



## HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER

A-1031 WIEN

KUNDMANNGASSE 21

POSTFACH 600 DVR 0024279

VORWAHL Inland: 01, Ausland: +43-1

TEL. 711 32 / Ki. 1211

TELEFAX 711 32 3775

Zl. 12-REP-42.07/11 Sd/Ht

Wien, 9. September 2011

An das  
**Bundesministerium für Arbeit,  
 Soziales und Konsumentenschutz**

Per E-Mail

An das  
**Bundesministerium für Gesundheit**

Per E-Mail

An das  
**Präsidium des Nationalrates**

Per E-Mail

Betr.: Sozialversicherungs-Änderungsgesetz 2011  
 (SVÄG 2011)

Bezug: Ihr E-Mail vom 10. August 2011,  
 GZ: BMASK-21119/0001-II/A/1/2011

Sehr geehrte Damen und Herren!

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger dankt für die Einladung zum Begutachtungsverfahren und nimmt auf Grundlage der Mitteilungen der ihm angehörenden Sozialversicherungsträger wie folgt Stellung.

Anmerkungen zu den Novellierungsvorschlägen im ASVG gelten sinngemäß auch ohne ausdrücklichen Hinweis für die entsprechenden Änderungen in den Parallelgesetzen.

Mit freundlichen Grüßen  
 Für den Hauptverband:

Dr. Josef WANDLHOFER

Beilagen:

Begutachtungsblätter SVÄG 2011

# **Stellungnahme des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger**

## **zu Artikel 1**

### **76. Novelle zum ASVG**

**Zu Art. 1 Z 1 - § 11 Abs. 3 lit. b ASVG**

Die vorgesehene Regelung sollte auch auf jene Fälle Bezug nehmen, in welchen ein sogenannter „Papamonat“ nicht aufgrund § 29o VBG oder nach gleichartigen landesgesetzlichen Regelungen gewährt wird.

Das Gesetz regelt bis dato nicht, unter welchen Voraussetzungen die Pflichtversicherung in jenen Fällen weiterbesteht. Eine Freistellung für Väter unter Entfall der Bezüge im Zusammenhang mit der Geburt eines Kindes ist nämlich bereits in mehreren Kollektivverträgen (z. B. § 28c Kollektivvertrag Bankangestellte, § 8c Kollektivvertrag für Angestellte der Raiffeisenbanken) vorgesehen und könnte andererseits im Zuge der Privatautonomie zwischen Dienstgeber und Dienstnehmer im Einvernehmen auch ohne weitere gesetzliche oder kollektivvertragliche Grundlage vereinbart werden. § 11 Abs. 3 lit. b ASVG wäre hier jedoch nicht anwendbar. Eine planwidrige Regelungslücke ist aufgrund der Formulierung ebenfalls auszuschließen.

Problematisch ist dieser Umstand auch in Bezug auf die Zahlung der Beiträge. Kommt § 11 Abs. 3 lit. b ASVG zur Anwendung, werden die Beiträge zur Pflichtversicherung nach §§ 47 lit. a i.V.m. 53 Abs. 2 ASVG nämlich zur Gänze vom Dienstgeber getragen. Im Anwendungsbereich von § 11 Abs. 3 lit. a ASVG (unbezahlter Urlaub bis zu einem Monat) wären die Beiträge hingegen zur Gänze vom Dienstnehmer zu leisten (§ 53 Abs. 3 lit. c ASVG). Besteht ein kollektivvertraglicher Anspruch des Dienstnehmers auf unbezahlte Freizeit unter gewissen Umständen, wird davon ausgegangen, dass § 11 Abs. 3 lit. a ASVG nicht zur Anwendung kommt (E-MVB 011-03-00-001), was zur Folge hat, dass während der „Arbeitsunterbrechung ohne Entgeltzahlung“ keine Pflichtversicherung besteht.

Entsprechende Ergänzungen wären daher aus unserer Sicht notwendig.

## **Zu Art. 1 Z 2 - § 70c ASVG**

Gegen die Erstattungsregelung als solche besteht kein grundsätzlicher Einwand. Es handelt sich dabei um eine gesetzliche Klarstellung einer Rechtsfolge, die sich bereits jetzt durch Auslegung der einschlägigen Bestimmungen im Analogieweg aus dem Gesetz ableiten lässt.

Zur Formulierung des Gesetzes sollte Folgendes bedacht werden:

Die Beitragspflicht für Ausübungszeiten ist im Übergangsrecht geregelt, und die Bestimmungen sind zeitlich begrenzt. Eine die Beitragspflicht ergänzende Regelung zur Beitragserstattung sollte daher aus systematischen Erwägungen nicht durch eine neue Bestimmung im Dauerrecht, sondern durch eine Ergänzung der Bestimmung im Übergangsrecht erfolgen.

Laut dem Gesetzesvorschlag soll die Erstattung dann erfolgen, wenn die Berücksichtigung dieser Zeiten als Beitragsmonate nicht eintritt. In den Erläuterungen wird bekräftigt, dass eine Erstattung dann vorgesehen ist, wenn die „Anspruchswirksamkeit“ nicht eintritt. Das lässt die Frage offen, ob eine Erstattung dann zulässig sein soll, wenn der Einkauf zwar nicht anspruchswirksam, aber leistungswirksam geworden ist.

