



**HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER**

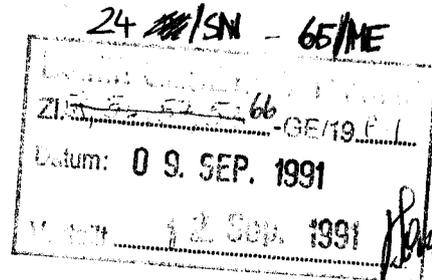
1031 WIEN KUNDMANNGASSE 21 POSTFACH 600 TEL 0222/711 32 TELEX 136682 hvsvt a TELEFAX 711 32 3777 DVR 0024279  
KI 1201:DW

Zl. 12-42.01:42.12:42.28:42.29/91 Sd/De

Wien, 5. September 1991

An das  
Präsidium des Nationalrates

Parlament  
1017 Wien



Betr.: 50. Novelle zum ASVG  
21. Novelle zum B-KUVG  
18. Novelle zum GSVG  
16. Novelle zum BSVG

Wir übermitteln Ihnen 25 Exemplare unserer Stellungnahmen zu den Ministerialentwürfen der genannten Sozialversicherungsgesetze.

Der Generaldirektor:

Beilage

**HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER**

1031 WIEN KUNDMANNGASSE 21 POSTFACH 600 TEL. 0222/711 32 TELEX 136682 hvsvt a TELEFAX 711 32 3777 DVR 0024279  
KI. 1001/DW

Zl. 12-42.01:42.12:42.28:42.29/91 G, Sd, Ch/Po Wien, 4. September 1991

An das

Bundesministerium für  
Arbeit und Soziales

Stubenring 1  
1010 W i e n

Betr.: 50. Novelle zum ASVG  
21. Novelle zum B-KUVG  
18. Novelle zum GSVG  
16. Novelle zum BSVG

Bezug: Ihre Rundbriefe zur Zahl 20.797/2-2/91,  
Zl. 20.621/1-2/91, Zl. 21.141/5-1/91 und  
Zl. 20.350/42-1/91

In der Anlage übermittelt der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger seine Stellungnahmen zu den Ministerialentwürfen der im Betreff genannten Sozialversicherungsgesetze und ersucht, seine Anregungen bei deren Endredigierung zu einer Regierungsvorlage mitzubersichtigen. In diesen Stellungnahmen sind auch die ihm vorgelegenen Äußerungen der Sozialversicherungsträger eingearbeitet.

Nach Auffassung des Hauptverbandes wird durch die in Aussicht genommenen Novellierungen die Solidarfunktion der sozialen Krankenversicherung wesentlich gestärkt. Im Hinblick darauf unterstützt er alle darin enthaltenen Lösungsansätze zur Verbesserung der Versorgungsqualität und damit auch zur Erhöhung der Gesundheits- und Gesundungschancen der Versicherten. Seiner Meinung nach handelt es sich um prinzipiell sachgerechte Lösungen, die auf die Aufgabenstellung sowie Finanzierungskraft der sozialen Krankenversicherung adäquat Rücksicht nehmen.

Den Entwicklungsmöglichkeiten innerhalb unseres Gesundheitsversorgungssystems sind durch unser System der sozialen Sicherheit Grenzen vorgegeben. Ein Beispiel ist die Beibehaltung der Aufgaben- und Verantwort-

tungsbereiche zwischen Sozialversicherung und Sozialhilfe im Zusammenhang mit der Neuordnung der Pflegevorsorge. Die soziale Krankenversicherung kann im "Pflegebereich" somit nur mit Begleitmaßnahmen helfen. Bund und Länder müssen ihre Anteile übernehmen. Die im Entwurf zur 50. ASVG-Novelle vorgesehene und vom Hauptverband grundsätzlich als Leistung der sozialen Krankenversicherung bejahte "medizinische Hauskrankenpflege" kann ihrer Konzeption nach nur eine "krankenhausersetzende Leistung" sein, für die wie auch sonst der sozialversicherungsrechtliche Krankheitsbegriff bestimmend ist.

