

Vorblatt

Probleme:

Finanzielle Absicherung der gesetzlichen Krankenversicherung.

Lösung:

Schaffen von Grundlagen für effizienzsteigernde und beitragsrechtliche Maßnahmen.

Alternativen:

Keine.

Auswirkungen auf die Beschäftigung und den Wirtschaftsstandort Österreich:

Keine.

Finanzielle Auswirkungen:

Auf die finanziellen Bewertungen im Rahmen der Erläuterungen wird verwiesen.

Eine finanzielle Belastung von Unternehmen durch Informationsverpflichtungen ist durch den Entwurf nicht gegeben.

Verhältnis zu den Rechtsvorschriften der Europäischen Union:

Die vorgesehenen Regelungen fallen nicht in den Anwendungsbereich des Rechtes der Europäischen Union.

Besonderheiten des Normerzeugungsverfahrens:

Keine.

Erläuterungen

I. Allgemeiner Teil

Das Regierungsprogramm für die XXIII. Gesetzgebungsperiode sieht als eine der Maßnahmen zur nachhaltigen Absicherung der Liquidität der Gebietskrankenkassen die Anhebung der Krankenversicherungsbeiträge um 0,15 Prozentpunkte vor. Die Sozialpartner waren aufgerufen, Einsparungs- und Effizienzsteigerungsmaßnahmen zur Sicherung der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung sowie zur konkreten Aufteilung der Beitragssätze in der Krankenversicherung auf Dienstnehmer/innen und Dienstgeber/innen vorzulegen. Unter Zugrundelegung eines von der Wirtschaftskammer Österreich und dem Österreichischen Gewerkschaftsbund erstellten Sozialpartnerpapiers wird im vorliegenden Entwurf

1) eine Änderung der Beitragssätze in der Krankenversicherung vorgeschlagen.

Weiters sollen durch den Entwurf folgende Maßnahmen umgesetzt werden:

- 2) Einführung einer Obergrenze bei der Rezeptgebühr in der Höhe von 2 % des Nettoeinkommens;
- 3) Bereinigung betreffend die Teilversicherung in der Unfallversicherung der Wirtschaftstrehänder/innen;
- 4) Schaffung einer datenschutzrechtlichen Grundlage für die Administration von Reformpoolprojekten;
- 5) Einführung einer sechswöchigen Toleranzfrist, während der trotz des Endes einer Anspruchsberechtigung noch Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit gewährt werden;
- 6) Neuregelung der Kostenübernahme für im Ausland befindliche Angehörige von Bediensteten im auswärtigen Dienst bei Kinderbetreuungsgeldbezug;
- 7) Normierung eines Vorschlagsrechtes der Österreichische Zahnärztekammer für das Sozial- und Gesundheitsforum Österreich;
- 8) Verlängerung der Verwaltungskostendeckelung für die Versicherungsträger und den Hauptverband;
- 9) Erstreckung der Übergangsbestimmung betreffend die Zurechnung von Verwertungserlösen zur Krankenversicherung nach dem BSVG;
- 10) Klarstellung, dass erhöhtes Wochengeld auch für nach dem B-KUVG krankenversicherte Kinderbetreuungsgeldbezieherinnen gebührt.

Kompetenzgrundlage:

In kompetenzrechtlicher Hinsicht stützt sich das im Entwurf vorliegende Bundesgesetz auf Art. 10 Abs. 1 Z 11 B-VG („Sozialversicherungswesen“), auf Art. 10 Z 15 B-VG („Fürsorge für Kriegsteilnehmer“) und auf Art. 10 Z 17 B-VG („Lastenausgleich im Interesse der Familie“).

II. Besonderer Teil

Zu Art. 1 Z 1 bis 4, 6, 18, 19, 25 und 39 (§§ 8 Abs. 1 Z 3 lit. b, 10 Abs. 2, 12 Abs. 6, 20 Abs. 1, 37, 74 Abs. 1 Z 1 und Abs. 3 Z 1, 181 Abs. 1 sowie 635 Abs. 2 und 3 ASVG):

Mit der Einführung des Versicherungstatbestandes des § 2 Abs. 1 Z 4 GSVG durch das Sozialrechts-Änderungsgesetz 1996 - SRÄG 1996, BGBl. Nr. 411, wurde auch die Bestimmung über die Teilversicherung in der Unfallversicherung nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. b ASVG entsprechend ergänzt und diese für neue Selbständige daran geknüpft, dass entweder im Bereich der Pensions- oder der Krankenversicherung eine Pflichtversicherung besteht oder das Opting-in nach § 3 Abs. 1 Z 2 GSVG beantragt wird.

