers gewährt wird.

Für die Zeit des laufenden Pensionsverfahrens, in der das Dienstverhältnis weiterhin aufrecht bleibt, haben diese Personen keinerlei Einkommen. Diese Versorgungslücke soll durch die gegenständliche Regelung, mit der diesen Personen bis zum Abschluss des Verfahrens vor den ordentlichen Gerichten weiterhin ein Krankengeld gewährt werden kann, beseitigt werden.

In Fällen, in denen die Pension rückwirkend zuerkannt wird, ist den Krankenversicherungsträgern das für diesen Zeitraum bereits ausgezahlte Krankengeld von den Pensionsversicherungsträgern zu refundieren.

Zu Art. 1 Z 37 und 67 (§§ 143a Abs. 2 und 695 Abs. 3 ASVG):

Von der geltenden Formulierung „aus der letzten eine Versicherung nach diesem Bundesgesetz oder dem B-KUVG begründende Erwerbstätigkeit“ sind auch Personen umfasst, die bei ihrer letzten Erwerbstätigkeit lediglich in der Unfallversicherung versichert waren. Dies hat zur Folge, dass zur Berechnung des Rehabilitationsgeldes auch eine geringfügige Beschäftigung herangezogen werden kann und nicht auf die letzte krankenversicherungspflichtige Erwerbstätigkeit abgestellt wird.

Durch die gegenständliche Änderung soll klargestellt werden, dass immer jene letzte Erwerbstätigkeit zur Berechnung des Rehabilitationsgeldes herangezogen werden soll, die eine Pflichtversicherung in der Krankenversicherung begründet hat, wodurch den betroffenen Personen in der Regel ein höheres Rehabilitationsgeld zusteht.

Durch die Übergangsbestimmung des § 695 Abs. 3 ASVG wird sichergestellt, dass Fälle, bei denen das Rehabilitationsgeld ausschließlich auf Grund einer geringfügigen Erwerbstätigkeit berechnet wurde, neu aufgerollt und neu berechnet werden, sofern das Rehabilitationsgeld auf Grund der ab 1. Jänner 2016 geltenden Rechtslage höher wäre. Dies kann nur der Fall sein, wenn vor der geringfügigen Beschäftigung eine die Pflichtversicherung in der Krankenversicherung begründende Erwerbstätigkeit ausgeübt wurde. Personen, die ausschließlich Beschäftigungen unter der Geringfügigkeitsgrenze ausgeübt haben, erhalten unverändert das ihnen zuerkannte Rehabilitationsgeld.

Zu Art. 1 Z 41 (§ 157 ASVG):

Durch die vorgeschlagene Änderung wird eine Zitierung richtig gestellt.

Zu Art. 1 Z 48 (§ 343e Abs. 3 ASVG):

Durch die vorgeschlagene Änderung wird ein Redaktionsversehen beseitigt.

Zu Art. 1 Z 49 (§ 347 Abs. 3a ASVG):

Im Rahmen der Gesundheitsreform ist neben dem österreichischen Strukturplan Gesundheit die Schaffung regionaler Strukturpläne vorgesehen. Die Sozialversicherungsträger und der Hauptverband haben nach § 84a Abs. 1 ASVG in ihrem Verwaltungshandeln und bei der Planung und Umsetzung der Versorgung der Versicherten diese zu beachten; auch im Vertragspartnerrecht (§ 342 Abs. 1 Z 1 ASVG) ist eine entsprechende Bedachtnahme vorgesehen.

Die genannten Strukturpläne sind allerdings nicht gesetzliche Normen, sondern lediglich Planungsunterlagen, der österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) gilt nach § 59j Z 1 KAKuG als objektiviertes Sachverständigengutachten.

Eine Bindungswirkung, wie sie in anderen Bestimmungen des ASVG vorgesehen ist (vgl. nur § 49 Abs. 4 ASVG), besteht nicht.

Um die in den Strukturplänen vorgesehenen Planungen nicht zu konterkarieren, sollen die Schiedskommissionen bei ihren Entscheidungen zu prüfen haben, ob der Hauptverband und die Sozialversicherungsträger die Rahmenbedingungen nach § 84a Abs. 1 (zB Österreichischer Strukturplan Gesundheit) beachtet oder nach § 342 Abs. 1 Z 1 ASVG (Regionale Strukturpläne Gesundheit) darauf Bedacht genommen haben, und ihrerseits den Umfang der Bedachtnahme als wesentliches Kriterium für ihre Entscheidungen heranziehen. Dies gilt in weiterer Folge auch für die Befassung der Gerichtsbarkeit im Rechtsschutzweg.

Zu Art. 1 Z 51 bis 55 (§ 363 ASVG):

Durch die vorgeschlagene Änderung soll die gesetzliche Grundlage für die Zulässigkeit des Austausches von strukturierten Daten und elektronischen Dokumenten zum Zweck der Verständigung des Arbeitsinspektorates hinsichtlich der Meldung von Versicherungsfällen angepasst werden. Die Träger der Unfallversicherung sollen nach § 363 Abs. 3 ASVG die Meldung eines Arbeitsunfalles oder einer Berufskrankheit an das zuständige Arbeitsinspektorat bzw. die zuständige Land- und Forstwirtschaftsinspektion auf automationsunterstütztem Weg übermitteln. Dabei erfolgt die Übermittlung aus datenschutzrechtlichen Gründen keinesfalls per e-mail, sondern verschlüsselt über eine gesicherte Datenverbindung.

Des Weiteren soll die nach geltender Rechtslage erforderliche zusätzliche Meldung durch die Unfallversicherungsträger an die Arbeitsinspektionsärztin/den Arbeitsinspektionsarzt im Zentralarbeitsinspektorat auf Anregung des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung und des Abbaus von Doppelgleisigkeiten in der Verwaltung künftig unterbleiben.

Bei den Unfallversicherungsträgern langen noch immer Unfallmeldungen ein, bei denen veraltete Formulare verwendet werden, die den heutigen Anforderungen fachlich nicht mehr entsprechen. Durch Abs. 5 der gegenständlichen Bestimmung soll daher festgelegt werden, dass die Meldungen künftig auf dem zum Zeitpunkt der Meldung gültigen Formular des Unfallversicherungsträgers (einfach und nicht mehr in dreifacher Ausfertigung) zu erfolgen hat.

Schließlich soll eine Neugestaltung des § 363 Abs. 2 ASVG dahingehend erfolgen, dass der Gesetzestext in Bezug auf die Meldung von Berufskrankheiten verständlicher gefasst wird. Die bisherige Formulierung führte in der Praxis immer wieder dazu, dass meldende Ärztinnen und Ärzte bzw. deren Patientinnen und Patienten der Meinung waren, dass das Absenden der „Meldung einer Berufskrankheit“ gleichzeitig die Feststellung dieser Berufskrankheit durch die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt bedeutet. Die Feststellung, ob eine Berufskrankheit vorliegt, erfolgt aber durch den Unfallversicherungsträger. Deshalb soll in Abs. 2 die Wortfolge „eine Berufskrankheit oder“ entfallen und der Passus „solchen Krankheit“ durch den Begriff „Berufskrankheit“ ersetzt werden. Es wird auch darauf hingewiesen, dass bloß der Verdacht des Vorliegens einer Berufskrankheit nach Anlage 1 zum ASVG gemeldet wird und keineswegs individuelle Diagnosedaten übermittelt werden. Nachdem lediglich die Methode der Übermittlung der Meldungen geändert wird, bleibt der bisherige Zweck der Übermittlung, nämlich die Unterstützung der Arbeitsinspektion bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach § 3 des Arbeitsinspektionsgesetzes 1993, nämlich die Wahrnehmung des gesetzlichen Schutzes der Arbeitnehmer/innen sowie die Unterstützung und Beratung der Arbeitgeber/innen und Arbeitnehmer/innen bei der Durchführung des Arbeitnehmerschutzes, durch die Unfallversicherungsträger unverändert.

§ 363 ASVG ist auf Grund der §§ 182 BSVG und 129 B-KUVG für alle gesetzlichen Unfallversicherungsträger anwendbar.

Zu Art. 1 Z 56 (§ 420 Abs. 2 ASVG):

Das Erfordernis der österreichischen Staatsbürgerschaft für Versicherungsvertreterinnen und –vertreter und der damit einhergehende Ausschluss von Angehörigen eines anderen EU-Mitgliedsstaates von diesen Funktionen ist im Hinblick auf europarechtliche Bestimmungen (Art. 18 AEUV) nicht mehr zeitgemäß und soll daher entfallen. Die Anforderung, dass Versicherungsvertreterinnen und –vertreter ihren Wohn- oder Beschäftigungsort oder ihren Betriebssitz im Sprengel des jeweiligen Versicherungsträgers haben müssen, soll für als Versicherungsvertreterinnen und –vertreter tätige Bedienstete von Gebietskörperschaften entfallen.

Zu Art. 1 Z 57 und 58 (§§ 420 Abs. 3 und 423 Abs. 1 Z 3 ASVG):

Bei der vorgeschlagenen Änderung handelt es sich um eine redaktionelle Berichtigung.

Zu Art. 1 Z 59 (§ 441d Abs. 2 ASVG):

Bei der vorgeschlagenen Änderung handelt es sich um eine redaktionelle Berichtigung, da § 32d ASVG durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 2012/35 aufgehoben wurde.

Zu Art. 1 Z 60 (§ 441e Abs. 2 ASVG):

Bei der vorgeschlagenen Änderung handelt es sich um eine redaktionelle Berichtigung, da § 32b ASVG durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 35/2012 aufgehoben wurde.

Zu Art. 1 Z 61 (§ 447 Abs. 3 ASVG):

Nach § 447 Abs. 3 ASVG sind Beschlüsse der Verwaltungskörper über Angelegenheiten im Bereich der Genehmigung zu Veränderungen von Vermögensbeständen bis zu bestimmten Wertgrenzen dem jeweils zuständigen Bundesminister anzuzeigen. Durch das 4. Sozialrechts-Änderungsgesetz 2009, BGBl. I Nr. 147/2009, wurden die Zuständigkeiten im Bereich der Aufsicht über die Sozialversicherungsträger dahingehend verändert, dass diese seit 1. Jänner 2010 zur Gänze bei den Bundesministerien (und nicht mehr teilweise bei den Landeshauptleuten) konzentriert sind. Durch diese gesetzliche Änderung ist die wesentliche Funktion der Anzeigepflicht weggefallen, da die entsprechenden Informationen den Bundesministerien in ihrer Funktion als Aufsichtsbehörden ohnehin zur Verfügung stehen.