Die soziale Krankenversicherung ist ein wichtiges Finanzierungsinstrument unseres Gesundheitswesens. Innerhalb des für sie bestimmenden Grundsatzes von der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik findet - was oft übersehen wird - durchaus eine aufgabenorientierte Verteilung der zur Verfügung stehenden Geldmittel statt. Wie in den finanziellen Erläuterungen zur geplanten 50. ASVG-Novelle zutreffend festgehalten, können die mit den Veränderungen im "Leistungspaket" der sozialen Krankenversicherung gegebenen Mehrkosten aber nur über eine entsprechende Mittelzufuhr abgedeckt werden. Die Tatsache, daß der Hauptverband zu den darin genannten Ziffern nicht konkret Stellung nimmt, erklärt sich aus der (noch) ausstehenden politischen Entscheidung und kann somit nicht dahingehend gedeutet werden, daß er die in den Erläuterungen genannten Beträge für zutreffend hält.

Der mit den gegenständlichen Entwürfen eingeleiteten Umorientierung in Richtung Strukturveränderung müssen seiner Meinung nach jedoch auch in anderen Bereichen unseres Gesundheitsversorgungssystems Initiativen folgen. Nur in diesem Fall kann die von den vorliegenden Entwürfen vorgezeichnete zukunftsgerichtete Weiterentwicklung und damit auch innere Erneuerung unseres Gesundheitsversorgungssystems vervollständigt werden.

25 Exemplare dieser Stellungnahme werden, wie gewünscht, dem Präsidium des Nationalrates direkt übermittelt.

Der Generaldirektor:



Der Präsident:



Beilagen

**HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER**  
1030 Wien, Kundmanngasse 21  
Telefon 0222/711 32

## **Stellungnahme**

im Begutachtungsverfahren der

# **18. Novelle zum Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz (GSVG)**

**§ 12 Abs.1 GSVG - Weiterversicherung**

Die entsprechende Regelung, wie im Entwurf der 50. Novelle zum ASVG in Art. I Z.2 (§ 17 Abs.1 lit.b ASVG - Neuregelung der Vorversicherungszeit), müßte auch im GSVG adaptiert werden.

**Zu Art. I Z.1 (§ 20 Abs.2 GSVG - Meldungen des Leistungs(Zahlungs)empfängers):**

Obwohl die vorgeschlagene Novellierung mit der 6-monatigen Karenzzeit ab dem Stichtag bei der Alterspension bzw. vorzeitigen Alterspension bei langer Versicherungsdauer begründet wird, sollte die Meldeverpflichtung während des Pensionsfeststellungsverfahrens nicht auf die Versicherungsfälle des Alters beschränkt werden.

Es wird daher vorgeschlagen, unabhängig von der beantragten Pension, eine Meldeverpflichtung im Sinne des Abs.1 auch während des Pensionsfeststellungsverfahrens vorzusehen.

**Zusätzlicher Novellierungsvorschlag**

Bei dieser Gelegenheit sollte die **Überschrift** des § 20 GSVG bzw. des § 18 BSVG zwecks Herstellung eines Gleichklanges mit dem ASVG in "**Meldungen der Zahlungsempfänger**" abgeändert werden.

Im § 20 Abs.1 GSVG sollte aufgrund der Aufhebung der Ruhensbestimmungen gemäß den §§ 60 und 61 GSVG mit 1. April 1991 der Ausdruck "**... bzw. während des Ruhens des Leistungsanspruches ...**" gestrichen werden.

**Zu Art. I Z.5 (§ 40 Abs.1 GSVG - Verjährung der Beiträge):**

Da das GSVG keine Betriebsnachfolgerhaftung für geschuldete Beiträge und dementsprechend auch nicht den Begriff des "Beitragsmithaftenden" kennt, erscheint die insoweit auch für das GSVG vorgesehene Neuerung obsolet.

§ 40 Abs.1 erster Satz sollte daher lauten:

"Das Recht auf Feststellung der Verpflichtung zur Zahlung von Beiträgen verjährt bei **Beitragsschuldnern** binnen zwei Jahren vom Tag der Fälligkeit der Beiträge."

**Zu Art. I Z.8 und 12 (§§ 79 Abs.1 Z.3 und 90 Abs.1 lit.a GSVG - Leistungen der Krankenversicherung - medizinische Maßnahmen der Rehabilitation):**

Gemäß § 93a Abs.1 dient die medizinische Rehabilitation der Sicherung des Erfolges der Krankenbehandlung bzw. der Erleichterung der Folgen der Krankheit. Sie dient folglich der Nachsorge im Anschluß an die Krankenbehandlung; ihre Nennung in § 90 Abs.1 lit.a als Bestandteil der Krankenbehandlung ist daher systematisch falsch. § 90 Abs.1 lit.a sublit.dd sollte daher ersatzlos gestrichen werden.