An der bestehenden Teilversicherung in der Unfallversicherung für die Mitglieder der Kammer der Wirtschaftstrehänder wurde in diesem Zusammenhang keine Änderung vorgenommen. Im Ergebnis gibt es somit derzeit für Mitglieder der Kammer der Wirtschaftstrehänder, die nach § 2 Abs. 1 Z 4 GSVG pensionsversichert sind, hinsichtlich der Teilversicherung in der Unfallversicherung nach dem ASVG zwei Versicherungstatbestände: Zum einen § 8 Abs. 1 Z 3 lit. a zweiter Teilstrich ASVG und zum anderen § 8 Abs. 1 Z 3 lit. b ASVG. Letzterer sieht eine Unfallversicherung für Wirtschaftstrehänder

auch dann vor, wenn die Versicherungsgrenze nicht erreicht wird, sowie für Witwen und Deszendenten, für deren Rechnung ein Witwenfortbetrieb bzw. ein Deszendentenfortbetrieb nach der Wirtschaftstreuhand-Berufsordnung geführt wird.

Diese Ungleichbehandlung gegenüber den anderen neuen Selbständigen entspricht nicht der Gesamtkonzeption, sodass § 8 Abs. 1 Z 3 lit. b ASVG nunmehr ersatzlos entfallen soll.

Durch die Übergangsbestimmung im § 635 Abs. 3 soll jedoch der Versicherungsschutz in der Unfallversicherung von bisher nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. b ASVG versicherten Personen gewahrt werden.

Zu Art. 1 Z 5 und 39 (§§ 31 Abs. 5 Z 16 und 635 Abs. 5 ASVG):

Das Regierungsprogramm für die XXIII. Gesetzgebungsperiode sieht unter dem Kapitel „Selbstbehalte“ unter anderem folgendes vor: „Möglichst ab 1. Jänner 2008 wird eine Obergrenze bei der Rezeptgebühr in Höhe von 2 % des Einkommens festgelegt, die über die e-Card administriert wird“. Ziel dieses Vorhabens ist es, dem Umstand entgegenzutreten, dass die Summe der zu bezahlenden Rezeptgebühren für chronisch und mehrfach erkrankte Personen zu einer finanziellen Belastung führen kann, die eine Nicht-Inanspruchnahme von medizinisch notwendigen Leistungen bewirkt.

Bereits derzeit sieht § 31 Abs. 5 Z 16 ASVG für den Hauptverband die Möglichkeit vor, Richtlinien zur Herabsetzung und Befreiung von der Rezeptgebühr zu erlassen. Diese Verordnungskompetenz soll nun hinsichtlich einer Begrenzung der Belastung durch die Rezeptgebühr - bezogen auf die/den einzelne/n Versicherte/n - präzisiert werden.

Unter Zugrundelegung der derzeit gegebenen technischen Möglichkeiten ist vorgesehen, dass die Administration der Deckelung der Rezeptgebühr über das elektronische Verwaltungssystem des Hauptverbandes (ELSY) - die e-card ist ein Teil davon - im Rahmen eines beim Hauptverband einzurichtenden Rezeptgebührenkontos administriert wird. Im Zuge der Abrechnung mit den Apotheken werden die bezahlten Rezeptgebühren auf dem Rezeptgebührenkonto vermerkt. Beim Stecken der e-card in der Ordination soll ersichtlich sein, ob eine Rezeptgebührenbefreiung vorliegt, sodass die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt den Umstand der Rezeptgebührenbefreiung - so wie dies auch derzeit geschieht - auf der Verschreibung anbringen kann. Für die Zukunft soll allerdings eine zeitnähere Feststellung, ob die Grenze erreicht wurde, auch in der Apotheke möglich sein. Ziel sollte auch eine monatliche anstelle der derzeit in Aussicht genommenen jährlichen Betrachtung sein.

Durch die vorgesehene Einbindung der österreichischen Apothekerkammer und der Österreichischen Ärztekammer bei der Erstellung der Richtlinie soll sicher gestellt werden, dass die Umsetzung des neuen Befreiungstatbestandes entsprechend vorbereitet werden kann.

Zur Feststellung des Nettoeinkommens können die Pensionen bzw. bei sonstigen Leistungsbeziehern deren Bezug herangezogen werden. Bei Einkommensbezieherinnen und -beziehern soll die Ermittlung des Nettoeinkommens analog zu § 21 Abs. 3 AIVG erfolgen. Um die Einkommensdaten aktuell zu halten, sollen diese Daten, wie dies auch § 4 der Richtlinien über die Befreiung von der Rezeptgebühr vorsieht, auf Antrag der/des Versicherten herangezogen werden.