Aus diesem Grund soll die Anzeigepflicht als Beitrag zur Verwaltungsvereinfachung daher künftig entfallen.

Zu Art. 1 Z 62 (§ 472 Abs. 2 Z 2 ASVG):

Diese Mitversicherungsbestimmung wurzelt in einer ehemaligen Satzungsbestimmung der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen, die vorsah, dass auch Großeltern und Stiefeltern einer oder eines Versicherten, die mit ihr oder ihm in Hausgemeinschaft leben und von ihr oder ihm überwiegend erhalten werden, als Angehörige gelten.

Die nach § 472 Abs. 2 ASVG anzuwendenden gesetzlichen Bestimmungen über die Krankenversicherung öffentlich Bediensteter, die auch die Rechtsnormen über die Anspruchsberechtigung der Angehörigen einschließen, zählten die Groß- und Stiefeltern nicht zu den Angehörigen. Auch eine Ermächtigung, im Wege der Satzung eine Ausdehnung des Personenkreises der Angehörigen vorzunehmen, war damals nicht vorgesehen. Um eine Verschlechterung hinsichtlich der Anspruchsberechtigung der Angehörigen hintanzuhalten, wurden Groß- und Stiefeltern im Rahmen der 20. Novelle zum ASVG, BGBl. Nr. 201/1967, als Angehörige kraft Gesetzes festgelegt.

Diese - gegenüber den anderen Mitversicherungsbestimmungen einzigartige - gesetzliche Bestimmung hinsichtlich der Großeltern ist mittlerweile überholt, da bei der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau mittlerweile weder Groß- noch Stiefeltern mitversichert sind. Für die Mitversicherung der Stiefeltern ist ohnehin § 56 Abs. 8 B-KUVG anzuwenden, weshalb der Mitversicherungstatbestand des § 472 Abs. 2 Z 2 ASVG als inhaltsleer und damit obsolet aufgehoben werden kann.

Zu Art. 1 Z 63 (§ 472 Abs. 2 Z 4 und 5 ASVG):

Die dem § 472 Abs. 2 ASVG neu angefügte Z 5 soll Ansprüche der Bediensteten der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB) abschließend regeln.

Laut VAEB besteht im Bereich ihrer in der „Abteilung B“ versicherten Bediensteten Bedarf, Geldleistungsansprüche aus Krankenversicherung zu schaffen.

Mangels gesetzlicher Verankerung dieser Ansprüche wurden diese Leistungen bislang im Falle von Wochengeld von der VAEB als Dienstgeberin übernommen; im Fall von Krankengeld hat sich auf Grund der langen Entgeltfortzahlungsräume bisher ein Fall ergeben, in dem die VAEB Krankengeld in analoger Rechtsanwendung ausbezahlt hat. Krankengeld wird von der VAEB geleistet, Wochengeld von der

VAEB mit 70%igem Finanzierungsanteil durch den FLAF, das von der VAEB ausbezahlte Rehabilitationsgeld wird nach § 143c ASVG vom Pensionsversicherungsträger ersetzt.

Es ist darauf hinzuweisen, dass es sich bei den angesprochenen B-Bedienstete der VAEB um eine „abschmelzende“ Versichertengruppe handelt, da ab dem 1. Jänner 2004 neu eingetretene Bedienstete nicht mehr in der „Abteilung B“, sondern in der „Abteilung A“ versichert sind.

Die Gruppe der im § 472 Abs. 1 Z 4 ASVG genannten „B-Bediensteten“ der VAEB ist nicht homogen, sondern gliedert sich in mehrere Gruppen:

- Bedienstete, die der EDO-Ang unterliegen,
- Bedienstete, die der DO. A-C unterliegen und einen Anspruch auf eine DO-Pension haben,
- Bedienstete, die der DO. A-C und der Pensionskassenregelung unterliegen.

Zu den Ansprüchen im Detail:

a) Krankengeld: Bedarf nach Schaffung eines Krankengeldanspruches besteht für nach dem 1. Jänner 1996, aber vor dem 31. Dezember 2003 in die damalige Versicherungsanstalt für Eisenbahnen (VAE) eingetretene Bedienstete, die der DO. A-C und der Pensionskassenregelung unterliegen. Für diese gelten die Entgeltfortzahlungsbestimmungen lt. DO. A-C (12 Monate bzw. laut Angestelltengesetz). Da nach Ende der Entgeltfortzahlung derzeit kein Anspruch auf Krankengeld besteht, soll ein solcher nun geschaffen werden. Bis dato hat die VAEB das Krankengeld in analoger Rechtsanwendung ausbezahlt. Eine Analyse der Krankenstandsdaten zeigte, dass derartige Fälle als Ausnahme zu betrachten sind. Da es in den letzten zehn Jahren einen einzigen derartigen Fall gab, kann daraus abgeleitet werden, dass die Wahrscheinlichkeit des Auftretens eines weiteren Falles in den nächsten fünf Jahren als äußerst gering einzuschätzen ist.

b) Wochengeld: Anspruch auf Wochengeld besteht für weibliche Bediensteten in den angeführten Bedienstetengruppen, soweit bei diesen ein Wochengeldanspruch theoretisch noch möglich ist.

Dies wird für weibliche Bedienstete ab dem 25. bis zum Erreichen des 40. Lebensjahres anzunehmen sein.

34 weibliche Bedienstete fallen in die eingangs erwähnte Alterskohorte; von diesen haben 25 Bedienstete null bis ein Kind und neun Bedienstete zwei bis drei Kinder. Für die Kostenschätzung wird daher von einem Potential von 25 Personen ausgegangen; aus Erfahrungswerten liegt die Wahrscheinlichkeit bei ein bis zwei Bediensteten pro Jahr, die schwanger werden.

c) Rehabilitationsgeld: Anspruch auf Rehabilitationsgeld haben Bedienstete, die ihr 50. Lebensjahr nicht vor dem 1. Jänner 2014 vollendet haben, somit ab dem 1. Jänner 1964 geborene Bedienstete.

Theoretisch anspruchsberechtigt sind 193 Personen, die sich wie folgt zusammensetzen:

110 Bedienstete, die der EDO-Ang unterliegen, 25 Bedienstete, die der DO. A-C unterliegen und einen Anspruch auf eine DO-Pension haben, 58 Bedienstete, die der DO. A-C unterliegen und der Pensionskassenregelung unterliegen.

Die VAEB rechnet auf Basis der Anzahl der Berufsunfähigkeitsfälle der vergangenen Jahre mit maximal ein bis zwei Rehabilitationsgeldfällen im Jahr für die betroffenen Versicherten- bzw. Bedienstetengruppen.

Zu Art. 1 Z 65 und 66 (§ 690 Abs. 3 und 4 ASVG):

Durch die vorgeschlagenen Änderungen werden Redaktionsversehen beseitigt.

Zu Art. 2 Z 3 und 4 (§§ 14a Abs. 3 bis 5 und 14c Abs. 2 Z 1 GSVG):

Durch die vorgeschlagene Änderung soll klargestellt werden, dass ein Wechsel zwischen der Fürsorgeeinrichtung einer gesetzlichen beruflichen Vertretung und der Selbstversicherung in der gewerblichen Krankenversicherung nach § 14a GSVG nicht jederzeit, sondern nur ein einziges Mal möglich ist.

Zu Art. 2 Z 5 und 6 (§§ 14c Abs. 2 Z 2 und 14d Abs. 2 GSVG):

Mit den vorgeschlagenen Änderungen soll einheitlich festgelegt werden, dass das Ende der Krankenversicherung nach den §§ 14c und 14d GSVG immer mit einem Monatsletzten eintritt.

Zu Art. 2 Z 9 (§ 79 Abs. 1 Z 3a GSVG):

Die im § 79 Abs. 1 Z 3a GSVG (Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft) enthaltene Verweisung soll aus systematischen Gründen um § 102d GSVG (Beitrag des Ausgleichsfonds für Familienbeihilfen) bereinigt werden.

Zu Art. 2 Z 10 (§ 79 Abs. 1 Z 4 GSVG):

Zahnbehandlung und Zahnersatz werden als Leistungen der Krankenversicherung erbracht. Durch die erfolgte Leistungserweiterung im Bereich Kieferregulierungen für Kinder und Jugendliche (§ 94a GSVG) soll die im § 79 Abs. 1 Z 3a GSVG enthaltene Verweisung entsprechend ergänzt werden.

Zu Art. 2 Z 12 bis 14 (§ 82 Abs. 1, 3 und 5 GSVG):

§ 82 GSVG regelt die Anspruchsberechtigung der Pflicht- und Weiterversicherten für sich sowie für ihre mitversicherten Familienangehörigen (§ 10 GSVG) und für ihre Angehörigen (§ 83 GSVG).

Es soll nun eine redaktionelle Ergänzung dahingehend vorgenommen werden, dass auch die Pflichtversicherten nach § 14b GSVG und die Selbstversicherten nach § 14a GSVG bei Beginn ihrer eigenen Anspruchsberechtigung und der Anspruchsberechtigung für Angehörige ausdrücklich in die Bestimmung aufgenommen werden.

Darüber hinaus soll es zu einer Ergänzung um die Pflichtversicherten nach § 14b GSVG bei der Schutzfrist über das Ende der Versicherung hinaus kommen.

Zu Art. 2 Z 16 (§ 86 Abs. 3 letzter Satz GSVG):

Durch die vorgeschlagene Änderung kommt es zu einer Richtigstellung einer Verweisung hinsichtlich der Zuzahlung der Versicherten im zahnärztlichen Bereich.

Zu Art. 2 Z 17 (§ 86 Abs. 5 lit. a GSVG):

Die Regelung über Kieferregulierungen für Kinder und Jugendliche (§ 94a GSVG) ist mit 1. Juli 2015, BGBl. I Nr. 28/2014, in Kraft getreten. Danach wird behandlungsbedürftigen Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres zahnmedizinisch geeignete Versorgung durch Kieferregulierung als Sachleistung gewährt. Konsequenterweise soll in der Regelung nach § 86 Abs. 5 lit. a GSVG, in der die Fälle aufgezählt sind, in denen die versicherte Person bei bestimmten Sachleistungen keinen Kostenanteil zu zahlen hat, auch die Verweisung auf die Kieferregulierung für Kinder und Jugendliche aufgenommen werden.

Zu Art. 2 Z 18 (§ 86 Abs. 5 lit. d GSVG):

Durch die vorgeschlagene Änderung wird eine Verweisung richtig gestellt.