Außerdem läßt sich durch die Zitierung des Ausdruckes im § 93a Abs.1 "nach pflichtgemäßem Ermessen" die Absicht erkennen, medizinische Maßnahmen der Rehabilitation aus der Krankenversicherung ohne individuellen Rechtsanspruch zu gewähren, dem steht der Wortlaut des § 90 Abs.1 lit.a sublit.dd, der medizinische Maßnahmen der Rehabilitation als Teil der Krankenbehandlung (Pflichtleistung) deklariert, entgegen.

**Zu Art. I Z. 9 (§ 79a GSVG - Bewilligung durch den Versicherungsträger):**

Das GSVG spricht stets von einem **Kostenersatz**, wenn ein Anspruch auf Sachleistung gegeben ist, der Anspruchsberechtigte jedoch die Sachleistung nicht in Anspruch nimmt; siehe § 85 Abs.2 lit.b. Der Terminologie des GSVG folgend müßte daher der Klammerausdruck in § 79a lauten:

”... (**Kostenersatz** anstelle von Sachleistungen) ...”

Im übrigen wird auf die Stellungnahme des Hauptverbandes zum Entwurf der 50. Novelle zum ASVG (Art. II Z.3, § 118 ASVG) verwiesen.

**Zu Art. I Z.10 (§ 86 Abs.5 lit.a GSVG - Erweiterte Befreiung vom Kostenanteil):**

In den Katalog der kostenanteilsbefreiten Sachleistungen sollten auch die Pflichtleistungen der Gesundheitsförderung (Krankheitsverhütung) gemäß § 89a (neu) aufgenommen werden, und zwar schon deshalb, weil bei diesen Leistungen ein Einzelkostenaufwand für einen bestimmten Versicherten konkret nicht ermittelt werden kann.

Im § 86 Abs.5 lit.a wird der Ausdruck "§§ 88, 89, 89a, 101 und 102 Abs.2" durch den Ausdruck "§§ 88, 89, **89a**, 89b und 102 Abs.2" ersetzt.

**Zu Art. I Z.11 (§ 89a GSVG - Gesundheitsförderung):**

Die neue Formulierung des § 89a sieht als Maßnahmen zur Gesundheitsförderung (Krankheitsverhütung) insbesondere nur die Gesundheitserziehung der Versicherten und die Erforschung von Krankheitsursachen vor. Das bedeutet für die Versicherten gegenüber den im § 101 Abs.1 angeführten Leistungen eine Einschränkung, da § 101 ersatzlos gestrichen werden soll.

Die im § 101 Abs.1 angeführten Leistungen sollten daher in § 89a ebenfalls vorgesehen werden.

Auch die derzeit in § 101 Abs.2 und 3 vorgesehenen Regelungen sollten in § 89a aufgenommen werden.

Hinsichtlich der Begründung wird auf die diesbezügliche Stellungnahme des Hauptverbandes zu Art. II Z.7 (§ 132c ASVG) der 50. Novelle zum ASVG verwiesen.

**Zu Art. I Z.12 (§ 90 Abs.1 GSVG - Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit, Zahnbehandlung und Zahnersatz):**

Auf Seite 6 der finanziellen Erläuterungen zum ASVG wird erwähnt, daß die vorliegende Novelle zum ASVG eine Erweiterung des Begriffes der Krankenbehandlung um "Zahnbehandlung und Zahnersatz" beinhaltet, was bislang lediglich im GSVG verwirklicht wurde. Der vorliegende Entwurf sieht aber nur eine Erweiterung der Krankenbehandlung um die medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation vor, was aber - wie in der Stellungnahme zu Art. I Z.8 und 12 GSVG begründet - abgelehnt wird.

Laut den Erläuterungen zur 18. Novelle zum GSVG sollen aber Zahnbehandlung und Zahnersatz (§ 94 GSVG) nicht mehr - so wie im geltenden Recht der gewerblichen Krankenversicherung - dem Versicherungsfall der Krankheit zugerechnet werden, sondern wie in allen anderen gesetzlichen Krankenversicherungen eine eigene Aufgabe darstellen. Abgesehen von dem Widerspruch in den Erläuterungen müßte, dem Gedanken folgend, daß Zahnbehandlung und Zahnersatz im GSVG künftig nicht aus dem Versicherungsfall der Krankheit gewährt werden soll (analog den anderen Sozialversicherungsgesetzen), Zahnbehandlung und Zahnersatz **im § 78 Abs.1 (Aufgabenkatalog der Krankenversicherung)** als gesonderte Aufgabe aufgezählt werden. Dies trifft auch für die **Hilfe bei körperlichen Gebrechen** zu, da diese im neuen Abs.1 lit.a sublit.cc des § 90 nicht mehr angeführt ist.