Diese Konstellation kann dann eintreten, wenn der/die Versicherte den Pensionsantritt über den ursprünglich geplanten Zeitpunkt (60./55. Lj.) hinaus verschiebt und vor Inanspruchnahme der Pension verstirbt. In diesem Fall werden für die Hinterbliebenenpension für die Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen (Anspruchswirksamkeit) die beitragsfreien Ersatzzeiten berücksichtigt. Die beitragspflichtigen Zeiten werden nicht benötigt und sind daher nicht anspruchswirksam. Für die Höhe der Leistung (Leistungswirksamkeit) kann der Einkauf hingegen wirksam werden, weil für die Ermittlung der Höhe der Pension des Verstorbenen die günstigeren Abschlagsregelungen für die Langzeitversicherungspension anzuwenden sind. Eine Rückerstattung erscheint diesfalls nicht gerechtfertigt.

§ 607 Abs. 12 ASVG erster Satz fünfter Teilstrich sollte daher lauten:

*- Ersatzmonate nach § 116 Abs. 1 Z 1 GSVG und nach § 107 Abs. 1 Z 1 BSVG, wenn für sie ein Beitrag in der Höhe von 22,8 % der dreißigfachen Mindestbeitragsgrundlage nach § 76a Abs. 3 ASVG je Ersatzmonat unter sinngemäßer Anwendung des § 116 Abs. 10*

- 5 -

*entrichtet wird. Werden die Beiträge nicht anspruchs- oder leistungswirksam, sind sie unter sinngemäßer Anwendung des § 227 Abs. 4 zu erstatten.*

Zu den Erläuterungen ist anzumerken, dass die Feststellung, dass überwiegend Frauen Beiträge zahlen, nicht bestätigt werden kann. Bei der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA) haben bisher 40 Männer und 6 Frauen Beiträge entrichtet. Die Annahme, dass es in 30 % der Fälle zu Erstattungen kommen wird, erscheint überhöht, da sowohl Frauen als auch Männer die Beiträge in Hinblick auf einen bereits geplanten Pensionstermin relativ kurzfristig entrichten. Die Aussage, dass eine Erstattung nur für Männer in Frage kommt, lässt sich nicht nachvollziehen, da außertourliche Änderungen der Lebensplanung, die einen bereits fix geplanten Pensionsantritt verhindern, oder Schicksalsschläge (Tod vor Pensionsantritt) geschlechtsneutral auftreten.

Daher wird folgende Formulierung vorgeschlagen:

*Bei den Sozialversicherungsanstalten der Bauern und der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft werden, hochgerechnet auf das Gesamtjahr 2011, voraussichtlich nicht mehr als insgesamt 200 Personen Beiträge leisten. Unter der Annahme, dass es höchstens bei 30 % zu einer Rückerstattung kommt, das heißt bei 60 Personen, und dass diese im Durchschnitt zwei Jahre nachgekauft haben, ergeben sich Mindereinnahmen von höchstens rund € 225.000 (€ 156,29 pro Monat mal 24 = € 3.751 mal 60 Personen).*

Ergänzend zu den in den Erläuterungen angeführten statistischen Zahlen der SVA und der Sozialversicherungsanstalt der Bauern (SVB) wäre auch die aktuelle Statistik der Pensionsversicherungsanstalt (PVA) anzuführen:

- Ansuchen auf Bezahlung der Ausübungersatzzeiten: 1.197
- Bewilligte Ansuchen: 974
- Davon bezahlt: 466



**Zu Art. 1 Z 8 bzw. 19 - § 264 Abs. 5 Z 1 und § 662 Z 1 ASVG**

Die Bestimmungen sollten überarbeitet werden, um nach der Novelle BGBl. I Nr. **52/2011** die Einheitlichkeit der Rechtslage zu erreichen bzw. die Rechtsklarheit zu verbessern:

Mit BGBl. I Nr. 52/2011 wurde die Berücksichtigung der Bezüge öffentlicher Funktionäre als Erwerbseinkommen bei sozialversicherungsrechtlichen Leistungen ab 1. Juli 2011 ab einem Übersteigen von 49 % des Ausgangsbetrages nach § 3 des Bundesverfassungsgesetzes über die Begrenzung von Bezügen öffentlicher Funktionäre festgesetzt (§ 91 **Abs. 1a** ASVG).

Es sollte klargemacht werden, worum es sich bei den wiederkehrenden Geldleistungen nach § 264 Abs. 5 **Z 3 lit. e** ASVG handeln soll (tatsächlich alle Bezüge oder nur bloß Ruhegehälter, Pensionen usw.?). Sonst würden diese Einkünfte nach der einen Bestimmung (§ 91 Abs. 1a ASVG) nur dann herangezogen, wenn sie einen bestimmten Wert überschreiten, nach der anderen (§ 264 Abs. 5 Z 3 lit. e ASVG) allerdings in allen Fällen. Das würde den Sinn der neuer Bestimmung in Frage stellen.

Darüber hinaus läge es nahe, den Wirksamkeitsbeginn ebenfalls mit 1. Juli 2011 festzulegen, da andernfalls Benachteiligungen beim Einkommensvergleich der Betroffenen nicht ausgeschlossen werden können.

Die PVA hat darauf hingewiesen, dass durch die Änderung im Erwerbseinkommensbegriff betreffend der Begrenzung der Bezüge von öffentlichen Mandataren weit reichendere Folgen entstehen werden. So könnte beispielsweise nicht nur die Wegfallsbestimmung bei Frühpensionen, sondern auch z. B. das Teilpensionsmodell gemäß § 254 Abs. 5 bis 8 ASVG davon betroffen sein.

**Zu Art. 1 Z 13 - § 306 Abs. 1 erster Satz ASVG**

Es ist vorgesehen, dass die Gesetzesbestimmung rückwirkend mit 1. Jänner 2011 in Kraft treten soll.