Zu Art. 2 Z 19 (§ 86 Abs. 6 lit. d GSVG):

Bei der vorgeschlagenen Änderung handelt es sich um eine redaktionelle Berichtigung. § 93 Abs. 4 GSVG enthält nämlich selbst die Bestimmung, dass bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit die sonst nach den Abs. 2 und 2a von der versicherten Person zu tragenden Kosten bzw. Kostenanteile vom Versicherungsträger zu übernehmen sind.

Zu Art. 2 Z 26 und Art. 3 Z 13 (§ 230 Abs. 1a GSVG; § 218 Abs. 1a BSVG):

Durch die vorgesehene Änderung erfolgt eine Anpassung des GSVG und des BSVG an die durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 82/2014 (Änderung des Ärztegesetzes 1998 sowie des ASVG) vorgenommene Änderung des § 460 ASVG. Im § 159 B-KUVG, der auf den Abschnitt IX des Achten Teiles des ASVG verweist, ist keine Änderung erforderlich.

Zu Art. 3 Z 9 (§ 148a Z 2 lit. b BSVG):

Mit der vorgeschlagenen Änderung wird eine Verweisung richtig gestellt.

Zu Art. 4 Z 2 bis 4, 11 und 12 (§§ 19 Abs. 4, 26 Abs. 4, 26a Abs. 3, 93 Abs. 4 und 113 Abs. 4 B-KUVG):

Durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 32/2015 (Bundesgesetz, mit dem das Beamten-Dienstrechtsgesetz 1979, das Gehaltsgesetz 1956, das Vertragsbedienstetengesetz 1948 u. a. geändert werden) wurden mittels eines im Verfassungsausschuss beschlossenen Abänderungsantrages weitreichende Änderungen im Besoldungssystem für Bundesbedienstete vorgenommen. Unter anderem wurde in § 3 Abs. 4 des Gehaltsgesetzes 1956 ein besoldungsrechtlicher Referenzbetrag eingeführt, der als Referenzwert für Zulagen maßgeblich ist und der die bisher als Berechnungsbasis herangezogene Gehaltsstufe 2 der Dienstklasse V als Berechnungsbasis ablöst.

§ 169e Abs. 5 des Gehaltsgesetzes 1956 in der Fassung des angeführten Bundesgesetzblattes hält fest, dass, sofern in einem Bundesgesetz die Bemessung eines Betrages nach Maßgabe des Gehalts, einschließlich allfälliger Teuerungszulagen, der Gehaltsstufe 2 der Dienstklasse V der Beamtin oder des Beamten der Allgemeinen Verwaltung erfolgt, der Referenzbetrag an dessen Stelle tritt.

Durch die vorgeschlagenen Änderungen werden jene Bestimmungen im B-KUVG, die auf diese durch den Referenzbetrag abgelöste Gehaltsstufe Bezug nehmen, mit Wirksamkeit ab 1. Jänner 2017 entsprechend angepasst.

Zu Art. 4 Z 5 (§ 49 Abs. 1 B-KUVG):

Im Rahmen der 31. ASVG-Novelle (BGBl. 775/1974) wurde in § 107 Abs. 1 letzter Satz ASVG für Fälle, in denen sich wegen eines nachträglich festgestellten Bezuges aus einem Arbeitsverhältnis ergibt, dass eine sozialversicherungsrechtliche Geldleistung zu Unrecht erbracht wurde, ein von subjektiven Momenten unabhängiger Rückforderungstatbestand geschaffen. Die Parallelbestimmung des § 49 B-KUVG bleibe seinerzeit mangels Anwendungsbereichs jedoch unverändert.

Auf Grund der mit den neuen Versichertengruppen (Vertragsbediensteten) einhergegangenen Veränderungen im Leistungsspektrum des B-KUVG (Leistung von Kranken- und Wochengeld) besteht jedoch mittlerweile ein immer bedeutender werdender Anwendungsbereich für eine dem ASVG entsprechende Regelung. So erfolgen in der Praxis immer wieder falsche Berechnungen mit nachträglichen Korrekturen etwa im Bereich der Entgeltfortzahlungen durch die Dienstgeber. Eine Rückforderung der sozialversicherungsrechtlichen Geldleistungen scheitert nach derzeitiger Rechtslage aber häufig daran, dass für die Versicherten die Unrechtmäßigkeit des Bezuges nicht erkennbar ist.

Im Hinblick darauf soll eine Ergänzung in § 49 Abs. 1 B-KUVG und Angleichung an § 107 Abs. 1 ASVG vorgenommen werden.

Zu Art. 4 Z 8 (§ 63 Abs. 4 B-KUVG):

Durch die vorgenommene Änderung wird eine Verweisung richtig gestellt.

Zu Art. 6 (Änderung des Notarversicherungsgesetzes 1972):

Zu Z 1 (§ 2 Z 20 NVG):

Durch die als Z 20 in den Begriffskatalog des § 2 NVG neu eingeführte Definition des/der nahen Angehörigen sollen über die Angehörigen des § 25 BAO hinaus auch Privatstiftungen, deren StifterIn bzw. deren (Letzt-)Begünstigte/r die versicherte Person ist, als nahe Angehörige bestimmt werden.

Um Umgehungen zu vermeiden, sollen aber auch Stiftungen, die durch nahe Angehörige der versicherten Person oder die Notar-Partnerschaft, der die versicherte Person angehört, errichtet wurden oder deren (Letzt-)Begünstigte/r nahe Angehörige der versicherten Person oder die Notar-Partnerschaft sind, als nahe Angehörige des Versicherten gelten. Dies gilt auch für jene Fälle, in denen die versicherte Person und ein naher Angehöriger/eine nahe Angehörige gemeinsam Stifter/in, Begünstigte/r etc. sind.

Somit ist auf Grund der getroffenen Legaldefinition eine Stiftung, die zum Beispiel durch einen Ehegatten/eine Ehegattin einer versicherten Person als StifterIn errichtet wurde, als nahe Angehörige der versicherten Person zu qualifizieren.

Durch Verweisung auf die Definition der nahen Angehörigen in § 2 Z 20 NVG gilt auch eine Substiftung, die durch eine Stiftung errichtet wurde, die als nahe Angehörige der versicherten Person zu qualifizieren ist, als nahe Angehörige der versicherten Person.

Weiters gelten Stiftungen auch dann als nahe Angehörige einer versicherten Person, wenn deren StifterIn, Begünstigte/r oder Letztbegünstigte/r eine Gesellschaft oder ein anderer Rechtsträger ist, an der die versicherte Person oder deren nahe Angehörige im Sinne des § 5 Abs. 2a NVG beteiligt sind.

Zu Z 2 (§ 2a NVG):

Durch die Ergänzung soll klargestellt werden, dass sich die sprachliche Gleichbehandlung auf sämtliche im gesamten Gesetz, daher auch auf die in den §§ 1 und 2 NVG angeführten personenbezogenen Bezeichnungen, bezieht.

Zu den Z 3 und 4 (§§ 5 Abs. 2a und 10 Abs. 2 NVG):

Durch die Änderung in § 10 Abs. 2 NVG soll klargestellt werden, dass durch eine Aufteilung der Fremdleistungen auf mehrere Unternehmen im Sinne des § 5 Abs. 2a NVG, die diese Leistungen unmittelbar oder mittelbar erbringen, eine Minderung der Beitragsgrundlage nur in dem Ausmaß erreicht werden kann, wie wenn nur auf ein Unternehmen im Sinne des § 5 Abs. 2a NVG ausgelagert worden wäre.

Die Verwendung des Wortes „geleisteteten“ statt „bezahlten“ berücksichtigt, dass die in Rechnung gestellten Fremdleistungen nicht nur in Geld, sondern etwa im Wege des Tausches auch in einer Sache (zum Beispiel in Wertpapieren) bestehen könnten.

Die Streichung des Wortes „anteilig“ soll klarstellen, dass bei Notar-Partnerschaften in jedem Einzelfall festgestellt werden muss, welcher Betrag auf die versicherte Person entfällt; dieser Betrag muss nicht immer dem Beteiligungsverhältnis an der Notar-Partnerschaft entsprechen.

Zu Z 5 (§ 29 Abs. 2 NVG):

Durch die vorgeschlagene Ergänzung soll klargestellt werden, dass die Regelung über die Übertragung von Leistungsansprüchen für nahe Angehörige im Sinne des § 25 BAO gilt, nicht aber für Stiftungen, die künftig nach § 2 Z 20 NVG als nahe Angehörige gelten.

Zu Z 6 (§ 40 Z 1 lit. b NVG):

Mit der vorgeschlagenen Änderung wird ein Redaktionsversehen beseitigt:

Die vorzeitige Alterspension kann mit Vollendung des 65. Lebensjahres in Anspruch genommen werden, und zwar bereits ab 1. Jänner 2015 (und nicht erst ab 1. Jänner 2016).

Zu Z 7 (§ 78 NVG):

Die vorgeschlagenen Änderungen basieren auf Anregungen des Rechnungshofes und des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger.

Die derzeit geltenden Bestimmungen über die Vermögensanlage sollen dahingehend reformiert werden, dass das Ziel einer zinsenbringenden Veranlagung um die Ziele der Anlagesicherheit und der Sicherstellung einer ausreichenden Liquidität ergänzt sowie Kriterien für die Gewährung einer Ausnahmegenehmigung definiert werden.

Zu Art. 7 (Änderung des Sozialversicherungs-Ergänzungsgesetzes):

Zu Z 1 (Gesetzstitel):

Auf Grund der Einfügung einer neuen Regelung, die internationale Organisationen betrifft, ist der Langtitel des Sozialversicherungs-Ergänzungsgesetzes zu ändern.

Zu den Z 2 und 3 (§§ 8c und § 91 Abs. 2 SV-EG):

Nach den österreichischen Rechtsvorschriften betreffend die freiwillige Weiterversicherung (vgl. § 17 ASVG) ist vorgesehen, dass eine solche Versicherung nur dann zulässig ist, wenn keine Pflichtversicherung in der gesetzlichen Pensionsversicherung besteht. Bei Anwendung der Verordnung (EG) Nr. 987/2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, ABl. Nr. L 284 vom 30.10.2009 S. 1, zuletzt geändert durch die Verordnung (EU) Nr. 1368/2014, ABl. Nr. L 366 vom 20.12.2014 S. 15, ist nicht klar, ob dieser Ausschluss auch dann gilt, wenn eine Pflichtversicherung in einem anderen Mitgliedstaat vorliegt. Nach Art. 5 lit. b dieser Verordnung steht zwar eine Pflichtversicherung in einem anderen Mitgliedstaat einer solchen in Österreich prinzipiell gleich; allerdings steht der gesamte Art. 5 unter dem Vorbehalt, dass die Verordnung nichts anderes bestimmt. Eine solche abweichende Bestimmung könnte in Art. 14 Abs. 3 gesehen werden, wonach im Bereich der Pensionsversicherung der Beitritt zu einer freiwilligen Versicherung neben einer Pflichtversicherung in einem anderen Mitgliedstaat möglich ist, sofern ein solches Zusammentreffen „ausdrücklich oder stillschweigend zugelassen ist“. Durch die vorliegende Neuregelung soll diese Möglichkeit im österreichischen Recht eröffnet werden, um in den Fällen, die bisher als Probleme aufgetreten sind (dazu unten), eine Lösung zu bringen.