§ 78 Abs.1 müßte daher lauten:

"Die Krankenversicherung trifft Vorsorge

1. für die Förderung der Gesundheit (Verhütung von Krankheiten) und Früherkennung von Krankheiten;
2. für die Versicherungsfälle der Krankheit und der Mutterschaft;
3. für **Zahnbehandlung und Zahnersatz sowie für die Hilfe bei körperlichen Gebrechen**;
4. für die Früherfassung der für Maßnahmen der Rehabilitation in Betracht kommenden Personen (§ 158)."

**Zu Art. I Z.13 (§ 91 Abs.1 GSVG - Ärztliche Hilfe):**

Die Erläuterungen zu § 91 Abs.1 GSVG bzw. § 135 Abs.1 ASVG sprechen von der Notwendigkeit einer ärztlichen Verschreibung bei Psychotherapie bzw. Psychologie, dies ist aber im Gesetzestext nicht vorgesehen. Diese Diskrepanz sollte beseitigt werden.

Z. 2 ist hinsichtlich der **psychologischen Behandlung** jedenfalls zu weit gefaßt. Psychologische Behandlungen können - so wie die Psychotherapie und die ärztliche Hilfe - nur dann auf Rechnung der Krankenversicherungsträger gewährt werden, wenn es sich dabei um Krankenbehandlung im sozialversicherungsrechtlichen Sinne handelt. Die im § 3 des Psychologengesetzes angeführte Berufsumschreibung der psychologischen Tätigkeit umfaßt aber auch Maßnahmen, die keinesfalls als Krankenbehandlung im sozialversicherungsrechtlichen Sinne anzusehen sind, wie z.B. Prävention oder die Entwicklung gesundheitsfördernder Maßnahmen. Gerade diese Aufgabengebiete sind die Tätigkeitsbereiche der Gesundheitspsychologen. Daraus ergibt sich aber, daß die Gesundheitspsychologen nicht im Rahmen der Krankenbehandlung im sozialversicherungsrechtlichen Sinne tätig werden können. Es erscheint daher nicht sinnvoll, daß aufgrund der vorgeschlagenen Gesetzesformulierung die gesamte Berufsgruppe der Psychologen (Gesundheitspsychologen und klinische Psychologen) der ärztlichen Hilfe gleichgestellt wird. Die Gesundheitspsychologen müßten daher bereits von vornherein als Leistungserbringer für Rechnung der Krankenversicherungsträger im Bereich der Krankenbehandlung ausgeschieden werden. Damit ist aber nicht ausgeschlossen, daß die Gesundheitspsychologen in Krankenanstalten auf Rechnung der Sozialversicherungsträger im Bereich der Prävention oder Rehabilitation tätig werden können.

Im Gesetzestext des § 91 GSVG müßten daher nur mehr diagnostische Leistungen der klinischen Psychologen ausdrücklich angeführt werden. Voraussetzung für die Kostenübernahme durch den Krankenversicherungsträger wäre in diesem Fall eine Zuweisung durch den Arzt oder Psychotherapeuten. Auch diese müßte im Gesetz ausdrücklich angeführt werden.

Zur **ergotherapeutischen** Behandlung ist zu bemerken, daß nach den Erläuterungen "eine strikte Trennung zwischen der Tätigkeit eines Ergotherapeuten zur Reaktivierung der persönlichen Fähigkeiten des Patienten und etwa der Besorgung der Zurverfügungstellung von bestimmten Hilfsmitteln, die dem Patienten, z.B. die Handhabung eines Gerätes erleichtern, getroffen werden muß". Daraus müßte geschlossen werden, daß die Finanzierung derartige Hilfsmittel, die allenfalls vielfach im Zuge der ergotherapeutischen Behandlung notwendig sein werden, auf Rechnung der Krankenversicherungsträger nicht möglich ist.

**Zu Art. I Z.14 (§ 93a GSVG - Medizinische Maßnahmen der Rehabilitation):**

Eine genaue Begriffsdefinition von medizinischer Rehabilitation wäre erstrebenswert, damit die medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation von den bisherigen Leistungen der Krankenversicherung klar differenziert werden könnten.