Zu Art. 1 Z 7 bis 17, 27 bis 35 und 39; Art. 2 Z 1, 2 und 5; Art. 3 Z 1 bis 3 und 7; Art. 4 Z 1 bis 4, 9, 12 und 13; Art. 5 Z 1 und 2; Art. 6 Z 1 und 2; Art. 7 Z 1; Art. 8 Z 1; Art. 9 Z 1 und 2 (§§ 51 Abs. 1 Z 1 lit. a bis f, Abs. 3 Z 1 lit. a und b, 73 Abs. 1 Z 1 und 2, 73 Abs. 2 und 4, 472a Abs. 2 und 3, 474 Abs. 1, 479d Abs. 2 Z 1 und 2 sowie 635 Abs. 4 und 6 ASVG; §§ 29 Abs. 1 und 2 sowie 320 Abs. 2 GSVG; §§ 24 Abs. 1, 26 Abs. 1 und 2 sowie 310 Abs. 2 BSVG; §§ 20 Abs. 1, 22 Abs. 1 und 3, 22 Abs. 6, 70, 151 Abs. 4 sowie 217 Abs. 3 B-KUVG; §§ 32 Abs. 1 und 6, 42 Abs. 1 und 5 AIVG; § 7 Abs. 1 Z 2 und Abs. 4 SUG; § 53 Abs. 1 HVG; § 74 Abs. 1 KOVG und § 39j Abs. 6 und 6a FLAG):

Mit dem Budgetbegleitgesetz 2003, BGBl. I Nr. 71, erfolgte eine Angleichung des Beitragsatzes in der Krankenversicherung für Arbeiter/innen und Angestellte auf einheitlich 7,3 % der Beitragsgrundlage. Mit dem Sozialrechts-Änderungsgesetz 2004, BGBl. I Nr. 105, wurde auch der Beitragsatz in der Krankenversicherung für die in der Land- und Forstwirtschaft selbständig erwerbstätigen Personen mit 7,3 % der Beitragsgrundlage festgesetzt. Durch die finanzausgleichsrechtlichen Begleitbestimmungen im Bundesgesetz BGBl. I Nr. 156/2004 wurden die Beitragsätze in der Krankenversicherung für alle Bevölkerungsgruppen einheitlich um 0,1 Prozentpunkte - befristet bis zum Ablauf des geltenden Finanzausgleichspaktes mit 31. Dezember 2008 - angehoben. Diese Regelung bleibt unverändert bestehen, sodass mit Ablauf des 31. Dezember 2008 auf die Beitragsätze vor der Anhebung um 0,1 Prozentpunkte zurückgekehrt wird. Da der neue Finanzausgleich derzeit noch nicht fertig ausverhandelt ist, kann im vorliegenden Entwurf nur von der geltenden Rechtslage ausgegangen werden.

In Umsetzung des Regierungsprogramms für die XXIII. Gesetzgebungsperiode soll nun zur Absicherung der Liquidität der Krankenversicherungsträger die Anhebung der Krankenversicherungsbeiträge um 0,15 Prozentpunkte erfolgen, wobei die Aufteilung auf den Dienstnehmer/innen- und den

Dienstgeber/innenanteil entsprechend dem von der WKÖ und dem ÖGB erstellten Sozialpartnerpapier vorgenommen werden soll: Im Bereich der Angestellten erfolgt eine paritätische Aufteilung der Beitragssatzerhöhung auf Dienstgeber/innen und Dienstnehmer/innen, während im Bereich der Arbeiter/innen die 0,15 Prozentpunkte ausschließlich von den Dienstgeberinnen/Dienstgebern zu tragen sein werden. Im Bereich des BSVG erfolgt ebenfalls eine Beitragssatzerhöhung um 0,15 Prozentpunkte; im Bereich des B-KUVG soll eine Anhebung des vom Dienstgeber zu entrichtenden Beitragssatzes um 0,35 % bei gleichzeitigem Entfall des Zuschlages für die erweiterte Heilbehandlung (0,4 %) erfolgen – eine Maßnahme, die im Bereich des ASVG auch für bei der VAEB versicherten Beamtinnen/Beamten, hier jedoch mit einer Anhebung des vom Dienstgeber zu entrichtenden Beitragssatzes um 0,45 % (der Zuschlag zur erweiterten Heilbehandlung beträgt für diese Personengruppe 0,5 %) nach § 472a ASVG nachvollzogen wird. Im Bereich der Wiener Linien entfällt der jeweils zur Hälfte vom Dienstgeber und Dienstnehmerinnen/Dienstnehmer zu entrichtende Zuschlag zur erweiterten Heilbehandlung unter gleichzeitiger Anhebung der Beitragssätze um den hier entfallenden Betrag, sodass es zu keinen Auswirkungen in der Beitragssatzhöhe kommt.