Die PVA hat – nach derzeitigem Stand – in 46 Fällen ein Übergangsgeld aus diesem Rechtstitel zuerkannt. Es bestünde daher nach In-Kraft-Treten dieser Gesetzesbestimmung rückwirkend kein Anspruch. Eine Rückforderung ist nach Auffassung der PVA ausgeschlossen.

Für den Fall der Umsetzung der beabsichtigten Regelung sollte diese erst zu einem Zeitpunkt in der Zukunft in Kraft treten.

Der Entwurf sieht vor, dass Übergangsgeld nur bei stationärer, nicht jedoch bei ambulanter Rehabilitation gewährt wird.

Die Intention des Gesetzgebers bzw. die Aussage in den Erläuterungen, dass diese Leistung regelmäßig neben einer Berufstätigkeit in Anspruch genommen wird, ist nicht nachvollziehbar. Erfahrungsgemäß ist es in den meisten Fällen fast unmöglich, eine ambulante Rehabilitation neben der Berufstätigkeit zu absolvieren. Auch eine ambulante Rehabilitation erfordert oftmals einen hohen Zeitaufwand. Es kann daher keinesfalls von einer „Regelmäßigkeit der Inanspruchnahme neben einer Berufstätigkeit“ bzw. „von einem begrenzten Zeitaufwand“ gesprochen werden.

Normalfall ist, dass auch die ambulante Rehabilitation während eines Krankenstandes in Anspruch genommen wird, und dabei Anspruch auf Krankengeld besteht. Auch werden beispielsweise Arbeitslose und Notstandshilfebezieher ambulante Rehabilitation erhalten. Im Ergebnis bedeutet das, dass die Krankenversicherungsträger belastet werden (Zahlung von Krankengeld wird ausgelöst). Da bei Bezug von Übergangsgeld der Krankengeldanspruch ruhen würde, wird in den Erläuterungen allerdings argumentiert, dass eine finanzielle Umschichtung von der Kranken- zur Pensionsversicherung zu verhindern sei.

Aus unserer Sicht sollte das Übergangsgeld auch Personen, welche eine ambulante Rehabilitation in Anspruch nehmen, gebühren. Letztendlich wurde die Maßnahme der ambulanten medizinischen Rehabilitation mit § 302 Abs. 1 Z 1a ASVG auch gesetzlich in den Leistungskatalog der Pensionsversicherung aufgenommen.

Die ambulante medizinische Rehabilitation wird vom Pensionsversicherungsträger gewährt. Wenn nun kein Übergangsgeld zu leisten wäre, sondern Krankengeld, würde im Ergebnis der Pensionsversicherungsträger determinieren, wann und was der Krankenversicherungsträger zu zahlen hat. Das widerspricht den oben zitierten Ausführungen in den Erläuterungen.

Wir sprechen uns daher gegen die beabsichtigte Regelung bzw. „Klarstellung“ aus, die für die Krankenversicherung finanzielle Mehraufwendungen bedeuten würde. Das Ausmaß der Mehraufwendungen kann nicht beziffert werden, da die ambulante medizinische Rehabilitation erst seit kurzem in den Leistungskatalog der Pensionsversicherung aufgenommen wurde und die Krankenkassen über keine diesbezüglichen Informationen verfügen.

Derzeit erlangen die Krankenversicherungsträger nur in manchen Fällen aufgrund der chefärztlichen Begutachtungen Kenntnis über ambulante Rehabilitationsmaßnahmen. Zudem sind diese Informationen auch für das Arbeitsunfähigkeitsmanagement und Case-Management relevant. Es wäre dafür zu sorgen, dass die Pensionsversicherungsträger den Krankenversicherungsträgern den Beginn ambulanter Rehabilitationsmaßnahmen bereits im Vorfeld bekanntgeben (vgl. § 321 ASVG).

Der gänzliche Ausschluss des Übergangsgeldes bei Maßnahmen der ambulanten Rehabilitation wird auch von der SVA aus folgenden speziellen Gründen abgelehnt:

Diese Regelung ist besonders in jenen Fällen problematisch, in denen Erwerbsunfähigkeit besteht und medizinische Rehabilitationsmaßnahmen notwendig sind, diese aber in ambulanter Form erbracht werden, weil ein stationärer Aufenthalt nicht zumutbar ist oder wenn im Anschluss an eine stationäre medizinische Rehabilitation zur Sicherung des Behandlungserfolgs eine ambulante Behandlung anschließt. Wenn das Übergangsgeld anstelle einer Erwerbsunfähigkeitspension geleistet wird, die wegen medizinischer Rehabilitation nicht anfällt, besteht ab Aufnahme der ambulanten Behandlung kein Anspruch auf Übergangsgeld. Die Pension kann allerdings noch nicht wieder anfallen, da die Rehabilitation noch nicht abgeschlossen ist. Der Versicherte würde daher bei laufender Rehabilitation das Einkommen und die Krankenversicherung verlieren.