Die Neuregelungen nehmen im Zusammenhang mit der Gewährung von Hilfsmitteln keinerlei Bezug auf die Regelungen über die Kostenlimitierung bzw. die Kostenbeteiligung bei Heilbehelfen und Hilfsmitteln außerhalb der Rehabilitation in der Krankenversicherung (§ 93 GSVG). Demnach würden künftig zwei voneinander verschiedene Ausgestaltungen der Gewährung von Hilfsmitteln bzw. Heilbehelfen nebeneinander existieren. Für den Bereich des GSVG würde dies insbesondere bedeuten, daß im Rahmen des in Aussicht genommenen § 93a der betreffende Versicherte unter Stützung auf § 86 Abs.1 jedenfalls einen 20%igen Kostenanteil zu tragen hätte. Eine entsprechende Regelung, wonach der Versicherungsträger die Kosten zur Gänze übernimmt (vgl. § 93 Abs.4 GSVG), wäre noch aufzunehmen.

**Zu Abs.2 des § 93a:**

Der vom GSVG erfaßte Personenkreis ist in der Unfallversicherung nach dem ASVG teilversichert. Die medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation zählen zur Unfallheilbehandlung gemäß § 189 ASVG. Diesbezüglich sieht auch § 93a Abs.2 des Entwurfes vor, daß die medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation vom Krankenversicherungsträger nicht zu gewähren sind, wenn und soweit diese ein Unfallversicherungsträger erbringt.

Gemäß § 191 Abs.2 ASVG kann der Unfallversicherungsträger die Gewährung der sonst vom Krankenversicherungsträger zu erbringenden Leistungen der im § 189 Abs.2 bezeichneten Art (Rehabilitationsmaßnahmen) jederzeit an sich ziehen, was aufgrund der Kausalitätsprüfung erfahrungsgemäß einige Zeit dauert. Da in § 93a Abs.2 des Entwurfes jedoch nur auf das Ansiehziehen durch den Pensionsversicherungsträger Bedacht genommen wird, sollte folgende Ergänzung vorgenommen werden:

"... oder ein anderer Pensionsversicherungsträger **oder Unfallversicherungsträger** ihre Gewährung nicht an sich zieht (§ 160 Abs.2, § 191 Abs.2 ASVG)".

Abschließend wird darauf aufmerksam gemacht, daß die Frage, wer über die Gewährung medizinischer Leistungen der Rehabilitation aus der Krankenversicherung entscheidet, offen ist. Zweckmäßig wäre eine Zuständigkeit des Landesstellenausschusses mit Delegationsmöglichkeit an das Büro anstelle des Rehabilitationsausschusses. Diesem Gedanken folgend sollte im **§ 212 Abs.1 erster Satz** der Punkt entfallen und dieser um den Ausdruck "**mit Ausnahme der Leistungen nach § 93a**" ergänzt werden.

**Zu Art. I Z.15 (§ 95 Abs.2 GSVG - Einschränkung des Begriffes der Anstaltspflege):**

Die Einbindung des Aufenthaltes in einer Sonderkrankenanstalt, die vorwiegend der Rehabilitation dient, in die Anstaltspflege birgt insbesondere ab dem Jahre 1994 erhebliche Gefahren in sich. Gemäß den erläuternden Bestimmungen zu Art. I Z.10 ASVG soll die medizinische Rehabilitation ab diesem Zeitpunkt zur Pflichtleistung werden. Bei ungeänderter Fortführung des Art. I Z.14 GSVG (§ 93a) bedeutet dies eine primäre Zuständigkeit der Krankenversicherung für den Fall, daß die Unfall- bzw. Pensionsversicherungsträger ihre Zuständigkeit verneinen. Faktisch bestehende Altenpflegeheime, die derzeit krankenanstaltenrechtlich als Krankenanstalten mit "Langzeitstationen" einzustufen sind, bedürften dann lediglich einer Bestimmungsänderung in eine Sonderkrankenanstalt für Rehabilitation, um eine Kostenübernahme der sozialen Krankenversicherung als Pflichtleistung zu erreichen. § 95 Abs.2 sollte daher unverändert belassen werden.

**Zu Art. I Z. 16 (§ 99 GSVG - Medizinische Hauskrankenpflege):**

Um eine eindeutige Abgrenzung der medizinischen Hauskrankenpflege zur Behinderten- und Altenpflege zu gewährleisten, müßte in § 99 Abs.1 angeführt werden, daß es sich bei der medizinischen Hauskrankenpflege um eine krankenhausersetzende Leistung handelt. Dies entspricht prinzipiell auch den derzeitigen einschlägigen Richtlinien der Krankenversicherungsträger, die Hauskrankenpflege für Erkrankte vorsehen, die sonst üblicherweise einer Anstaltspflege oder im Rahmen der ärztlichen Hilfe einer intensiven Betreuung bedürfen.