Auch für Pensionistinnen und Pensionisten soll die Beitragssatzerhöhung gelten. Der jeweilige Hebesatz wird entsprechend gesenkt, sodass für den Bund nur marginale zusätzliche Belastungen entstehen.

Durch diese Maßnahme werden für den Bereich der Krankenversicherung - basierend auf dem voraussichtlichen Beitragsaufkommen - im Jahr 2008 insgesamt rund 160 Millionen Euro erwartet; die Aufteilung der Mehreinnahmen auf die einzelnen Krankenversicherungsträger ergibt sich aus der Tabelle in den finanziellen Erläuterungen.

Von der Beitragssatzerhöhung um 0,15 Prozentpunkte abgesehen wird beim Beitrag für die Selbstversicherung in der Kranken- und Pensionsversicherung nach § 77 Abs. 2a ASVG, beim Beitrag für nach § 19a ASVG selbstversicherte Personen sowie bei dem von mehrfach geringfügig Beschäftigten zu entrichtenden Pauschalbeitrag nach § 53a ASVG und somit auch der Dienstgeberabgabe nach § 1 Abs. 1 DAG. Der Zusatzbeitrag für Angehörige nach § 51d ASVG wird ebenfalls nicht erhöht. Die Aufteilung der Beitragssatzerhöhung für Lehrlinge erfolgt gleich wie bei den Arbeitern und Angestellten.

Zu Art. 1 Z 20 (§ 84a Abs. 6 ASVG):

Nach der Präambel der Vereinbarung nach Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 73/2005 sind die einzelnen Bereiche und das gesamte Gesundheitssystem überregional und sektorenübergreifend entsprechend den demografischen Entwicklungen und Bedürfnissen ständig zu analysieren und weiterzuentwickeln.

Für die Erreichung dieses Zieles sind unter anderem das Nahtstellenmanagement nach Art. 5 der Vereinbarung nach Art. 15a B-VG sowie Reformpoolprojekte nach Art. 26 der Vereinbarung nach Art. 15a B-VG vorgesehen. Für den Bereich der Sozialversicherung wurden die Inhalte der genannten Vereinbarung durch die §§ 84a und 84b ASVG umgesetzt. Auf Grund der seither entwickelten Projekte ist deutlich geworden, dass eine ausdrückliche gesetzliche Grundlage für die Verwendung personenbezogener Daten erforderlich ist. Diese soll durch die vorgeschlagene Änderung des § 84a ASVG geschaffen werden.

Festzuhalten ist, dass in den Projekten selbst so weit wie möglich mit anonymen bzw. mit pseudonymisierten Daten gearbeitet werden soll, um den Persönlichkeitsschutz der Patienten und Patientinnen zu sichern. Die Verwendung pseudonymisierter Daten, also Daten, bei denen Datensätze ein und derselben Person zusammenführbar bleiben, ohne dass dabei echte Personendaten wie Namen, Geburtsdaten etc. verwendet werden, kann für die Projektarbeit an sich und zur Evaluierung der Projekte notwendig sein, da es nur dadurch möglich ist, Veränderungen des Leistungsgeschehens im intra- und extramuralen Bereich aufzuzeigen.

Die Verwendung personenbezogener Daten durch die Sozialversicherung soll nur dann und nur solange erfolgen, als dies für die Durchführung bzw. die Evaluierung eines Reformpoolprojektes notwendig ist und hierbei mit anonymisierten oder pseudonymisierten Daten nicht das Auslangen gefunden werden kann, womit - im Sinne des gelindesten Mittels - sowohl eine inhaltliche als auch eine zeitliche Schranke für die Verwendung dieser Daten besteht. Eine über die Zwecke des Projekts hinausgehende Verwendung dieser Daten ist unzulässig.