Anlassfälle waren vor allem längerfristige Entsendungen, in denen die Zuständigkeit Österreichs nach Ablauf der nach der zitierten Verordnung vorgesehenen zwei-jährigen Entsendefrist (Art. 12 Abs. 2) bereits im Wege von Ausnahmereinbarungen (nach Art. 16 der Verordnung) um weitere drei Jahre verlängert wurde und der betroffene Mitgliedstaat, in den die DienstnehmerInnen entsendet wurden, einer weiteren Verlängerung im Wege einer neuerlichen Ausnahmereinbarung nicht zugestimmt hat. Damit ist ab dem 6. Jahr die Beibehaltung der Pflichtversicherung in Österreich nicht mehr möglich und die Versicherungszuständigkeit wechselt in den Staat, in dem die Beschäftigung ausgeübt wird. Wenn das nunmehr anwendbare lokale Recht hinsichtlich des Betrages der erworbenen Leistungsansprüche mit dem Niveau der österreichischen Leistungen nicht vergleichbar ist, bestand sowohl von Seiten der betroffenen DienstnehmerInnen aber auch auf Seiten der DienstgeberInnen Interesse daran, das hohe Niveau der österreichischen Pensionsversicherung durch eine freiwillige Weiterversicherung aufrecht zu halten. Auf Grund der nicht klaren Rechtslage (Fragen traten hinsichtlich des Zusammenspiels zwischen den Regelungen der zitierten Verordnung und des nationalen Rechts auf) wurde eine solche freiwillige Weiterversicherung aber in der Praxis oft nicht zugelassen. Die vorgeschlagene Neuregelung soll

nummehr eine eindeutige Rechtsgrundlage für eine freiwillige Weiterversicherung auch in diesen Fällen schaffen.

Erfasst werden aber nur jene Fälle, in denen ein Staat betroffen wird, für den die zitierte Verordnung gilt (28 EU-Mitgliedstaaten, EWR-Staaten und Schweiz) bzw. mit dem ein bilaterales Abkommen geschlossen wurde. Eine Pflichtversicherung in anderen Staaten (zB Russland) ist ohnehin einer Pflichtversicherung in Österreich nicht gleichgestellt, sodass im Verhältnis zu diesen Drittstaaten immer eine freiwillige Weiterversicherung in Österreich zulässig ist, sofern die dafür nach dem ASVG verlangten Voraussetzungen vorliegen.

Allerdings soll nicht in allen Fällen einer Pflichtversicherung in den betroffenen Staaten eine freiwillige Weiterversicherung zugelassen werden. Verlangt wird, dass bereits ein Naheverhältnis zur österreichischen Pensionsversicherung aufgebaut wurde, das fortgesetzt werden kann. Vermieden werden muss, dass jemand von dieser Möglichkeit Gebrauch macht, um damit andere Ziele als die Beibehaltung des Niveaus der österreichischen Pension zu verfolgen. Die vorgeschlagene Möglichkeit einer freiwilligen Weiterversicherung soll zB nicht leicht dazu benutzt werden können, um mit ganz kurzen Versicherungszeiten in Österreich und anschließender freiwilliger Weiterversicherung trotz Pflichtversicherung in einem anderen Staat andere Leistungen zu Lasten Österreichs (zB Krankenversicherung in Österreich, die weniger teuer als im anderen Staat sein kann, Anspruch auf österreichisches Pflegegeld usw.) auszulösen (zB ein Monat Pflichtversicherung in Österreich, Recht auf freiwillige Weiterversicherung auf Grund der Zusammenrechnungsregelung des Art. 6 der zitierten Verordnung und trotz Pflichtversicherung in einem anderen Mitgliedstaat Erwerb eines österreichischen (Teil) Pensionsanspruches durch elf Monate einer freiwilligen Weiterversicherung). Daher wird als zusätzliche Voraussetzung verlangt, dass bereits ein stärkeres Naheverhältnis zur österreichischen Sozialversicherung aufgebaut wurde durch zwölf Monate der Pflichtversicherung auf Grund einer Erwerbstätigkeit.

Wichtig ist auch, dass eine Zusammenrechnung der Versicherungszeiten (zB nach Art. 6 der zitierten Verordnung) ausdrücklich ausgeschlossen wird. Die verlangen zwölf Monate der Pflichtversicherung auf Grund der Erwerbstätigkeit müssen daher in Österreich zurückgelegt worden sein (damit orientiert sich die Regelung auch an Art. 57 der zitierten Verordnung, wonach ein Mitgliedstaat grundsätzlich nur bei Vorliegen von mindestens 12 Versicherungsmonaten zur Gewährung von Pensionen verpflichtet ist). Ein solcher Ausschluss dieses allgemeinen Grundsatzes der Koordinierung ist möglich auf Grund der ausdrücklichen Übertragung der Regelung dieses Sachverhaltes an die Mitgliedstaaten durch Art. 14 Abs. 3 der zitierten Verordnung – die Mitgliedstaaten können dieses Nebeneinander von freiwilliger Versicherung und Pflichtversicherung auch zur Gänze ausschließen. Dass die Mitgliedstaaten für bestimmte Leistungsansprüche ein Naheverhältnis zu dem betreffenden Mitgliedstaat verlangen können, entspricht der ständigen Judikatur des EuGH (zB Urteil in der Rechtssache C-503/09, *Stewart*, EU:C:2011:500).

Eine längere Dauer der Versicherung in Österreich muss nicht verlangt werden, da ohnehin deckende Zeiten im anderen Mitgliedstaat vorliegen müssen; die Zeiten der freiwilligen Weiterversicherung können daher keine (neuen) Pensionsansprüche in Österreich auslösen, die nicht ohnehin auf Grund der deckenden ausländischen Zeiten bereits nach geltendem Recht entstanden wären (wenn jemand zB zwölf Monate in Österreich gearbeitet hat, dann nach Deutschland geht und dort 180 Monate arbeitet und versichert ist, sind die Anspruchsvoraussetzungen für eine österreichische Pension (180 Versicherungsmonate - § 4 Abs. 1 APG) unter Zusammenrechnung der Versicherungszeiten ohnehin erfüllt; die deckenden Monate der freiwilligen Weiterversicherung sind dafür nicht erforderlich und die freiwillige Weiterversicherung kann daher nicht dazu führen, dass nur durch diese ein Pensionsanspruch in Österreich entsteht.

Bei der Feststellung der österreichischen Pension sind diese deckenden Monate nämlich nur einfach zu zählen. Nach Art. 12 Abs. 3 der zitierten Verordnung verdrängen die Zeiten der Pflichtversicherung in einem anderen Mitgliedstaat die österreichischen Zeiten der freiwilligen Weiterversicherung. Für den Anspruch sind daher ausschließlich die ausländischen Monate der Pflichtversicherung heranzuziehen, sofern eine Zusammenrechnung stattfindet. Bei der Berechnung hat Österreich den diesen Zeiten der freiwilligen Weiterversicherung entsprechenden Leistungsteil zu ermitteln (das wird in der Regel die entsprechende Kontogutschrift sein) und der Leistung für die restlichen österreichischen Versicherungsmonate hinzuzufügen (Art. 43 Abs. 2 der zitierten Verordnung). Dies gilt aber natürlich nur dann, wenn Österreich seine Leistung nach Art. 52 Abs. 1 bis 4 der zitierten Verordnung zu berechnen hat. In jenen Fällen, wie zB bei der Berechnung einer Alterspension nach dem APG, in denen nach Art. 52 Abs. 5 der zitierten Verordnung allein nach nationalem Recht berechnet werden kann, werden ohnehin nur die österreichischen Versicherungszeiten und somit natürlich auch die Zeiten der freiwilligen

Versicherung berücksichtigt, sodass in diesen Fällen Art. 43 Abs. 2 der zitierten Verordnung keine Rolle spielt.

Die Neuregelung soll auch jene Fälle erfassen, in denen die Pflichtversicherung bereits vor dem Inkrafttreten der Neureglung geendet hat und die freiwillige Weiterversicherung auf Grund der bisherigen Rechtsunsicherheit nicht zu Stande kam (§ 91 Abs. 2 SV-EG). Für den Beginn einer solchen, nach dem Inkrafttreten der Neuregelung beantragten, Weiterversicherung gilt unverändert das nationale Recht (zB § 17 Abs. 7 ASVG), wobei aber dem Erfordernis, dass der Antrag auf Weiterversicherung binnen sechs Monate zu stellen ist (zB § 17 Abs. 4 ASVG – sofern nicht § 17 Abs. 6 ASVG anzuwenden ist) auch Genüge getan ist, wenn der Antrag binnen sechs Monaten nach dem Inkrafttreten dieser Regelung gestellt wird.

Die dargestellte Rechtslage gilt gleichermaßen auch im Verhältnis zu jenen Staaten, mit denen ein bilaterales Abkommen in Kraft ist.

Zu den Z 2 und 3 (§§ 8d und 91 Abs. 3 SV-EG):

Der EuGH hat die Mitgliedstaaten verpflichtet, Nachteile in der Pensionsversicherung auch für jene Personen zu vermeiden, die in einem Mitgliedstaat bei einer internationalen Organisation bzw. bei einer Einrichtung der EU beschäftigt sind (Urteile in den Rechtssachen C-293/03, *My*, EU:C:2004:821, C-286/09 und C-287/09, *Ricci und Pisaneschi*, EU:C:2010:420, C-233/12, *Gardella*, EU:C:2013:449, und C-408/14, *Wojciechowski*, EU:C:2015:591). Die Verordnung (EG) Nr. 883/2004 ist auf diese Fälle nicht anzuwenden, da diese nur die Systeme der Mitgliedstaaten koordiniert, nicht aber allfällige Systeme einer internationalen Organisation oder der EU-Einrichtungen. Dennoch leitet der EuGH aus Art. 45 AEUV (Arbeitnehmerfreizügigkeit) bzw. Art. 4 Abs. 3 EUV (Verpflichtung zur loyalen Zusammenarbeit) eine Zusammenrechnung der Beschäftigungszeiten zur Erfüllung der nationalen Anspruchsvoraussetzungen für eine Pension ab. Alleine das nationale Recht stellt nicht hinreichend klar, wie in diesen Fällen vorzugehen ist, sodass dafür eine ausdrückliche nationale Regelung vorzusehen ist.