Weiters sollte der im Entwurf in Abs.1 vorgesehene Halbsatz "neben der ärztlichen Hilfe und der Versorgung mit Heilmitteln bzw. Heilbehelfen" entfallen, da die Hauskrankenpflege ansonsten als additive Leistung gesehen werden kann.

§ 99 Abs.1 könnte daher lauten:

"Sofern ein regelwidriger Körper- oder Geisteszustand besteht, der die Krankenbehandlung notwendig macht (§ 80 Abs.1 Z.1), ist zur Vermeidung oder Verkürzung von Anstaltspflege, aufgrund ärztlicher Anordnung medizinische Hauskrankenpflege zu gewähren."

Zu.Abs.4:

Das Gesetz limitiert die Gewährung der Hauskrankenpflege auf maximal vier Wochen. Hingegen sprechen die erläuternden Bemerkungen zu Art.II Z.17 ASVG von einer nach oben hin unbegrenzten Wiederholungsmöglichkeit, jeweils auf Antrag. Beides zusammen ist legislativ unvereinbar und als Regulativ faktisch unbrauchbar. Im Hinblick auf die **primäre Nachsorge von Akutfällen** sollte das zeitliche Limit beibehalten und um eine **einmalige Verlängerung** aus **ein- und demselben** Versicherungsfall der Krankheit ergänzt werden.

Im übrigen wird auf die Stellungnahme des Hauptverbandes zu Art. II Z.17 (§ 151 ASVG) der 50. Novelle zum ASVG verwiesen.

**Zu Art. I Z.17 (§ 100 Abs.1 und 2 GSVG - Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit):**

Weshalb im GSVG die Überschrift "Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit" zu § 100 entfallen, im ASVG zu § 155 hingegen als Überschrift zum 6. Unterabschnitt des II. Teiles Abschnitt J belassen werden soll, obwohl die entsprechenden Bestimmungen den gleichen Regelungsinhalt aufweisen, ist nicht einzusehen. **Aus Gründen der Systematik und Gliederung sollte die Überschrift belassen werden.**

Durch die Neuformulierung des § 100 Abs.1 und 2 erfolgt im Vergleich zu den früher möglichen Maßnahmen der Festigung der Gesundheit eine Leistungseinschränkung, da nunmehr die Unterbringung in einem Erholungsheim nur unter der Voraussetzung möglich ist, daß die Genesung nach schwerer Krankheit durch einen Erholungsaufenthalt beschleunigt wird. Die Unterbringung in Erholungsheimen zur Verhinderung einer unmittelbar drohenden Krankheit oder der Verschlimmerung einer bestehenden Krankheit - wie dies im Entwurf in Z.2 für die Unterbringung in Kuranstalten vorgesehen ist, wäre nicht möglich.

Die Gewährung von Kurmaßnahmen in Kurorten unter der Voraussetzung der Inanspruchnahme eines dort vorhandenen und für den Behandlungserfolg maßgebenden natürlichen Heilvorkommens würde gegenüber der derzeitigen Praxis eine weitere Verschlechterung bedeuten, wobei insbesondere Angehörige von Versicherten betroffen sein könnten, bei denen nicht auf die Leistungen der Gesundheitsvorsorge in der Pensionsversicherung zurückgegriffen werden könnten.

Es sollte daher klargestellt werden, daß das Vorhandensein eines natürlichen Heilvorkommens die Möglichkeit der Gewährung von Kurmaßnahmen in den betreffenden Kurorten ohne Inanspruchnahme eines solchen Heilvorkommens (weil es im Einzelfall medizinisch gar nicht indiziert erscheint) auch weiterhin nicht ausschließt.

Abschließend wird darauf hingewiesen, daß die derzeit in § 100 Abs.2 Z.3 und 5 angeführten Maßnahmen

- Gewährung von Landaufenthalten und
- Übernahme der Reisekosten für alle aufgezählten Fälle

nicht mehr vorgesehen sind.

**Zu Art.I Z.19 (§ 102 Abs.2 GSVG - Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft):**

Diese Bestimmung sollte in der bisherigen Fassung beibehalten werden. Die vorgesehene besondere Zitierung des § 85 Abs.2 lit.b würde es nämlich unmöglich machen, im gegebenen Zusammenhang Vergütungen an geldleistungsanspruchsberechtigte Personen gemäß § 85 Abs.2 lit.c zu gewähren.