Zu den Art. 1 Z 21, 23 und 24; Art. 2 Z 3 und 4; Art. 3 Z 4 und 5; Art. 4 Z 7 (§§ 122 Abs. 3a, 134 Abs. 2 und 138 Abs. 1 ASVG; § 82 Abs. 4 und 6 GSVG; §§ 77 und 84 Abs. 2 BSVG; § 55 Abs. 1a B-KUVG):

Trotz Optimierung der Verwaltungsabläufe im Zusammenhang mit der elektronischen Datenübermittlung zwischen verschiedenen Behörden und Ämtern und den Sozialversicherungsträgern kommt es immer wieder zu Fällen, dass der Krankenversicherungsanspruch -vorübergehend- nicht feststeht und daher

mittels e-card nicht nachgewiesen werden kann. Die Betroffenen bleiben für eine kurze Zeit ohne Krankenversicherungsschutz, was zu Mehraufwendungen bei Behandlerinnen und -behandlern und Patienten und Patientinnen (Rückfragen, vorläufige Bescheinigung, Einsatz, Verrechnung etc.) führen kann.

Folgende Beispiele sollen die Problematik verdeutlichen:

Die Gebietskrankenkassen erhalten die Todesmeldungen nunmehr direkt auf elektronischem Weg von den Standesämtern; somit erfährt die Krankenversicherung oft als erste Stelle vom Ableben einer Pensionistin/eines Pensionisten, oft sogar noch bevor ein Antrag auf Witwen-/Witwer- oder Waisenpension von den Hinterbliebenen gestellt werden kann. Da die Krankenversicherung der Pensionistinnen/Pensionisten - und damit auch die Anspruchsberechtigung der Angehörigen - mit dem Ablauf des Kalendermonates, für den letztmalig eine Pension ausgezahlt wird, endet, besteht ab diesem Zeitpunkt mehr kein Versicherungsschutz. Je nach Todestag verbleibt den Hinterbliebenen mehr oder weniger Zeit, um die entsprechenden Veranlassungen zu treffen.

Ein Krankenstand während der Zeiten von Arbeitslosengeldbezug unterbricht diesen, damit endet die Krankenversicherung auf Grund des Arbeitslosengeldbezuges. Anspruch auf Leistungen aus der Krankenversicherung besteht auf Grund der Schutzfristregelung des § 122 Abs. 2 ASVG für sechs Wochen ab dem Ausscheiden aus der Pflichtversicherung. Um den Arbeitslosengeldbezug wieder aufleben zu lassen, wird nach § 46 Abs. 5 AIVG eine Meldefrist von einer Woche eingeräumt. Während dieser Zeit und der erforderlichen Bearbeitungszeit durch das AMS ist zwar aktuell kein Krankenversicherungsschutz gegeben, wohl aber rückwirkend, sobald der Arbeitslosengeldbezug wieder festgestellt wurde.

Ebenfalls kann es zu Lücken kommen, wenn während eines Arbeitslosengeldbezuges Einkommen aus selbständiger Erwerbstätigkeit erzielt wird. Diesfalls hat das AMS nachträglich zu prüfen, ob das erzielte Erwerbseinkommen unter der Geringfügigkeitsgrenze (§ 12 Abs. 6 lit a AIVG) blieb und somit Anspruch auf Arbeitslosengeld besteht.

Da den Betroffenen der Versicherungsschutz in praktisch all diesen Fällen kurze Zeit später ohnedies rückwirkend wieder zuerkannt wird, soll durch die vorgeschlagenen Neuregelungen eine durchgehende Anspruchsberechtigung auf Sachleistungen (nicht aber auch auf Geldleistungen) sichergestellt werden.

Anderweitig bestehende Leistungsansprüche (etwa aufgrund einer Angehörigeneigenschaft, aus einer gesetzlichen Krankenversicherung oder einer Krankenfürsorgeeinrichtung) schließen den Leistungsanspruch aus.

Der gegenständliche Anspruch kann durch freiwillige Versicherungen nicht begründet werden.

Auch für den Bereich des GSVG, BSVG sowie im Bereich des B-KUVG sollen entsprechende Parallelregelungen getroffen werden.

Zu Art. 1 Z 22 und Art. 4 Z 8 (§ 130 Abs. 1 ASVG und § 58 Abs. 1 B-KUVG):

Durch die Änderungen im § 130 ASVG durch die 59. Novelle zum ASVG, BGBl. I Nr. 1/2002 sowie im § 58 B-KUVG durch die 29. Novelle zum B-KUVG, BGBl. I Nr. 4/2002, sollte sichergestellt werden, dass für Angehörige von Bediensteten im Ausland, die auf Grund eines Kinderbetreuungsgeldbezuges selbst in der Krankenversicherung teilpflichtversichert sind, die Anspruchsberechtigung für Angehörige und somit auch der umfassende, den Bedingungen im Ausland angepasste Krankenversicherungsschutz gewahrt bleibt.