Zunächst ist festzulegen, für welche Fälle diese Neuregelung gelten soll. Im Verhältnis zu den Einrichtungen der EU sieht bereits das EUB-SVG in Erfüllung der Verpflichtungen auf Grund des EU-Rechts die Möglichkeit vor, dass bei Aufnahme in ein Dienstverhältnis zur EU die österreichischen Pensionszeiten auf die EU bzw. bei Ausscheiden aus einem solchen Dienstverhältnis eine (Rück)Übertragung in das österreichische System der Pensionsversicherung möglich ist. Der EuGH hat die Verpflichtung zur Zusammenrechnung der Beschäftigungszeiten aber neben diese Übertragungsmöglichkeiten gestellt, sodass davon auszugehen ist, dass die Mitgliedstaaten zu einer solchen Zusammenrechnung verpflichtet sind, sofern eine Person von der Übertragungsmöglichkeit keinen Gebrauch macht (Rs. *My*, Rz 46 bzw. Rs. *Wojciechowski*, Rz 52). Wichtig ist auch, dass diese Zusammenrechnungsverpflichtung nicht nur dann besteht, wenn diese Beschäftigungszeiten bei einer Einrichtung der EU außerhalb Österreichs zurückgelegt wurden, sondern auch entsprechende in Österreich zurückgelegte Beschäftigungszeiten berücksichtigt werden müssen (auf Grund der Verpflichtung zur loyalen Zusammenarbeit - Urteil C-647/13, *Melchior*, EU:C:2015:54).

Für Beschäftigungszeiten einer Person bei einer internationalen Organisation in Österreich, die zuvor oder danach der österreichischen Pensionsversicherung angeschlossen war, ist derzeit davon auszugehen, dass dieser Sachverhalt nicht unter den AEUV fällt und diese Fragen im Übrigen in der Regel im jeweiligen Amtssitzabkommen (zB betreffend die Internationale Organisation für Migration: Art. 12 des Amtssitzabkommens mit dieser Organisation, BGBl. III Nr. 115/2014) oder in einem Sonderabkommen betreffend die soziale Sicherheit (zB betreffend die UNIDO: Abkommen über soziale Sicherheit, BGBl. III Nr. 111/2010) geregelt werden. Allerdings sollte die vorgeschlagene nationale Regelung auch diese Fälle erfassen, um möglichst alle denkbaren Fälle abzudecken und zu verhindern, dass Personen, die nicht grenzüberschreitend tätig waren, schlechter gestellt werden als grenzüberschreitende Fälle.

Es ist nur erforderlich, dass jene Fälle von der Neuregelung profitieren, die nicht bereits von einer der verschiedenen Übertragungsregelungen Gebrauch gemacht haben (zB § 12 EUB-SVG, § 506b ASVG aber auch Art. 6 des Abkommens mit dem CERN über soziale Sicherheit, BGBl. Nr. 217/1974 in der Fassung des Zusatzabkommens BGBl. Nr. 592/1989), selbst wenn durch diese Übertragungsregelungen nicht alle Beschäftigungszeiten zu Zeiten in der österreichischen Pensionsversicherung wurden. Ebenso haben natürlich jene Regelungen Vorrang, die in den bestehenden Abkommen bereits eine Zusammenrechnung der Zeiten vorsehen (zB Art. 15 des Abkommens über soziale Sicherheit mit der UNIDO).

Anders als bei den Versicherungszeiten anderer Mitgliedstaaten, die im Rahmen der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 stets in jenem Ausmaß zu berücksichtigen sind, wie sie von den anderen Mitgliedstaaten gemeldet werden (Art. 6 der Verordnung), muss für die Beschäftigungszeiten bei internationalen Organisationen bzw. EU-Einrichtungen festgelegt werden, welche Zeiten zu berücksichtigen sind. Es

sollten nur jene Zeiten heranzuziehen sein, während deren auch ein Schutz in einem Pensionssystem während der Beschäftigung bei der internationalen Organisation oder der EU-Einrichtung bestand (von den Zeiten in den anderen Mitgliedstaaten werden nach der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 auch nur jene Zeiten berücksichtigt, die nach der jeweiligen nationalen Systematik zu Versicherungszeiten geführt haben). Allerdings haben die internationalen Organisationen keine einheitlichen Systeme der Pensionsvorsorge. Etliche Organisationen sind zB dem UN-Pensionsfonds angeschlossen, andere haben nur einen eigenen Vorsorgefonds (zB die CTBTO). Entscheidend ist, dass es sich um ein System der Organisation handelt oder zumindest von dieser für alle Bediensteten initiiert wurde. Zeiten einer nur individuellen Pensionsvorsorge kommen nicht in Betracht. Als Nachweis für solche Beschäftigungszeiten sollte vorrangig eine Bestätigung der jeweiligen Einrichtung der EU bzw. internationalen Organisation dienen; kann eine solche nicht vorgelegt werden, trifft die Beweislast die betreffende Person selbst.

Die Neuregelung legt fest, wie die Zusammenrechnung der österreichischen Versicherungszeiten mit den Beschäftigungszeiten bei einer Einrichtung der EU bzw. bei einer internationalen Organisation erfolgt. Zur Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen ist dafür die Verordnung (EG) Nr. 883/2004 anzuwenden (insbesondere die Art. 6 und 51), wobei diese Beschäftigungszeiten wie Versicherungszeiten eines anderen Mitgliedstaates zu berücksichtigen sind. Ist auf Grund dieser Zusammenrechnung ein Pensionsanspruch eröffnet, so wird die Leistung ebenfalls unter Heranziehung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 (insbesondere Art. 52) berechnet.

Sollte in der Vergangenheit ein Pensionsantrag abgewiesen worden sein, weil die erforderliche Anzahl an Versicherungszeiten nicht vorliegt, kann über einen entsprechenden Antrag eine neuerliche Entscheidung unter Heranziehung auch der Beschäftigungszeiten bei der Einrichtung der EU bzw. der internationalen Organisation nach § 8d SV-EG erfolgen (§ 91 Abs. 3 SV-EG); zur Sicherstellung, dass auch Personen, die nicht sofort von der Möglichkeit einer neuerlichen Antragsstellung erfahren, nicht benachteiligt sind, ist auch eine an Art. 87 Abs. 6 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 orientierte Übergangsregelung vorgesehen, nach der bei einer Antragstellung innerhalb von zwei Jahren nach Inkrafttreten der Neuregelung die Leistung mit diesem Inkrafttreten anfällt. Bereits festgestellte Pensionen sind allerdings nicht neu festzustellen, da sich deren Betrag in der Regel ohnehin nicht ändern würde.

Zu Art. 8 (Änderung des Arbeitslosenversicherungsgesetzes 1977):

Zu den Z 1 und 5 (§§ 16 Abs. 1 lit. o und 79 Abs. 152 AIVG):

Personen, für die nach den entsprechenden Regelungen des ASVG bescheidmäßig festgestellt wurde, dass Invalidität (Berufsunfähigkeit) voraussichtlich im Ausmaß von mindestens sechs Monaten vorliegt und berufliche Maßnahmen der Rehabilitation zweckmäßig und zumutbar sind, haben Anspruch auf Umschulungsgeld nach § 39b AIVG. Wurde die Invalidität bzw. Berufsunfähigkeit durch einen Arbeitsunfall verursacht, kann im Einzelfall auch ein Übergangsgeld aus der Unfallversicherung gebühren.

Um eine Doppelversorgung aus Mitteln der Arbeitslosenversicherung einerseits und der Unfallversicherung andererseits zu vermeiden, soll der Anspruch auf Umschulungsgeld bei Bezug eines Übergangsgeldes nach § 199 ASVG ruhen. Die Regelung soll in den auch für das Umschulungsgeld geltenden Ruhensbestimmungen des § 16 AIVG verankert werden. Für den Bezug des Arbeitslosengeldes sowie der Notstandshilfe ist die gegenständliche Erweiterung der Ruhensstatbestände ohne Auswirkung, weil für diese Geldleistungen ohnedies Verfügbarkeit für die Arbeitsvermittlung vorliegen muss, ein Doppelbezug also von vornherein ausgeschlossen ist.

Zu Z 4 (§ 79 Abs. 48 AIVG):

Mit der Novelle BGBl. I Nr. 106/2015 wurde ein Zitat im § 70 Abs. 2 AIVG angepasst. Dabei wurde das zu ersetzende Zitat in der Novellierungsanordnung mit „§§ 76 und 78 des AVG 1950“ statt richtig mit „§§ 76 bis 78 des AVG 1950“ wiedergegeben.

Die nunmehr vorgeschlagene Ergänzung dient der Klarstellung.

Zu den Z 2, 3 und 6 (§§ 26 Abs. 3, 26a Abs. 3 und 79 Abs. 153 AIVG):

Der Verwaltungsgerichtshof hat mit Beschluss vom 23. September 2015, Zl. Ra 2015/08/0123-4, entschieden, dass Einkünfte aus Ausbildungsverhältnissen unabhängig von deren Höhe dem Anspruch auf Weiterbildungsgeld nicht entgegenstehen. Es steht demnach auch dann Weiterbildungsgeld zu, wenn die monatlichen Einkünfte auf Grund des Ausbildungsverhältnisses wie beispielsweise im Fall von Rechtspraktikanten sogar den Ausgleichszulagenrichtsatz gemäß § 293 Abs. 1 lit. a sublit. bb ASVG übersteigen. Dasselbe gilt auf Grund der diesbezüglich übereinstimmenden gesetzlichen Regelungen auch für das Bildungsteilzeitgeld. Das Weiterbildungsgeld (und in ähnlicher Weise das Bildungsteilzeitgeld)

sollen allerdings der Existenzsicherung während der Bildungskarenz (bzw. der Bildungsteilzeit) dienen, wenn diese nicht bereits anderweitig gewährleistet ist, und nicht die Erzielung von Einkommen ermöglichen, die sogar über durchschnittlichen Erwerbseinkommen liegen können. Auf Grund von Ausbildungen gewährte Einkünfte, die zwar über der Geringfügigkeitsgrenze gemäß § 5 Abs. 2 ASVG liegen, die jedoch das Eineinhalbfache der Geringfügigkeitsgrenze nicht überschreiten und daher schon ihrer relativ geringen Höhe nach primär der Abdeckung erhöhter ausbildungsbedingter Aufwendungen dienen (wie zB in der Regel bei KrankenpflegeschülerInnen) sollen weiterhin zu keiner Versagung des Anspruches auf Weiterbildungsgeld bzw. Bildungsteilzeitgeld führen.