Einer Verweisung im Gesetzestext auf § 85 Abs.2 lit.b und lit.c bedarf es insofern nicht, als bei Pflichtleistungen Kostenersätze bzw. Kostenerstattungen im Falle der Nichtinanspruchnahme der betreffenden Leistung als Sachleistung gewährt werden, ohne daß dies bei den einzelnen Pflichtleistungen noch gesondert zum Ausdruck gebracht werden müßte.

## § 116 Abs.2 GSVG - Ersatzzeiten

Eine entsprechende Regelung, wie im Entwurf der 50. Novelle zum ASVG in Art. IV Z.4 (§ 228 Abs.2 ASVG - Einräumung von Ersatzzeiten der Kriegsdienstleistung an "Altösterreicher") vorgesehen, müßte auch in das GSVG aufgenommen werden, ebenso eine dem Art. VI Abs.7 entsprechende Übergangsbestimmung.

**Zu Art. I Z.22 lit.c (§ 122 Abs.4 GSVG - Bemessungsgrundlage):**

Z.3 sollte lauten:

”3. Beitragsmonate der Pflichtversicherung, die Zeiten nach § 115 Abs.1 Z.4 zweiter Halbsatz enthalten.”

**Zu Art. I Z.29 (§ 185 Abs.3 GSVG - Ersatzanspruch des Trägers der Sozialhilfe):**

Die Wortfolge "... solange das Nettoeinkommen (§ 149 Abs.3) des unterhaltsberechtigten Ehegatten des Pensionsberechtigten den Richtsatz gemäß § 150 Abs.1 lit.a bb nicht erreicht." bedarf aus folgenden Gründen einer Klarstellung:

1. Wie aus den Erläuterungen zum vorliegenden Entwurf zu entnehmen ist, soll durch die vorgeschlagene Änderung die Lage des in der ehelichen Wohnung zurückbleibenden Ehegatten verbessert werden.  
Aus der vorgeschlagenen Textierung kann jedoch nicht abgeleitet werden, daß diese Bestimmung nur bei Vorhandensein eines "in der ehelichen Wohnung zurückbleibenden Ehegatten" anzuwenden ist.
2. Bei der Ermittlung des Nettoeinkommens (§ 149 Abs.3) des unterhaltsberechtigten Ehegatten, welcher kein eigenes Einkommen bezieht, wären gemäß § 151 zu berücksichtigende Beträge heranzuziehen. Dies bedeutet, daß selbst bei einer Nettopension von S 20.000,-- des in einem Heim (Anstalt) untergebrachten Pensionisten kein Anspruchsübergang auf den Träger der Sozialhilfe stattfinden kann, da der Unterhaltsanspruch des Ehegatten gemäß § 151 Abs.1 lit.a nur S 5.000,-- beträgt (Richtsatz: S 6.500,--).

Es wird daher vorgeschlagen, § 185 Abs.3 zweiter Satz wie folgt zu formulieren:

"Der vom Anspruchsübergang erfaßte Betrag vermindert sich in dem Maß, als der dem unterhaltsberechtigten Angehörigen verbleibende Teil der Pension zuzüglich seines sonstigen Nettoeinkommens den jeweils geltenden Richtsatz gemäß § 150 Abs.1 lit.a bb nicht erreicht."

**Zu Art. I Z.31 (§ 199 Abs.2 GSVG - Amtsantritt des Versicherungsvertreters):**

Es wird auf die Stellungnahme des Hauptverbandes zu Art. V Z.11 (§ 422 ASVG) der 50. Novelle zum ASVG verwiesen.

**Im Zuge der Begutachtung der 18. Novelle zum GSVG sollte noch folgender Novellierungsvorschlag aufgenommen werden:**

**Zu § 41 Abs.1 GSVG - Ausdehnung der Frist für die Rückzahlung ungebührlich entrichteter Beiträge von drei auf fünf Jahre**

Die Frist für die Rückforderung ungebührlich geleisteter Beiträge sollte von derzeit drei auf **fünf** Jahre ausgedehnt werden, um die sich für die Versicherten immer wieder ergebenden Härten auszuschalten bzw. zu mildern. In der Praxis treten immer wieder Fälle auf, in denen ungebührliche Beitragsleistungen vorkommen, die mehr als 3 Jahre zurückliegen und in denen es dem Versicherungsträger aufgrund der derzeitigen Gesetzeslage nicht möglich ist, zum Teil beträchtliche Beitragsmehrzahlungen zu refundieren.