Die damals geschaffenen Ausnahmebestimmungen im ASVG sowie im B-KUVG entfalten jedoch nur dann Wirkungen, wenn die/der Versicherte und die/der aufgrund des Kinderbetreuungsgeldbezuges versicherte Angehörige nach demselben Gesetz versichert sind, nicht jedoch in Fällen, in denen für die Angehörige/den Angehörigen eine Teilpflichtversicherung in der Krankenversicherung aufgrund Kinderbetreuungsgeldbezuges nach einem anderen Gesetz besteht. Da diese Konstellationen im auswärtigen Dienst jedoch relativ häufig vorkommen, sollen die bestehenden Ausnahmebestimmungen auf Anregung des Bundesministeriums für europäische und internationale Angelegenheiten nun dahingehend ergänzt werden, dass die Anspruchsberechtigung jedenfalls auch bei Vorliegen einer Teilpflichtversicherung aufgrund des Kinderbetreuungsgeldbezuges nach dem ASVG, dem GSVG, dem BSVG oder dem B-KUVG bestehen bleibt.

Das Bundesministerium für europäische und internationale Angelegenheiten zeigte weiters auf, dass der - an sich sozialen Schutzzwecken dienende - Leistungsanspruch nach § 122 Abs. 3 ASVG in Fällen, in denen sich eine aufgrund eines vorangegangenen versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses anspruchsberechtigte weibliche Person als Angehörige eines im dienstlichen Auftrag ins Ausland entsendeten Versicherten mit ins Ausland begibt, insofern zu einem unbefriedigenden Ergebnis führen

kann, als dadurch die Kostenübernahme durch den Dienstgeber nach § 130 ASVG und § 58 B-KUVG gehindert wird.

Dies führt nach Angabe des Bundesministeriums für europäische und internationale Angelegenheiten in der Praxis zu Nachteilen medizinischer und finanzieller Natur sowie zu psychischen Belastungen der betroffenen Angehörigen, da neben die erschwerten äußeren Rahmenbedingungen im Ausland auch der Entfall des durch die Dienstgeberin/den Dienstgeber geleisteten Rückhaltes tritt, die/der auf der Basis der §§ 130 ASVG und 58 B-KUVG zwar finanzielle Vorschussleistungen erbringen kann, diese aufgrund der bestehenden Anspruchsberechtigung der Angehörigen aber nicht erbringen darf. Durch die vorgeschlagene Änderung wird sicher gestellt, dass weibliche Angehörige von sich aus dienstlichen Gründen im Ausland befindlichen Dienstnehmerinnen und Dienstnehmern ohne Unterscheidung danach, ob sie davor erwerbstätig waren oder nicht, in den Genuss der Kostenerstattung durch den Dienstgeber kommen können.

Aus redaktioneller Sicht war die Regelung des ASVG bezüglich der Beschränkung der Verpflichtung des Dienstgebers zur Kostenübernahme nur für die Sachleistungen für die Dauer der Weitergewährung des Entgelts im Hinblick auf die Vertragsbediensteten im B-KUVG aufzunehmen.

Zu Art. 1 Z 26 (§ 442 Abs. 2 dritter Satz ASVG):

Durch die vorgeschlagene Regelung soll auch der Österreichischen Zahnärztekammer auf deren Anregung hin analog zum bereits bestehenden Vorschlagsrecht der Österreichischen Ärztekammer, der Österreichischen Apothekerkammer und anderer ausdrücklich genannter Institutionen ein Vorschlagsrecht für ein Mitglied des Sozial- und Gesundheitsforums Österreich eingeräumt werden.

Zu Art. 1 Z 36 bis 38 (§ 625 Abs. 8, 9 und 14 ASVG):

Durch die vorgeschlagene Neuregelung soll die für die Geschäftsjahre 2005 bis 2007 bestehende und mit Ende des Jahres 2007 auslaufende Verwaltungskostendeckelung bei den Versicherungsträgern und dem Hauptverband bis zum Jahr 2011 verlängert werden.