Zu Art. 9 (Änderung des Mutterschutzgesetzes 1979):

Zu den Z 1 und 2 (§ 15c Abs. 1 und 3 MSchG):

Pflegeeltern sind ein wichtiges soziales Netz, um Kindern ein stabiles Umfeld zu geben, die in ihren eigenen Familien nicht verbleiben können. Derzeit ist jedoch eine Karenz nur für jene Pflegeeltern möglich, die ein Kind in Adoptionsabsicht in unentgeltliche Pflege nehmen. Häufig ist jedoch eine Adoption nicht möglich. Da derzeit das Gesetz eine Karenz nur bei Adoptionsabsicht vorsieht, haben Pflegeeltern bei bloßer Pflegeübernahme keinen Anspruch auf Karenz. Daher muss derzeit zumeist ein Pflegeelternanteil das Arbeitsverhältnis lösen, um sich dem Pflegekind bei der Übernahme verstärkt widmen zu können.

Es wird daher ein solcher Karenzanspruch geschaffen, jedoch soll dieser nur dann gelten, wenn aus der Übernahme der Pflege kein Entgelt bezogen wird. Daher sollen jene Pflegeeltern, die die Pflege eines Kindes im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses übernehmen und dafür Entgelt beziehen, keinen Karenzanspruch haben. Nicht unter den Entgeltbegriff zu subsumieren ist jedoch jeglicher Aufwandsersatz für das Pflegekind, wie etwa für Nahrung, Bekleidung, Körperpflege, Schulangelegenheiten, Arztkosten usw. Auch der Bezug von Kinderbetreuungsgeld im Sinn des § 1 Z 2 KBGG steht der Karenz nicht entgegen, da dieses zwar einen Ersatz für das Erwerbseinkommen darstellt, aber kein unmittelbares Entgelt für die Übernahme eines Kindes in Pflege ist.

Zu Art. 10 (Änderung des Väter-Karenzgesetzes):

Zu den Z 1 und 2 (§ 5 Abs. 1, 4 und 5 VKG):

Siehe die Erläuterungen zu Art. 9 Z 3 und 4.

Zu Art. 11 (Heeresentschädigungsgesetz):

Zu Abschnitt I (§§ 1 bis 9 HEG):

Abschnitt I enthält im Wesentlichen die nach dem HVG anspruchsberechtigten Personen, die schädigenden Sachverhalte, die in Betracht kommenden Entschädigungsleistungen sowie sonstige allgemeine Bestimmungen.

Zu § 1:

Diese Bestimmung folgt grundsätzlich den zentralen Regelungen des § 1 Abs. 1 bis 2b, 4 und 6 HVG. Es sollen die anspruchsberechtigten Personen und die schädigenden Sachverhalte (sie entsprechen jeweils dem HVG) umschrieben werden. Die Wegunfälle, die ebenfalls aus dem HVG übernommen wurden, wurden teilweise den entsprechenden Regelungen im ASVG sprachlich angepasst. Die (kausalen) Gesundheitsschädigungen sollen als Dienstbeschädigungen nach den Bestimmungen der gesetzlichen Unfallversicherung nach dem ASVG entschädigt werden (die Kriterien über Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten nach dem ASVG sind anzuwenden). Es sollen mit gewissen Ausnahmen die Geldleistungen nach dem dritten Teil des ASVG erbracht werden. Die Versehrtenrente auf Grund des HEG soll in der Regel mit dem Folgemonat nach Schädigungseintritt anfallen (bei Antragstellung innerhalb von zwei Jahren), dies folgt der bisherigen HVG-Regelung. Eine Gesamrente im Sinne des § 210 ASVG soll nur bei Heereschädigungen in Betracht kommen. Für die Entschädigung soll die AUVA im übertragenen Wirkungsbereich nach den Weisungen des Bundesministers für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz zuständig sein. Wie bisher nach dem HVG soll die Heilbehandlung für Heereschädigungen bei Bestehen eines Krankenversicherungsschutzes durch die gesetzliche Krankenversicherung erfolgen, sofern nicht ein Anspruch nach dem Heeresgebührengesetz besteht und nicht Unfallheilbehandlung, Kur und Rehabilitation nach den Bestimmungen des ASVG durch die AUVA zu erbringen ist. Der gegenwärtigen HVG-Regelung folgend soll ab der 27. Woche der Anstaltspflege dem Träger der Krankenversicherung ein Kostenersatzanspruch gegen den Bund zustehen. Soweit das HEG keine abweichenden Regelungen enthält, sind die für die gesetzliche Unfallversicherung geltenden

Bestimmungen des ASVG anzuwenden (etwa: Erster Teil, Abschnitt VI „Leistungsansprüche“). In den Regressverfahren gilt für die AUVA § 94 HVG sinngemäß.

Zu § 2:

Die Bestimmungen über das Anmeldeverfahren folgen inhaltlich jenen des § 83 Abs. 1 und 2 HVG. Ansprüche nach dem HEG sind bei der AUVA geltend zu machen. Weiterhin soll vorgesehen sein, dass die entsprechenden militärischen Dienststellen über die Entschädigungsansprüche belehren und Entschädigungsansprüche mit einer Niederschrift beim Bundesheer geltend gemacht werden können, die der AUVA zu übermitteln ist. Ebenso soll im Wesentlichen die Regelung des § 5 Abs. 4 HVG (Gesundheitsschädigungen werden vom Militärkommando der AUVA angezeigt) übernommen werden.

Zu § 3:

Wie schon bisher gemäß § 24b HVG vorgesehen soll auch für die Rente nach dem HEG eine Mindestbemessungsgrundlage festgeschrieben werden. Die Höhe dieser Mindestbemessungsgrundlage entspricht betragsmäßig der HVG-Mindestbemessungsgrundlage, wobei die Darstellung entsprechend den ASVG-Kriterien mit einem Jahresbetrag erfolgt (bisher monatlicher Betrag).

Zu § 4:

Diese Bestimmung normiert, dass die AUVA, die im übertragenen Wirkungsbereich tätig werden soll, sowohl die von ihr an die Leistungsbezieher erbrachten Leistungen als auch ihre Vollzugsaufgaben (Personal, EDV, Gutachten, Kosten der Gerichtsverfahren) vom Bund ersetzt erhalten soll. Die gesetzlich bestehenden Vollzugseinnahmen der AUVA reduzieren den Kostenersatz des Bundes. Für den Kostenersatz (Geltendmachung, Bezahlung) sollen nähere Regelungen bzw. Fristen gelten.

Zu den §§ 5 und 6:

Die Bestimmung über die Mitwirkungspflicht und Datenverwendung entspricht inhaltlich jener der §§ 87a und 87b HVG.

Zu § 7:

Diese Bestimmung über den Schwerbeschädigtenausweis entspricht inhaltlich dem § 73 HVG.

Zu § 8:

Die Einkommensteuer- und Gebührenfreiheit der Entschädigungsleistungen folgt der Regelung des § 68 HVG und enthält hinsichtlich der Sozialgerichtsverfahren einen Verweis auf § 80 ASGG.

Zu § 9:

Diese Bestimmungen folgen weitgehend § 95 Abs. 5 und 6 HVG.

Zu Abschnitt II (§§ 10 bis 43 HEG):

Abschnitt II enthält das Übergangsrecht und sieht Überleitungsbestimmungen für die nach dem HVG anspruchsberechtigten Personen bzw. die laufenden Leistungsbezieher vor.

Zu § 10:

Dem Übergangsrecht sollen allgemeine Grundsätze des HEG vorangestellt werden: Zum einen sollen personenbezogene Ansprüche, Berechtigungen und Verpflichtungen aus dem Bereich des HVG gewahrt werden und zum anderen soll, soweit die Agenden nicht auf die AUVA übergehen (was der Regelfall ist), das Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen weiterhin für den Vollzug unter Anwendung des HVG zuständig bleiben.

Zu den §§ 11 bis 14:

Diese Bestimmungen enthalten allgemeine Regelungen für das Übergangsrecht.

Zu § 11:

Zum 30. Juni 2016 anhängige Verfahren sollen nach den Bestimmungen des HVG noch abgeschlossen werden. Die Entscheidung soll grundsätzlich den Leistungszeitraum bis zum 30. Juni 2016 umfassen; dies gilt auch für Verfügungen nach dem AVG (Wiederaufnahme des Verfahrens, Wiedereinsetzung in den vorigen Stand, Abänderung und Aufhebung von Bescheiden), die Sachverhalte vor diesem Zeitpunkt betreffen.

Zu § 12:

Die nach dem HVG erbrachten laufenden Leistungen (Rentenleistungen, sonstigen Dauerleistungen und einkommensabhängigen Leistungen) sollen ab 1. Juli 2016 auf die AUVA übergehen und nach dem dritten Teil des ASVG unter Berücksichtigung von § 1 Abs. 7 HEG vollzogen werden. Wie bei den Renten gebühren auch bei den sonstigen Dauerleistungen und einkommensabhängigen Leistungen zwei

Sonderzahlungen, davon ausgenommen ist – wie bisher schon im HVG – das Kleider- und Wäschepauschale. Die übernommenen Geldleistungen sollen bei Auslandsaufenthalt auch exportiert werden können.

Zu § 13:

Über einen nach dem 30. Juni 2016 eingebrachten Antrag auf Rentenleistung betreffend eine Schädigung nach dem HVG soll von der AUVA nach dem dritten Teil des ASVG entschieden werden. Ist zum Antragszeitpunkt allerdings noch die Frist des § 55 HVG für die Beschädigten- und Hinterbliebenenrente offen, soll noch das Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen entscheiden und allenfalls die Leistung rückwirkend ab dem vor dem 1. Juli 2016 liegenden Anfallszeitpunkt des HVG zuerkennen. Diese Zuständigkeit des Bundesamtes für Soziales und Behindertenwesen gilt auch für noch offene HVG-Antragsfristen bei Anträgen (und amtswegigen Zuerkennungen) von sonstigen Dauerleistungen und einkommensabhängigen Leistungen.

Zu § 14:

Sofern das Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen nach dem 30. Juni 2016 über Renten, sonstige Dauerleistungen und einkommensabhängige Leistungen entscheidet, soll, um zahlungsmäßig einen kontinuierlichen Übergang sicherzustellen, die Leistungsanweisung erst mit Beginn des dritten Kalendermonates nach der Entscheidung des Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen von diesem auf die AUVA übergehen.