Auch die Ausführungen der Erläuterungen zu dieser Neuregelung werden (zumindest) für Selbständige, wenn überhaupt, als höchstens zum Teil für zutreffend erachtet:

- Dass die ambulante Rehabilitation neben einer Berufstätigkeit in Anspruch genommen werden kann, bedeutet noch nicht, dass der Betroffene durch diese Maßnahmen keine Einkommensverluste in Kauf nehmen müsste. Der zeitliche Aufwand für ambulante Rehabilitationsmaßnahmen kann durchaus erheblich sein (mehrere Stunden pro Behandlungstag für Behandlungs- und Fahrzeiten); die Behandlung selbst dauert in der Regel einige Wochen oder Monate und ist an einem oder mehreren Tagen in der Woche erforderlich. Selbständige und Freie Dienstnehmer, die keinen Anspruch auf bezahlte Dienstfreistellung oder Krankenstand für die Inanspruchnahme dieser Leistungen haben, müssen regelmäßig Einkommensverluste in Kauf nehmen oder die für die Rehabilitation aufgewendete Zeit durch Mehrarbeit aufholen (was wiederum den Rehabilitationserfolg beeinträchtigen kann).
- Im Bereich der psychiatrischen Rehabilitation, dem angesichts der steigenden Invalidisierungsraten in dieser Diagnosegruppe besondere Bedeutung zukommt, gibt es intensive mehrwöchige und ganztägige ambulante Therapieverfahren. Der Betroffene ist von 8:00 bis 16:00 Uhr in Behandlung; er wird lediglich zur Übernachtung nach Hause entlassen. Eine Berufstätigkeit neben einer solchen Therapie ist nicht möglich. Ohne eine soziale Absicherung durch einen Einkommensersatz und einen Krankenversicherungsschutz sind derartige Maßnahmen für viele Personen nicht möglich und auch nicht zumutbar. Damit würden derartige Intensivmaßnahmen für diese Personen de facto aus dem Leistungskatalog der medizinischen Rehabilitation eliminiert und müssten durch stationäre Maßnahmen ersetzt werden.
- Viele Betroffene sind zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme der ambulanten Leistung nicht berufstätig, sodass der Verweis auf ein durch Berufstätigkeit erzielbares Einkommen in diesen Fällen ins Leere geht. Wie bereits angeführt, wären Selbständige davon besonders betroffen, da viele von ihnen auch nicht über alternative Sicherungssysteme (z. B. Arbeitslosenversicherung) abgesichert sind.
- Die Anrechnung des neben der Rehabilitation erzielten Erwerbseinkommens ist durch die Anrechnungsbestimmungen im § 164 Abs. 4 GSVG gewährleistet. Erleidet der Versicherte hingegen Einnahmenverluste, dann sollen diese durch das Übergangsgeld zumindest teilweise ausgeglichen werden. Den Versicherten soll so die Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen ermöglicht oder erleichtert werden. Vor allem für Einmann- und Kleinunternehmen stellt das eine wesentliche Erleichterung bei der Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen dar.

Im Ergebnis ist daher festzuhalten, dass ein gänzlicher Ausschluss von Übergangsgeld bei ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen überschießend wäre und die Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen erschwert bzw. in manchen Fällen sogar verhindert. Um eine übermäßige Inanspruchnahme auszuschließen, würde es genügen, in diesen Fällen klarzustellen, dass als Erwerbseinkommen nicht nur

das an den Behandlungstagen erzielte (gegebenenfalls verminderte) Einkommen, sondern das im gesamten Behandlungszeitraum erzielte Einkommen – auf Tageseinkünfte umgerechnet – anzurechnen ist.

## Zu Art. 1 Z 14 - § 306 Abs. 1 letzter Satz ASVG

Der Zeitpunkt der Gewährung von Übergangsgeld soll im Sinne des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pension“ vom Leistungsanfall der Rehabilitationsmaßnahme auf den Stichtag für die Leistungsfeststellung vorverlegt werden, um einen vorübergehenden Pensionsbezug zu vermeiden. Dies wird grundsätzlich begrüßt, da damit auch eine Lücke in der sozialen Absicherung der Rehabilitanden geschlossen wird.

Es wird aber keine Aussage über Anfall und Dauer des Übergangsgeldes in sonstigen Fällen getroffen.

Gemäß § 90 ASVG ruhen *nur bestimmte Arten* von Pensionen bei einem Krankengeldbezug, jedoch würde das Krankengeld *jedenfalls* während der vorgezogenen Gewährung von Übergangsgeld (§ 143 Abs. 1 Z 4 ASVG) ruhen. Ist diese unterschiedliche Behandlung der Leistungen beabsichtigt?

Weiters soll durch den neuen § 276e ASVG in der knappschaftlichen Pensionsversicherung eine Regelung über den Anspruch auf berufliche Rehabilitation entsprechend den Parallelbestimmungen in der Pensionsversicherung der Arbeiter und Angestellten (§§ 253e und 270a ASVG) geschaffen werden.

Demzufolge müsste § 306 Abs. 1 letzter Satz ASVG aber wie folgt lauten:

*„Werden berufliche Maßnahmen der Rehabilitation nach § 253e, § 270a oder § 276e gewährt, so gebührt Übergangsgeld **ab dem Stichtag für die Leistungsfeststellung (§ 223 Abs. 2).**“*

Außerdem lässt die Neuregelung aus Sicht der SVA eine wesentliche Lücke offen, die anlässlich der Novellierung ebenfalls geschlossen werden sollte: Es geht dabei um Personen, die erwerbsunfähig sind und keinen Rechtsanspruch auf berufliche Rehabilitation haben, denen aber in weiterer Folge Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation erbracht werden, im Zeitraum vor der tatsächlichen Erbringung von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen. In derartigen Fällen gilt:

- Mangels eines Rechtsanspruches auf berufliche Rehabilitation besteht Anspruch auf die Erwerbsunfähigkeitspension.
- Die Erwerbsunfähigkeitspension fällt aber erst an, wenn durch die medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation die Wiedereingliederung in das Berufsleben nicht möglich ist (§ 55 Abs. 2 Z 2 GSVG bzw. § 86 Abs. 3 Z 2 ASVG).