Das Ziel der Verwaltungskostendeckelung wurde bis dato von allen Versicherungsträgern erreicht. Vor allem im Bereich der Krankenversicherung war insofern eine sehr positive Entwicklung des Verwaltungs- und Verrechnungsaufwandes festzustellen, als nach einem kontinuierlichen Anstieg bis zum Jahr 2000 im Jahre 2003, dem Jahr der erstmaligen Deckelung, ein signifikanter Rückgang zu verzeichnen war. Nach einem innerhalb der Deckelungsgrenze erfolgten Anstieg im Jahre 2004 war auch in den Jahren 2005 und 2006 ein Aufwandsrückgang zu verzeichnen. Insgesamt betrachtet lag der Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand in den Jahren 2003 bis 2006 unter dem Niveau des Jahres 1999.

Da sich diese Zielvorgaben bislang bestens bewährt haben, soll die bestehende Deckelung nunmehr um weitere vier Jahre verlängert werden.

Zu Art. 3 Z 6 (§ 284 Abs. 5 BSVG):

Die Übergangsbestimmung betreffend die Zurechnung von Verwertungserlösen zur Krankenversicherung nach dem BSVG soll auf weitere zwei Jahre erstreckt werden. Die finanziellen Auswirkungen hängen von den erzielten Verwertungserlösen ab und können daher nicht im Voraus beziffert werden.

Zu Art. 4 Z 10 und 11 (Überschrift zum 3. Unterabschnitt sowie § 84 Abs. 3 B-KUVG):

Bezieherinnen und Bezieher von Kinderbetreuungsgeld unterliegen nach § 1 Abs. 1 Z 20 B-KUVG iVm § 3 Z 5 B-KUVG der Teilpflichtversicherung in der Krankenversicherung.

§ 84 B-KUVG regelt die Anwendbarkeit von Bestimmungen des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes für die neuen Vertragsbediensteten, die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer der Universitäten, der Dienstnehmerinnen und Dienstnehmer der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter sowie für Selbstversicherte nach § 7a Abs. 2 Z 1 B-KUVG unter Ausnahme der unkündbaren Dienstnehmerinnen und Dienstnehmer der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter.

Nach der geltenden Rechtslage wird die Versichertengruppe der Bezieherinnen und Bezieher von Kinderbetreuungsgeld nicht von der Anwendbarkeit der in § 84 Abs. 1 B-KUVG genannten Bestimmungen des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes erfasst. Dieser Umstand führte dazu, dass für die bei der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter versicherten Kinderbetreuungsgeldbezieherinnen im Fall einer weiteren Schwangerschaft bzw. Geburt eines weiteren Kindes keinen Anspruch auf Wochengeld in der Höhe des um 80 % erhöhten Kinderbetreuungsgeldes nach § 162 Abs. 3a ASVG besteht.

Da derartige Sachverhalte schon bis dato mittels Interpretation zugunsten der Betroffenen gelöst wurden, soll die vorgeschlagene Änderung die Rechtslage eindeutig klargestellt und Rechtsicherheit für die Betroffenen geschaffen werden.

Finanzielle Erläuterungen:

Zu Art. 1 Z 5 und 39 (§§ 31 Abs. 5 Z 16 und 635 Abs. 5 ASVG):

Im Jahr 2006 betragen die Einnahmen aus der Rezeptgebühr rund 370 Millionen Euro. Für das Jahr 2008 werden auf Grund der geltenden Rechtslage Einnahmen aus der Rezeptgebühr in der Höhe von 409 Millionen Euro prognostiziert. Wird im Falle der Begrenzung der Rezeptgebühr von einem Nettoeinkommen und abzüglich der Sonderzahlungen ausgegangen, so wird der Einnahmefall für die soziale Krankenversicherung im Jahr 2008 rund 60 Millionen Euro betragen. Dies entspricht 12,5 Millionen Verordnungen bei einer Rezeptgebühr in der Höhe von 4,80 Euro pro verschriebenem Medikament. Von der Deckelung werden rund 300 000 Personen, überwiegend Pensionistinnen und Pensionisten und chronisch Kranke betroffen sein. Die Auswirkung für den Einzelnen wird von der Höhe seines Einkommens und dem Medikamentenverbrauch abhängen. Der Bezieher/die Bezieherin eines Nettoeinkommens ohne Sonderzahlungen in der Höhe von 1 000 Euro monatlich wird künftig maximal mit 240 Euro jährlich belastet sein. Bei jenen ca. 1 000 Personen aus dem Kreis der 300 000 Betroffenen, die 400 Euro Rezeptgebühr jährlich entrichteten, würde dies eine Ersparnis von 160 Euro bedeuten.