Zu den §§ 15 bis 22:

Diese Bestimmungen enthalten die Übergangsregelungen für die nach dem HVG zuerkannten Rentenleistungen.

Zu § 15:

Zum 30. Juni 2016 bestehende Renten- und Hinterbliebenenrentenansprüche nach dem HVG gelten danach als Ansprüche auf Versehrten- und Hinterbliebenenrenten nach dem ASVG. Die übergeleiteten Renten sind ab dem Folgejahr gemäß § 108g ASVG anzupassen. Von der Anpassung sind die Fälle nach § 32 HEG ausgenommen. In dieser Bestimmung soll auch detailliert dargelegt werden, auf welche konkrete Leistung nach dem ASVG die Rentenleistung nach dem HVG für Beschädigte und Hinterbliebene ab dem 1. Juli 2016 übergeleitet wird.

Zu § 16:

Führt ein noch vom Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen abzuwickelndes Verfahren zum Ergebnis, dass eine Rentenleistung zuzuerkennen, aber nach Juli 2016 einzustellen ist, soll das Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen nicht nur bis zum 30. Juli 2016 sondern über den Gesamtleistungszeitraum entscheiden und auch den dafür gebührenden Rentenbetrag auszahlen. Ebenso soll das Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen in einem anhängigen Ermittlungsverfahren erforderlichenfalls auch noch über Rentenminderungen und Rentenerhöhungen entscheiden.

Zu § 17:

Die vom Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen übernommene Beschädigtenrente ist in dieser Höhe von der AUVA (als Versehrtenrente) weiterzuleisten (inkl. Anpassung in den Folgejahren). Eine Neufeststellung der Rente durch die AUVA soll nur bei einer wesentlichen Änderung der Verhältnisse im Sinne des § 183 ASVG erfolgen können. Für eine Neufeststellung gelten die Regelungen des ASVG. Der Übergang der Rente nach dem HEG auf die AUVA ohne eine solche Sachverhaltsänderung steht folglich einer Neufeststellung entgegen. Ebenso sollen unterschiedliche Einstufungskriterien der Minderung der Erwerbsfähigkeit nach dem HVG und ASVG allein keine Neufeststellung ermöglichen.

Zu § 18:

Bei einer von der AUVA übernommenen Beschädigtenrente soll bei einer Neufeststellung nach dem ASVG grundsätzlich ein Betragsschutz in Höhe der nach dem HVG rechtskräftig gewährten Leistung bestehen. Der Leistungsanspruch soll in Höhe der Beschädigtenrente (bzw. der aus dem HVG übergeleiteten Versehrtenrente) und der Schwerstbeschädigtenzulage, die Schwerbeschädigten mit einer MdE – Summe von mindestens 130 vH gebührt und somit der Rente sachlich kongruent ist, weiter gebühren, sofern die neufestgestellte Rente samt Zusatzrente niedriger ist. Ist die Rente samt Zusatzrente höher (oder gleich hoch) wie die erwähnten (übergeleiteten) HVG-Leistungen soll hingegen sie geleistet werden. Eine Neufeststellung mit allfälliger Rentenminderung soll aber bei einer Besserung im Gesundheitszustand erfolgen können. Diese Vorgangsweise bzw. der Betragsschutz gilt auch dann, wenn die HVG-Rente durch eine berufskundliche Einschätzung erhöht ist. Zudem soll eine Neufeststellung bei Besserung des Gesundheitszustandes zu einem Wegfall der berufskundlichen Einschätzung führen.

Berufskundliche Nachprüfungen sollen in den übernommenen Rentenfällen generell entfallen. Ist zum 30. Juni 2016 auf Grund einer langjährigen Rentenbezugsdauer und der bereits erfolgten Vollendung des 50. Lebensjahres eine Herabsetzung der Minderung der Erwerbsfähigkeit für die Rente gemäß § 56 Abs. 5 HVG nicht mehr möglich, sollen diese Auswirkung auch für die Zeit danach weiterhin Bestand haben.

Zu § 19:

Sofern es bei einer übernommenen Beschädigtenrente zu einer Neufeststellung einer Rente durch die AUVA mit einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von 70 vH kommt, soll auch über eine Zusatzrente gemäß § 205a Abs. 1 Z 2 ASVG entschieden werden.

Zu § 20:

Bei einer gewährten Berufsausbildung gemäß § 17 HVG ist die Beschädigtenrente für die Ausbildungsdauer auf die Rente eines Erwerbsunfähigen (MdE von mindestens 90 vH) zu erhöhen. Diese Erhöhung der Rente soll bei Übergangsfällen von der AUVA nach Abschluss der Ausbildung zurückgenommen werden.

Zu § 21:

Bei einer Neufeststellung einer übergeleiteten Beschädigtenrente soll die AUVA grundsätzlich von der vom Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen festgestellten Bemessungsgrundlage ausgehen, wobei § 24 Abs. 8 HVG (Laufbahnverbesserungen) anzuwenden ist. Dies betrifft auch eine von ihr ab dem 1. Juli 2017 zuzuerkennenden Hinterbliebenenrente, wenn die zugrundeliegende Beschädigtenrente von diesem Amt gewährt wurde.

Zu § 22:

Durch diese Regelung soll gewährleistet werden, dass Waisenrenten und Familienzuschläge bei einem vor dem 30. Juni 2016 begonnenen Studium (das ordentlich und zielstrebig betrieben wird) wie bisher nach den Bestimmungen des HVG längstens bis zum 27. Lebensjahr geleistet werden können.

Zu den §§ 23 und 24:

Diese Bestimmungen enthalten die Übergangsregelungen für die nach dem HVG zuerkannten sonstigen Dauerleistungen.

Zu § 23:

Diese Bestimmung zählt auf, welche einzelnen Leistungen nach dem HVG als gesundheitsbedingte Dauerleistungen anzusehen sind. Diese Dauerleistungen sind von der AUVA weiterhin zu erbringen und jährlich entsprechend zu erhöhen bzw. anzupassen. Neufeststellungen sollen, auch wenn sich Änderungen im Gesundheitszustand ergeben, grundsätzlich nicht mehr erfolgen, d.h. die zuerkannte Leistungsstufe wird eingefroren. Lediglich bei der Pflege- und Blindenzulage soll einmalig eine allenfalls amtswegig vorgemerkte medizinische Nachuntersuchung noch durchgeführt werden. Über daraus resultierende Änderungen in der Leistungshöhe bzw. eine Leistungseinstellung ist nach den Bestimmungen des HVG durch die AUVA unter Mithilfe des Bundesamtes für Soziales und Behindertenwesen am Verfahren im Rahmen der Entscheidungsfindung zu entscheiden. Auch künftig sollen für die Pflege- und Blindenzulagen die Ruhensregeln der Sozialentschädigung bei Durchführung einer Heilbehandlung zur Anwendung gelangen.

Zu § 24:

Diese Bestimmung normiert, dass die gesundheitsbedingten Dauerleistungen bei Wegfall der Grundleistung einzustellen sind, darüber hinaus wird festgelegt, unter welchen weiteren Voraussetzungen einzelne Leistungen (Familienzuschläge, Schwerstbeschädigtenzulage, Diätkostenzuschuss), wie schon bisher im HVG vorgesehen, einzustellen sind.

Zu den §§ 25 und 26:

Diese Bestimmungen enthalten die Übergangsregelungen für die nach dem HVG zuerkannten einkommensabhängigen Leistungen.

Zu § 25:

Diese Bestimmung zählt die einkommensabhängigen Leistungen auf und ordnet an, dass sie von der AUVA weiterhin zu erbringen und jährlich entsprechend zu erhöhen bzw. anzupassen sind. Neubemessungen der einkommensabhängigen Leistungen sollen nicht mehr wie bisher stattfinden. Dies bedeutet, dass Einkommensänderungen nach dem 30. Juni 2016 nicht zu einer Neufestsetzung (Minderung oder Erhöhung der festgesetzten Leistungen) führen sollen und somit unberücksichtigt bleiben werden. Hingegen soll eine komplette Einstellung der einkommensabhängigen Leistung erfolgen,

sofern das Einkommen des Leistungsbeziehers nach den allgemeinen Beitragsgrundlagen für die Dauer von sechs Monaten eine bestimmte Einkommensgrenze übersteigt. Die Einkommensgrenze wird für jede einkommensabhängige Leistung an Beschädigte, Witwen, Waisen und Eltern gesondert bestimmt und entspricht betragsmäßig jeweils einem entsprechenden ASVG-Richtsatz für den Ausgleichszulagenbezug gemäß § 293 ASVG. Eine Einkommensprüfung soll unterbleiben, sofern der Leistungsbezieher das Regelpensionsalter erreicht hat oder eine Alterspension bezieht und demgemäß keine weiteren Einkommensänderungen bzw. kein zusätzlicher Pensionsanfall zu erwarten ist.

Zu § 26:

Die einkommensabhängigen Leistungen sollen – wie bisher nach dem HVG – bei Wegfall der Grundleistung, zu der sie gebühren, eingestellt werden. Der Erhöhungsbetrag nach § 23 Abs. 5 HVG soll der bisherigen Rechtslage folgend bei einer rentenberechtigten Minderung der Erwerbsfähigkeit von unter 50 vH eingestellt werden.

Zu den §§ 27 bis 31:

Diese Bestimmungen enthalten Übergangsregelungen für sonstige Leistungsansprüche nach dem HVG.

Zu § 27:

Die Abwicklung der bis zum 30. Juni 2016 angefallenen Heilfürsorgeleistungen, Leistungen der orthopädischen Versorgung und Rehabilitation soll auch bei Antragstellung nach diesem Zeitpunkt durch das Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen nach dem HVG erfolgen. Ebenso soll das Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen vor dem 1. Juli 2016 von ihm konkret bewilligte Leistungen nach dem HVG auch dann durchführen, wenn die Leistung bzw. Behandlung (zum Teil) erst danach erbracht wird.