Solange durch die Rehabilitation eine Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit noch möglich ist, wird die Erwerbsunfähigkeitspension nicht ausgezahlt.

Betroffen davon sind z. B.:

- Personen, bei denen berufliche Maßnahmen nicht erforderlich sind, weil medizinische Maßnahmen zur Wiedereingliederung in das Erwerbsleben ausreichen.
- Personen, denen aufgrund ihres Gesundheitszustands (z. B. nach einem Unfall oder Schlaganfall) eine berufliche Maßnahme vorerst und auf längere Sicht nicht zumutbar ist, und bei denen zunächst durch medizinische Maßnahmen versucht werden muss, den Zustand so weit zu bessern, dass eine berufliche Rehabilitation möglich wird.

Bis 31. Dezember 2010 war für diesen Fall vorgesehen, dass anstelle der Erwerbsunfähigkeitspension Übergangsgeld ausgezahlt wird, und zwar „ab dem Zeitpunkt, in dem die Pension aus dem Versicherungsfall der Erwerbsunfähigkeit mangels dieser Rehabilitationsmaßnahmen angefallen wäre“ (§ 306 Abs. 1 ASVG bzw. § 164 Abs. 1 GSVG i.d.F. 31. Dezember 2010). Dieser Anspruch auf Übergangsgeld wurde mit 1. Jänner 2011 ersatzlos gestrichen.

Damit wurde der am 30. Juni 1996 geltende Zustand wieder hergestellt, wonach Anspruch auf Übergangsgeld nur für die Dauer der Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation besteht.

Zu dieser Rechtslage wurde in den Erläuterungen zum Arbeits- und Sozialrechts-Änderungsgesetz - ASRÄG 1997 (BGBl. I Nr. 139/1997), mit dem die bis 31. Dezember 2010 geltende Regelung rückwirkend ab 1. Juli 1996 eingeführt wurde, festgestellt:

Da zwischen dem Zeitpunkt der Antragstellung auf Invaliditäts-(Berufsunfähigkeits-)pension und dem Einsetzen der medizinischen oder beruflichen Maßnahmen der Rehabilitation oft ein langer Zeitraum liegt, kann es – wie Erfahrungen in der Praxis gezeigt haben – zu Versorgungslücken kommen. Darüber hinaus besteht während dieser Zeit auch keine Pflichtversicherung in der Krankenversicherung.

Anknüpfend an diese Problematik werden mit dem vorliegenden Novellierungsvorschlag folgende Ziele verfolgt:

1. Schaffung einer Teilversicherung in der Krankenversicherung für Übergangsgeldbezieher, wenn die Pension infolge medizinischer oder beruflicher Maßnahmen der Rehabilitation noch nicht angefallen ist; diese Teilversicherung folgt den Bestimmungen über die Krankenversicherung der Pensionisten.

2. Klarstellung, dass sich § 86 Abs. 3 Z 2 ASVG sowohl auf medizinische als auch auf berufliche Maßnahmen der Rehabilitation bezieht.

3. Schließung der Versorgungslücke im Falle der Rehabilitation ab Antragstellung auf Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension gemäß § 361 ASVG bis zum tatsächlichen



Beginn dieser Maßnahmen; Übergangsgeld gebührt in diesen Fällen ab dem Zeitpunkt, in dem sonst die Pension angefallen wäre.

4. Klarstellung, dass während der gesamten Rehabilitationsphase Übergangsgeld gebührt und die Pension allenfalls erst nach Abschluss der Rehabilitationsmaßnahmen anfällt.

Durch die Streichung der Regelung zum Anspruchsbeginn für das Übergangsgeld wurde die Versorgungslücke in der beschriebenen Fallkonstellation wieder geöffnet. Dabei geht es nicht nur um den Einkommensersatz durch das Übergangsgeld: Die betroffenen Personen sind in der Zeit, in der kein Übergangsgeld gebührt, auch nicht krankenversichert. Im Selbständigenbereich wird diese Leistungslücke noch dadurch verschärft, dass viele Betroffene nicht arbeitslosenversichert sind und daher nicht zur Lückenschließung auf Leistungen der Arbeitslosenversicherung zurückgreifen können.

Es sollte daher klargestellt werden, dass Personen, denen aufgrund eines Pensionsantrags, der vorrangig als Rehabilitationsantrag gilt, berufliche und/oder medizinische Rehabilitationsmaßnahmen erbracht werden, für die Zeit bis zum Anfall der Rehabilitationsleistungen und für die gesamte Dauer der Rehabilitation sozial abgesichert sind (Krankenversicherung und Bezug eines existenzsichernden Einkommens).

Die Dauer der Rehabilitation darf dabei nicht eng an die Dauer konkreter Einzelmaßnahmen geknüpft werden, etwa an ein Heilverfahren oder eine Berufsausbildung. Vielmehr ist klarzustellen, dass der soziale Schutz auch in Zeiten besteht, in denen etwa die Zuweisung eines geeigneten Ausbildungs- oder Behandlungsplatzes abgewartet werden muss, oder in denen Rehabilitationsmaßnahmen unterbrochen werden, z. B. in den Zeiten zwischen Ausbildungsblöcken oder zwischen Behandlungsmaßnahmen, oder während einer an ein abgeschlossenes Heilverfahren anschließenden ambulanten Behandlung zur Sicherstellung des Heilerfolgs.