Zu Art. 1 Z 7 bis 17, 27 bis 35 und 39; Art. 2 Z 1, 2 und 5; Art. 3 Z 1 bis 3 und 7; Art. 4 Z 1 bis 4, 9, 12 und 13; Art. 5 Z 1 und 2; Art. 6 Z 1 und 2; Art. 7 Z 1; Art. 8 Z 1; Art. 9 Z 1 und 2 (§§ 51 Abs. 1 Z 1 lit. a bis f, Abs. 3 Z 1 lit. a und b, 73 Abs. 1 Z 1 und 2, 73 Abs. 2 und 4, 472a Abs. 2 und 3, 474 Abs. 1, 479d Abs. 2 Z 1 und 2 sowie 635 Abs. 4 und 6 ASVG; §§ 29 Abs. 1 und 2 sowie 320 Abs. 2 GSVG; §§ 24 Abs. 1, 26 Abs. 1 und 2 sowie 310 Abs. 2 BSVG; §§ 20 Abs. 1, 22 Abs. 1 und 3, 22 Abs. 6, 70, 151 Abs. 4 sowie 217 Abs. 3B-KUVG; §§ 32 Abs. 1 und 6, 42 Abs. 1 und 5 AIVG; § 7 Abs. 1 Z 2 und Abs. 4 SUG; § 53 Abs. 1 HVG; § 74 Abs. 1 KOVG und § 39j Abs. 6 und 6a FLAG):

Für die Krankenversicherung ergeben sich auf Grund der vorgeschlagenen Beitragssatzänderungen (inklusive des Beitragssatzanteiles auf Grund der Finanzausgleichsvereinbarung von 0,1 Prozentpunkten) folgende Mehr- bzw. Mindereinnahmen in Millionen Euro:

	2008	2009	2010
alle Gebietskrankenkassen	158,2	163,7	169,3
alle Betriebskrankenkassen	1,0	1,0	1,1
VA für Eisenbahnen und Bergbau	0,1	0,1	0,1
VA öffentlich Bediensteter	-7,6	-7,9	-8,2
SVA der gewerblichen Wirtschaft	2,9	3,0	3,1
SVA der Bauern	5,4	5,6	5,7
KV insgesamt	160,0	165,5	171,1

Zu den Art. 1 Z 21, 23 und 24; Art. 2 Z 3 und 4; Art. 3 Z 4 und 5; Art. 4 Z 7 (§§ 122 Abs. 3a, 134 Abs. 2 und 138 Abs. 1 ASVG; § 82 Abs. 4 und 6 GSVG; §§ 77 und 84 Abs. 2 BSVG; § 55 Abs. 1a B-KUVG):

Die vorgeschlagene Maßnahme zieht keine finanziellen Mehraufwendungen nach sich, da den Betroffenen der Versicherungsschutz praktisch, in all diesen Fällen später ohnedies rückwirkend zuerkannt werden kann.

Zu Art. 1 Z 36 bis 38 (§ 625 Abs. 8, 9 und 14 ASVG):

Das Ziel der Verwaltungskostendeckelung wurde bis dato von allen Versicherungsträgern erreicht.

Vor allem im Bereich der Krankenversicherung war insofern eine sehr positive Entwicklung des Verwaltungs- und Verrechnungsaufwandes festzustellen, als sogar ein Aufwandsrückgang zu verzeichnen war, sodass der Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand insgesamt betrachtet in den Jahren 2003 bis 2006 unter dem Niveau des Jahres 1999 lag. Zur Veranschaulichung wird die Situation in der Krankenversicherung abgebildet:

Krankenversicherung (ohne BKK)			
Jahr	Aufwand in Euro	+ / - in %	Inflation in %
1999	353.127.478	6,76	0,6
2000	365.260.373	3,44	2,3
2001	342.250.228	-6,30	2,7
2002	357.288.284	4,39	1,8
2003	326.559.312	-8,60	1,3
2004	348.073.161	6,59	2,1
2005	345.595.175	-0,71	2,3
2006	344.036.674	-0,45	1,5

Zu Art. 3 Z 6 (§ 284 Abs. 5 BSVG):

Die finanziellen Auswirkungen der Erstreckung der Übergangsbestimmung betreffend die Zurechnung von Verwertungserlösen zur Krankenversicherung nach dem BSVG auf weitere zwei Jahre hängen von den erzielten Verwertungserlösen ab und können daher nicht im Voraus beziffert werden.

Zu Art. 4 Z 10 und 11 (Überschrift zum 3. Unterabschnitt sowie § 84 Abs. 3 B-KUVG):

Da derartige Sachverhalte schon bis dato mittels Interpretation zugunsten der Betroffenen gelöst wurden, ist kein finanzieller Mehraufwand zu erwarten.