Zu § 28:

Die über den KV-Schutz hinausgehende unentgeltliche Heilfürsorge nach dem HVG für Personen mit anerkannten Dienstbeschädigungen zum 30. Juni 2016 soll für diese Leiden grundsätzlich beim Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen bleiben, eine weitere Anwendung von diesbezüglichen HVG-Bestimmungen soll festgelegt werden. Sofern gesetzes- und satzungsmäßige Kostenbeteiligungen für diese Schädigungen, die auch bei einer Krankenversicherung als Selbstkosten verbleiben, anfallen, soll ab 1. Juli 2016 die AUVA diesen Ersatz übernehmen. Bei Anspruchsberechtigten nach dem HVG auf unentgeltliche Heilfürsorge für alle Leiden (Rentenbezieher mit einer MdE von mindestens 90 vH, Bezieher eines Erhöhungsbetrages gemäß § 23 Abs. 5 HVG ohne KV-Schutz) soll die Zuständigkeit ebenfalls beim Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen bleiben, sodass die akausalen gesetzes- und satzungsmäßigen Kostenbeteiligungen von ihm übernommen werden (die kausalen, wie oben dargelegt, von der AUVA). Der Anspruch auf unentgeltliche Heilfürsorge für alle Leiden soll wie bisher entfallen, wenn die grundsätzlichen Voraussetzungen dafür wegfallen. Neue Zuteilungen zur Krankenversicherung nach dem HVG sind künftig nicht mehr möglich.

Zu § 29:

Nach dem HVG können Beschädigte ohne Krankenversicherungsschutz zur Gebietskrankenkasse zugeteilt werden, weiters besteht für Angehörige (Witwen, Waisen, Eltern, Ehegatten und Pflegepersonen) die Möglichkeit einer sogenannten Krankenversicherung der Hinterbliebenen. Zum 30. Juni 2016 bestehende Zuteilungen und Krankenversicherungen sollen auch danach gewahrt bleiben, solange kein Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherungen besteht. Eine Krankenversicherung soll künftig der AUVA gemeldet werden. Wie bisher an das Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen sollen die Pflichtversicherten künftig an die AUVA einen Versicherungsbeitrag von 4 vH der Hinterbliebenenrente entrichten und freiwillig Versicherte einen monatlichen Fixbetrag wie die freiwillig Versicherten im KOVG 1957. Die Beträge sollen von der AUVA von der Rente einbehalten werden. Für den Kostenersatz des Bundes an die Gebietskrankenkasse für die Leistungserbringung soll die Weitergeltung der diesbezüglichen HVG-Bestimmungen angeordnet werden.

Zu § 30:

Nach dem HVG haben Rentenbezieher mit einer MdE von mindestens 90 vH und Bezieher eines Erhöhungsbetrages gemäß § 23 Abs. 5 HVG ohne gesetzlichen Krankenversicherungsschutz Anspruch auf orthopädische Versorgung für alle Gesundheitsstörungen. Diesen Personen soll diese Anspruchsberechtigung auch nach dem 30. Juni 2016 als Hilfsmittelversorgung nach § 202 ASVG gewahrt bleiben, die Leistungserbringung soll durch die AUVA erfolgen. Die AUVA soll zudem auch für die Hilfsmittelversorgung für die anerkannten Dienstbeschädigungen (bzw. die kausalen Leiden) zuständig sein.

Zu § 31:

Sofern das Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen vor dem 1. Juli 2016 Krankengeld leistet, ist dieses bei Vorliegen der Voraussetzungen von ihm auch nach diesem Zeitpunkt zu administrieren. Bei einem Krankengeldbezug soll das Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen auch noch für eine Rentenzuerkennung samt Leistungsgewährung zuständig sein.

Zu den §§ 32 bis 43:

Diese Bestimmungen enthalten sonstige auf Grund des HVG erforderliche Überleitungsregelungen.

Zu § 32:

Personen nach Art. II Abs. 4 des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 27/1964 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 306/1964 sollen ihre rechtkräftig bestehenden Leistungsansprüche gewahrt bleiben, der Vollzug erfolgt durch die AUVA. Es handelt sich primär um ehemalige Angehörige des Bundesheeres, die nicht unter das HVG fielen und ursprünglich Leistungen nach dem KOVG erhielten, die ohne Erhöhung nach dem HVG weitergeleistet wurden.

Zu § 33:

Nach dieser Bestimmung sollen zum 30. Juni 2016 bestehende personenbezogene rechtkräftige Ansprüche und Forderungen nach dem HVG ab dem 1. Juli 2016 als Ansprüche und Forderungen nach dem ASVG gelten, sie sind somit ab diesem Zeitpunkt von der AUVA zu erfüllen.

Zu § 34:

Rechtkräftige Ablehnungen von Leistungsansprüchen nach dem HVG binden auch die AUVA, eine Neubeurteilung nach den Bestimmungen des ASVG soll nicht erfolgen. Abgefertigte Rentenbestandteile nach dem HVG sollen durch die Aufhebung des HVG und Erlassung des HEG nicht wieder aufleben (das HVG enthielt bereits eine solche Anordnung).

Zu § 35:

Auf Grund dieser Bestimmung sollen von der Republik Österreich in Regressverfahren erwirkte Rechtstitel und erhaltene Verjährungsverzichtserklärungen mit Wirkung für die Zeit ab dem 1. Juli 2016 auch für die AUVA gelten. Regressansprüche betreffend vor dem 1. Juli 2016 angefallene Leistungen nach dem HVG sind weiterhin vom Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen zu verfolgen. Sofern zum 30. Juni 2016 ein Anspruchsübergang auf einen Sozialhilfeträger gemäß § 94a HVG besteht (Rententeilung auf Grund einer Pflege), soll dieser ab dem 1. Juli 2016 von der AUVA erfüllt werden.

Zu § 36:

Die Bestimmung über die Pfändbarkeit der Leistungen nach dem HEG entspricht der Regelung des § 60 Abs. 1 HVG.

Zu § 37:

Diese Bestimmung, die inhaltlich § 57 HVG folgt, legt den Beziehern von einkommensabhängigen Leistungen im Zusammenhang mit § 25 (Einstellung der Leistung) eine Meldepflicht betreffend Einkommensänderungen auf und normiert eine Ersatzpflicht bei Unterlassung derselben. Nach der ersten Meldung eines Pensionsbezuges aus Altersgründen soll die Anzeigepflichtung allerdings entfallen, zumal dann keine relevanten Einkommensänderungen mehr zu erwarten sind. Auch Ruhensgründe bei Bezug einer Pflege- und Blindenzulage (stationäre Heilbehandlung) unterliegen der Meldepflicht.

Zu § 38:

Ansprüche auf Sterbegeld und Gebühnisse für das Sterbevierteljahr gemäß §§ 30, 31 HVG betreffend vor dem 1. Juli 2016 eingetretener Sterbefälle sollen auch bei späterer Antragstellung noch vom Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen entschieden werden. Dem Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen obliegt weiters nach dem 30. Juni 2016 die bisher vorgesehene Anrechnung der Gebühnisse für das Sterbevierteljahr auf die Hinterbliebenenrente und somit die Rentenanweisung für die Anrechnungsmonate.

Zu § 39:

Bezieher eines Erhöhungsbetrages gemäß § 23 Abs. 5 HVG, die zum 30. Juni 2016 auf Grund der gesetzlichen Bestimmungen des HVG Rezeptgebühren für die anerkannten Dienstbeschädigungen oder für alle Leiden ersetzt erhalten konnten, soll dieser Anspruch auch ab dem 1. Juli 2016 gewahrt bleiben, solange die dafür normierten Voraussetzungen erfüllt sind. Der Ersatz ist vom Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen zu erbringen.

Zu § 40:

Es soll vorgesehen werden, dass Reisekosten, sofern es sich um ein noch vom Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen zu führendes Verfahren handelt, weiterhin nach den Bestimmungen des HVG zu ersetzen sind.

Zu § 41:

Bei einer erfolgten Rentenzuerkennung nach dem HVG im Vorschussweg durch das Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen soll diesem auch nach dem 30. Juni 2016 noch die endgültige Zuerkennung der Rente im Rechtsanspruch obliegen.

Zu § 42:

Sofern nach dem Übergangsrecht noch eine Entscheidungskompetenz des Bundesamtes für Soziales und Behindertenwesen besteht, gelten für die Rechtsmittel die Bestimmungen des HVG, es besteht weiterhin ein Rechtszug zum Bundesverwaltungsgericht und in der Folge zum Verwaltungs- und Verfassungsgerichtshof. Nach einer Aufhebung einer Entscheidung bleiben das Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen oder das Bundesverwaltungsgericht für die Verfahrensfortsetzung und die Entscheidung zuständig. Ansonsten gilt in Verfahren der AUVA für die Anspruchsberechtigten nach dem HEG das Verfahrensrecht des ASVG und - in Sozialgerichtsverfahren - des ASGG. Als Laienrichter nach dem ASGG soll ein Interessensvertreter im Sinne des § 92 Z 3 KOVG 1957 bestellt werden.

Zu § 43:

Da die Rentenleistungen der Unfallversicherung (im Gegensatz zur Sozialentschädigung) monatlich im Nachhinein gebühren, soll bei aufrechtem Leistungsanspruch zum 30. Juni 2016 eine Vorschussleistung in Höhe der für Juni 2016 gebührenden Geldleistungen geleistet werden. Der Vorschuss gebührt anstelle der Geldleistung für den Kalendermonat, in dem der Anspruch erlischt und soll spätestens am 1. Juli 2016 angewiesen werden. Ein Ruhen der Geldleistung im Juni 2016 ist bei der Bemessung des Vorschusses nicht zu berücksichtigen. Dies gilt sinngemäß auch für später übergehende Leistungen.

Zu Abschnitt III (§§ 44 bis 46 HEG):

Abschnitt III enthält Schlussbestimmungen sowie die Inkrafttretensregelung.

Zu § 44:

Durch die Aufhebung des HVG sollen bestehende Verweisungen in der Sozialentschädigung auf das HVG als Verweisungen auf das HVG in der Fassung vor der Aufhebung gelten. Verweisungen auf das HVG in anderen Bundesgesetzen sollen als Verweisungen auf das HEG sowie auf nach dem HVG zuerkannte und nach dem 30. Juni 2016 weiter nach dem HEG gebührende Leistungen gelten. Werden nach dem HEG Rentenleistungen von der AUVA zuerkannt, gelten dafür die in anderen Bundesgesetzen enthaltenen Verweisungen auf Versehrten- und Hinterbliebenenrenten nach dem ASVG. Verweisungen in bundesfinanzgesetzlichen Vorschriften auf die Heeresversorgung und das HVG gelten als Verweisungen auf das HEG. Das HVG soll wegen der gesetzlichen Neuregelung im HEG mit Ablauf des 30. Juni 2016 außer Kraft treten, im HEG enthaltene Verweisungen auf das HVG gelten als Verweisungen auf dessen Letztfassung.

Zu § 45:

Diese Bestimmung normiert, dass das HEG in die Vollzugskompetenz des Bundesministers für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz fällt.

Zu § 46:

Diese Bestimmung legt das Inkrafttreten des HEG mit 1. Juli 2016 fest.