Bei Bestehen eines Pensionsanspruchs ist das dadurch erreichbar, dass das Übergangsgeld – wie schon bis 31. Dezember 2010 – ab dem Zeitpunkt gebührt, ab dem sonst die Pension angefallen wäre, und erst erlischt, wenn entweder die Rehabilitation erfolglos beendet wird oder die Pension wegen erfolgreicher Rehabilitation nicht weiter gewährt wird.



§ 306 Abs. 1 ASVG (bzw. § 164 Abs. 1 GSVG) sollte daher wie folgt ergänzt werden:

*„Werden in den Fällen des § 361 Abs. 1 ASVG (bzw. § 194 Z 2 lit. a GSVG) medizinische oder berufliche Maßnahmen der Rehabilitation gewährt, so gebührt Übergangsgeld ab dem Zeitpunkt, in dem die Pension aus dem Versicherungsfall der Erwerbsunfähigkeit mangels dieser Rehabilitationsmaßnahmen angefallen wäre.“*

**Zu Art. 1 Z 15 - § 324 Abs. 4 ASVG i.V.m. § 12 Abs. 1 Z 4 BPGG**

Die vorgesehene Erweiterung des Anspruchsüberganges auf den Bund auf jene Fälle, in denen die leistungsbeziehende Person nach § 179a des Strafvollzugsgesetzes in einer sozialtherapeutischen Wohneinrichtung untergebracht wird, wäre auch in der entsprechenden Bestimmung des § 12 Abs. 1 Z 4 BPGG vorzusehen.

In der PVA sind von der derzeitigen Regelung 102 Bezieher von Pflegegeld betroffen.

**Zu Art. 1 Z 16 - § 446 Abs. 1 Z 1 ASVG**

Durch die vorgeschlagene Änderung ist künftig bei Veranlagungen in verzinslichen Wertpapieren, die von EWR-Mitgliedstaaten begeben wurden, eine Bonitätsprüfung durchzuführen. Nach den Erläuterungen zum Entwurf wird dadurch ein Gleichklang mit anderen Formen der Veranlagung hergestellt.

Bei Veranlagungen in verzinslichen Wertpapieren von Kreditinstituten ist schon bisher eine Bonitätsprüfung durchzuführen. Dabei können gemäß § 446 Abs. 1 vorletzter Satz Mindest-Ratings der vom Markt anerkannten Rating-Agenturen herangezogen werden. Unklar ist nun, ob der vorletzte Satz des Abs. 1 auch für die Bonitätsprüfung von EWR-Staaten gilt (Analogie oder Umkehrschluss?). Dies wäre noch klarzustellen.

## **Ergänzungsvorschlag zu § 129 Abs. 1 ASVG**

In § 129 Abs. 1 zweiter Satz sollte ausdrücklich auch „Zahnersatz“ angeführt und damit klargestellt werden, dass auch Zahnersatz von dieser Ausnahmebestimmung umfasst ist. Zahnersatz kann in dieser Hinsicht nicht anders behandelt werden als Kieferregulierungen.

## **Ergänzungsvorschlag zu § 131 Abs. 2 ASVG**

§ 131 Abs. 2 zweiter Satz wäre insofern anzupassen, als „*in demselben Versicherungsfall*“ durch „*in demselben **Abrechnungszeitraum***“ ersetzt wird.

Eine Einschränkung auf den Versicherungsfall ist insbesondere deshalb praktisch nicht umsetzbar, da von den Ärzten keine Diagnosen in codierter Form geliefert werden. Die beabsichtigte Möglichkeit, den Kostenerstattungsanspruch in den Krankenordnungen auszuschließen, wenn mehrere Leistungserbringer desselben Fachgebietes in Anspruch genommen werden ist nur sinnvoll und praktikabel, wenn auf den Abrechnungszeitraum abgestellt wird.



### **Ergänzungsvorschlag zu § 153 Abs. 3 ASVG**

Die in § 153 Abs. 3 vorgesehene Beschränkung des Leistungsangebotes der Zahnambulatorien der Versicherungsträger ist nicht zeitgemäß. Auch in den eigenen Einrichtungen muss es möglich sein, dass zeitgemäße Zahnmedizin angeboten wird, unabhängig davon, ob eine Verhandlungslösung mit der Zahnärztekammer möglich ist.

Die Einschränkung sollte daher entfallen. Zumindest sollte es aber möglich sein, dass auch jene Leistungen in den Zahnambulatorien angeboten werden, für die in der Satzung der Krankenversicherungsträger eine Leistungsübernahme in Form von Kostenzuschüssen vorgesehen ist.

Es wird daher vorgeschlagen, die Beschränkungen durch eine Änderung der §§ 153 Abs. 3, 343c und 575 Abs. 16a ASVG aufzuheben oder einzelne Leistungen in § 153 Abs. 3 ASVG einzufügen.

Dieser Vorschlag folgt u. a. den Gesichtspunkten, die von der Volksanwaltschaft ihm ihrem Bericht 2010 aufgezeigt wurden. Es soll damit die Betreuung von Versicherten insbesondere in diesen Fällen vereinfacht und verbessert werden.

### **Ergänzungsvorschlag zu § 300 Abs. 1 ASVG**

Durch die letzte Novelle wurde als Voraussetzung für Rehabilitationsmaßnahmen das Vorliegen von „Behinderung“ durch ein „Herabsinken der Arbeitskraft“ ersetzt. Eine Graduierung des „Herabsinkens der Arbeitskraft“ wurde nicht vorgenommen. Daher ist der Zugang zu Maßnahmen der Rehabilitation für jeden Berufstätigen möglich, der eine Beeinträchtigung reklamieren kann. Dies stellt vor allem bei der beruflichen Rehabilitation ein Problem dar.