Das Zustandekommen solch ungebührlicher Beitragszahlungen ist auf zwei Ursachen zurückzuführen: Einerseits auf den oftmals relativ spät zutage tretenden Umstand, daß die als selbständige Erwerbseinkünfte veranlagten Einkünfte des Versicherten auch Einkünfte aus Einkommensquellen beinhalten, die außerhalb des Bereiches der versicherungspflichtigen Erwerbstätigkeit liegen und daher nachträglich aus der Beitragsgrundlage ausgeschieden werden müssen (zumal nach der einschlägigen Judikatur des VwGH die Formalversicherungsregelung insoweit nicht zum Tragen kommen kann), und andererseits darauf, daß für einen Versicherten, der bislang in der Krankenversicherung nach dem GSVG als versicherungspflichtig gehalten wurde, neben dieser (vermeintlichen) Krankenversicherungspflicht auch eine anderweitige Pflichtkrankenversicherung bestanden hat, die für die Krankenversicherung nach dem GSVG einen Ausnahmegrund darstellt (vor allem gemäß § 4 Abs.2 Z.3 oder Z.4 GSVG), wobei entsprechend einem Erlaß des Bundesministeriums für soziale Verwaltung vom 1. August 1983 wegen Bestehens dieser anderweitigen Krankenversicherungspflicht gleichfalls in der Krankenversicherung nach dem GSVG keine Formalversicherung feststellbar ist. Für die Versicherten ist es unverständlich, daß der Versicherungsträger verfallene Pensionsbeiträge einbehält, aber leistungsrechtlich keine Abgeltung hierfür vornimmt.

Außerdem wäre durch eine Ausdehnung auf 5 Jahre ein entsprechendes Korrelat zu der dem Versicherungsträger gesetzlich zugestandenen Berechtigung geschaffen, rückständige Beiträge nach Maßgabe der sozialversicherungsrechtlichen Verjährungsbestimmungen bis zu 5 Jahren rückwirkend hereinzubringen.

Im Sinne eines Gleichklanges sollten auch

§ 69 Abs.1 ASVG und

§ 40 Abs.1 BSVG

entsprechend novelliert werden.

**Novellierungsvorschlag zu § 14 Abs.2 FSVG -Alterspension:  
Korrektur des Sozialrechts-Änderungsgesetzes 1991**

Es wird seitens der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft dringend ersucht, den im § 14 Abs.2 FSVG verwendeten Ausdruck "Die Voraussetzungen nach Abs.1 entfallen" durch den Ausdruck "**Die Voraussetzung der Einstellung der selbständigen Erwerbstätigkeit im Sinne des Abs.1 entfällt**" zu ersetzen.

**Begründung:**

Durch die Einleitungsworte des § 14 Abs.1 FSVG ("Neben den Voraussetzungen des § 130 Abs.1 GSVG ist weitere Voraussetzung für den Anspruch auf Alterspension...") sollte jedenfalls sichergestellt werden, daß auch die nach dem FSVG Pensionsversicherten von der "erweiterten Stichtagsvoraussetzung des § 130 Abs.1 Z.2 GSVG ("Karenzhalbjahr") betroffen sind, wobei aber die "Voraussetzungen des § 130 Abs.1 GSVG" selbstredend auch die Voraussetzung des Erfordernisses des Nichtbestandes irgendeiner Pensionsversicherungspflicht am Pensionsstichtag gemäß § 130 Abs.1 Z.1 GSVG mitumfaßt. Andererseits entfallen nach der Regelung des § 14 Abs.2 FSVG "die Voraussetzungen nach (§ 14) Abs.1" bei einem freiberuflich tätigen Arzt unter den weiteren im § 14 Abs.2 FSVG angeführten Voraussetzungen. Die Wortinterpretation des § 14 Abs.2 FSVG in seiner derzeitigen Fassung würde nun aber zur Folge haben, daß gegebenenfalls auch die Anspruchsvoraussetzung des § 130 Abs.1 Z.1 GSVG entfallen würde, was keinesfalls beabsichtigt war (vgl. hierzu § 14 Abs.2 Z.2 und Abs.3 FSVG der Stammfassung).

Die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft ersucht zwecks Klarstellung, § 14 Abs.2 FSVG in der vorgeschlagenen Fassung noch in den derzeit zur Begutachtung befindlichen Entwurf aufzunehmen.