Wir schlagen in Anlehnung an die Praxis der Unfallversicherung vor, als Voraussetzung für berufliche Rehabilitationsmaßnahmen eine Beeinträchtigung im Ausmaß von 20 % MdE festzulegen.

# **Stellungnahme des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger**

## **zu Artikel 2**

### **38. Novelle zum GSVG**

## **Ergänzungsvorschlag zu § 27 GSVG - Versicherungsbeiträge für Rehabilitanden**

Personen, denen im Rahmen beruflicher Maßnahmen der Rehabilitation eine berufliche Ausbildung gewährt wird, stehen den Pflichtversicherten in der Kranken- und Pensionsversicherung gemäß § 2 Abs. 1 GSVG gleich (§ 3 Abs. 2 und 5 GSVG). Die Pflichtversicherung besteht für die Dauer der Ausbildung (§ 6 Abs. 1 Z 4 und Abs. 3 Z 5 GSVG, § 7 Abs. 1 Z 4 und Abs. 2 Z 5 GSVG). Beitragsgrundlage für die gemäß § 3 Abs. 2 und 5 Pflichtversicherten ist das Dreißigfache des Betrages gemäß § 44 Abs. 6 lit. a des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (§ 25 Abs. 9 GSVG), d.s. im Jahr 2011 € 63,23 täglich bzw. € 1.896,90 monatlich.

Gemäß § 27 Abs. 1 GSVG haben die Pflichtversicherten nach § 2 Abs. 1 GSVG Beiträge zur Kranken- und Pensionsversicherung zu entrichten. Rehabilitanden sind Pflichtversicherten gemäß § 2 Abs. 1 GSVG gleichgestellt; eine Einschränkung dahingehend, dass diese Gleichstellung für die Beitragspflicht nicht gelten sollte, lässt sich dem Gesetz nicht entnehmen. Der Monatsbeitrag für einen Rehabilitanden beträgt somit € 331,96 in der Pensionsversicherung und € 145,11 in der Krankenversicherung. Außerdem ist ein Beitrag zur Mitarbeitervorsorge von € 29,02 zu entrichten. Insgesamt beträgt der Pflichtbeitrag daher € 506,09.

Im ASVG ist klargestellt, dass der Versicherte keine Beiträge zu entrichten hat: Für Pflichtversicherte, die kein Entgelt erhalten, hat der Dienstgeber auch die auf den Pflichtversicherten entfallenden Beitragsteile zu tragen. Dienstgeber ist der Versicherungsträger, der die berufliche Ausbildung gewährt – § 53 Abs. 2 i.V.m. § 35 Abs. 2 ASVG – und auch die auf den Pflichtversicherten entfallenden Beitragsteile zu tragen hat (§ 53 Abs. 2).

Ein Rehabilitand erhält für die Dauer der Ausbildung Übergangsgeld in Höhe der Erwerbsunfähigkeitspension, mindestens aber in Höhe des jeweiligen Ausgleichszulagenrichtsatzes, d. s. 2011 € 793,40. Wenn der Versicherte selbst die Beiträge vom Übergangsgeld entrichten müsste, dann hätte er eine Beitragslast von 63,79 %.

Um dieses offensichtlich unzumutbare und unerwünschte Ergebnis zu verhindern, wurde ein der ASVG-Regelung analoges Ergebnis bisher durch Übernahme der Sozialversicherungsbeiträge hergestellt (§ 162 GSVG i.V.m. § 21 RRK 2005 [Richtlinien für Rehabilitation und Gesundheitsvorsorge, [www.avsv.at](http://www.avsv.at),

Nr. 114/2005]). Das ist allerdings eine freiwillige Leistung, auf die kein Rechtsanspruch besteht. Im ASVG ist hingegen von Gesetz klargelegt, dass Rehabilitanden nicht mit Beiträgen belastet werden.

Da nunmehr infolge der Intensivierung der Rehabilitation mit einer Vermehrung der Anlassfälle zu rechnen ist, wäre eine ausdrückliche Regelung im GSVG wünschenswert, welche die Gleichbehandlung mit ASVG-Versicherten sicherstellt.

Ein neu einzufügender Abs. 6 sollte wie folgt lauten:

*„Für Pflichtversicherten gemäß § 3 Abs. 2 und 5 GSVG trägt der Versicherungsträger die Beiträge, einschließlich der Beiträge zur Mitarbeitervorsorge und zur Arbeitslosenversicherung.“*



## **Ergänzungsvorschlag zu § 129 Abs. 1 GSVG - Zuständigkeit für die Gewährung von Maßnahmen der Rehabilitation**

Bis 31. Dezember 2010 galt für die Zuständigkeit für Maßnahmen der Rehabilitation die folgende Regelung (§ 129 GSVG): Für medizinische, berufliche und soziale Maßnahmen der Rehabilitation aufgrund eines Pensionsantrags, der auch als Rehabilitationsantrag gilt, ist jener Pensionsversicherungsträger zuständig, der auch für die beantragte Pension zuständig ist (d. h. der Träger, bei dem der Versicherte in den letzten 15 Jahren überwiegend versichert war). Für sonstige Fälle der Rehabilitation ist der Pensionsversicherungsträger zuständig, bei dem der Versicherte zuletzt versichert war.

Mit 1. Jänner 2011 wurde diese Zuständigkeitsregelung geändert. Seit diesem Zeitpunkt gilt: Für Maßnahmen der Rehabilitation in Fällen des § 131 GSVG, ist jener Pensionsversicherungsträger zuständig, bei dem der Versicherte in den letzten 15 Jahren überwiegend versichert war. Für sonstige Fälle der Rehabilitation ist der Pensionsversicherungsträger zuständig, bei dem der Versicherte zuletzt versichert war.

Hier stellt sich zunächst die Frage, was mit „Maßnahmen der Rehabilitation in Fällen des § 131“ gemeint ist. Der Begriff umfasst jedenfalls jene Rehabilitationsmaßnahmen, die aufgrund § 131 erbracht werden, also Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation, auf die ein Rechtsanspruch besteht. Darüber hinaus sind auch Maßnahmen der medizinischen und sozialen Rehabilitation, die in derartigen Fällen als Pflichtaufgabe ergänzend erbracht werden, von diesem Begriff umfasst. Zuständig für diese Fälle ist der für die Pension zuständige Träger.

Für alle anderen Fälle der Rehabilitation, also medizinische und soziale Maßnahmen, die ohne gleichzeitige berufliche Rehabilitation erbracht werden, ist der letzte Pensionsversicherungsträger zuständig.

Das gilt auch wenn diese aufgrund eines Antrags auf eine Erwerbsunfähigkeitspension erbracht werden. Die bis 31. Dezember 2010 geltende Regelung, dass nach einem Pensionsantrag jedenfalls der leistungszuständige Träger für die Rehabilitation zuständig ist, wurde mit 1. Jänner 2011 aufgehoben.

Prüft also ein Pensionsversicherungsträger aufgrund eines Erwerbsunfähigkeitspensionsantrages die Rehabilitation und kommt er zu dem Ergebnis, dass zwar kein Anspruch auf berufliche Rehabilitation besteht, aber medizinische Maßnahmen angezeigt wären, dann ist er für diese medizinischen Maßnahmen unter Umständen nicht zuständig.

Beispiel: Ein Versicherter stellt die selbständige Erwerbstätigkeit ein und nimmt eine unselbständige Erwerbstätigkeit auf. Nach drei Jahren beantragt er eine Erwerbsunfähigkeitspension: Pensionszuständig ist die SVA, letzter Pensionsversicherungsträger ist die PVA. Ergibt die Untersuchung, dass kein Rechtsanspruch auf berufliche Rehabilitation besteht, dass aber medizinische Maßnahmen erforderlich sind, dann ist für diese Maßnahmen seit 1. Jänner 2011 die PVA zuständig (bis 31. Dezember 2010 wäre die SVA zuständig gewesen.) Die SVA muss daher den Antrag auf Rehabilitation an die PVA abtreten. Da die Entscheidung, ob medizinische Maßnahmen erbracht werden, für den Anfall der Erwerbsunfähigkeitspension ausschlaggebend ist, muss das Pensionsfeststellungsverfahren bis zur Entscheidung der PVA ruhend gestellt werden. Sollte die PVA medizinische Maßnahmen erbringen, dann fällt die Erwerbsunfähigkeitspension nicht an. Für das Übergangsgeld, das in diesen Fällen zu leisten ist, wäre die PVA zuständig.

Diese Aufgabenverteilung erscheint wenig sinnvoll und wird in der Praxis auch nicht so gehandhabt. Eine gesetzliche Klarstellung wäre wünschenswert. Es wird daher vorgeschlagen, für die Zuständigkeit für Rehabilitationsmaßnahmen, welche aufgrund eines Pensionsantrags erbracht werden, die bis 31. Dezember 2010 geltende Rechtslage wieder in Kraft zu setzen.

§ 129 Abs. 1 GSVG letzter Satz sollte lauten:

*„Die Zugehörigkeit des Versicherten richtet sich für Leistungen aus den Versicherungsfällen des Alters, der Erwerbsunfähigkeit und des Todes sowie für medizinische, berufliche und soziale Maßnahmen der Rehabilitation in Fällen des § 194 Z. 2 lit. a und des § 131 nach den Abs. 2 bis 5, für sonstige Fälle der Rehabilitation und für Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge nach dem Abs. 6.“*

## **Ergänzungsvorschlag zu § 194 Z 2 GSVG - Ergänzung um Anträge zur Feststellung der Erwerbsunfähigkeit**

Im Selbständigenbereich wird in vielen Fällen dem Antrag auf Erwerbsunfähigkeitspension ein Verfahren zur Feststellung der Erwerbsunfähigkeit vorgelagert. Um einerseits möglichst frühzeitig mit Rehabilitationsmaßnahmen beginnen zu können und um andererseits die Versicherten möglichst früh und genau über ihre Leistungsansprüche informieren zu können, muss die Frage, ob ein Rechtsanspruch auf Rehabilitationsmaßnahmen besteht, bereits im Feststellungsverfahren geklärt werden. Andernfalls könnte diese Frage erst in einem anschließenden Leistungsverfahren entschieden werden.

Im § 194 Z 2 lit. a sollte das Wort „auch“ durch den Ausdruck „oder auf Feststellung der Erwerbsunfähigkeit gemäß § 133a vorrangig“ ersetzt werden.

# **Stellungnahme des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger**

## **zu Artikel 3**

### **38. Novelle zum BSVG**

## Ergänzungsvorschlag zu § 136 BSVG

Im Zuge der mit diesem Gesetzesentwurf unternommenen redaktionellen Bereinigung von Gesetzesstellen sollten auch die Formulierungen des § 136 Abs. 1 Z 1 und 2 BSVG grammatikalisch richtig gestellt werden.

Statt derzeit „*des 65. (60.) Lebensjahres*“ müsste es bei beiden Ziffern korrekt „**das 65. (60.) Lebensjahr**“ lauten.