

Vorblatt

Problem:

Erforderlichkeit von Rechtsbereinigungen und Anpassungen in verschiedenen Bereichen des Sozialversicherungsrechtes.

Ziel:

Aktualisierung der Sozialversicherungsgesetze.

Inhalt /Problemlösung:

Vornahme notwendiger Rechtsbereinigungen und Anpassungen in den Sozialversicherungsgesetzen, Aufhebung überholter Bestimmungen.

Alternativen:

Keine.

Auswirkungen des Regelungsvorhabens:**– Finanzielle Auswirkungen:**

Auf die Finanziellen Erläuterungen wird hingewiesen.

– Wirtschaftspolitische Auswirkungen:**– – Auswirkungen auf die Beschäftigung und den Wirtschaftsstandort Österreich:**

Keine.

– – Auswirkungen auf die Verwaltungslasten für Bürger/innen und für Unternehmen:

Keine.

– Auswirkungen in umweltpolitischer Hinsicht, insbesondere Klimaverträglichkeit:

Keine.

– Auswirkungen in konsumentenschutzpolitischer sowie sozialer Hinsicht:

Durch die Einführung einer Unterstützungsleistung für Selbständige bei lang andauernder Krankheit soll es zu einer finanziellen Absicherung im Krankheitsfall kommen, wobei diese Maßnahme der besonders gefährdeten Gruppe von Selbständigen mit wenigen (weniger als 25) Beschäftigten zu Gute kommen wird

– Geschlechtsspezifische Auswirkungen:

Keine.

Verhältnis zu 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

Im Bundesministerium für Gesundheit sind zahlreiche Anregungen zur Novellierung der Sozialversicherungsgesetze vorgemerkt. Der gegenständliche Gesetzentwurf ist großteils der Anpassung an die Rechtsentwicklung innerhalb der Sozialversicherung gewidmet.

Im Einzelnen sind folgende Maßnahmen hervorzuheben:

- Entfall des Service-Entgelts für anspruchsberechtigte Angehörige und Vorsehen einer jährlichen Valorisierung;
- Vorsehen einer empfangenorientierten Leistungsinformation für Versicherte (LIVE);
- Vornahme von Änderungen im Bereich der Mitversicherung: Ausschluss der Mitversicherungsmöglichkeit für aus der Kammer ausgeschiedene Rechtsanwälte und Ziviltechniker sowie Ausschluss der Angehörigeneigenschaft von Kindern, die im Ausland eine Erwerbstätigkeit ausüben, die im Inland zur Versicherungspflicht führt;
- Entfall der bisherigen Beschränkungen des Leistungsangebots von Zahnambulatorien;
- Erweiterung des Unfallversicherungsschutzes bei Wegunfällen, die sich auf dem Kindergarten- oder Schulweg ereignen;
- Entfall der in § 176 Abs. 1 Z 2 ASVG vorgesehen „besonderen rechtlichen Verpflichtung“ und Verankerung einer Subsidiaritätsregelung;
- Aktualisierung der Berufskrankheitenliste;
- Vorsehen einer Unterstützungsleistung bei lang andauernder Krankheit im GSVG samt Aufwendersatz durch die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt;
- Einbeziehung von aus der Selbstversicherung in Krankenversicherung nach § 16 ASVG ausgeschiedenen Mitgliedern der Kammern der freien Berufe sowie aus der Pflichtversicherung nach § 14b Abs. 2 GSVG Ausgeschiedenen in die Selbstversicherung nach § 14a GSVG;
- Erfassung von Kinderbetreuungsgeldbezieherinnen und –bezieher, die daneben noch einer freiberuflichen selbstständigen Erwerbstätigkeit nachgehen, in der Pflichtversicherung in der Krankenversicherung nach § 14b GSVG;
- Entfall des Zusatzbeitrages bei Wechsel von der Geld- in die Sachleistungsberechtigung im GSVG;
- Redaktionelle Berichtigungen.

Kompetenzgrundlage:

In kompetenzrechtlicher Hinsicht stützt sich das im Entwurf vorliegende Bundesgesetz auf Art. 10 Abs. 1 Z 11 B-VG („Sozialversicherungswesen“) sowie Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG („Heil- und Pflegeanstalten“).

II. Besonderer Teil

Zu Art. 1 Z 1 (§ 5 Abs. 2 ASVG):

Die vorgenommene Änderung im § 5 Abs. 2 ASVG trägt dem Umstand Rechnung, dass das Karenzgeldgesetz (KGG), das für Ansprüche aus Geburten vor dem 1. Jänner 2002 gilt, auf Grund des Auslaufens möglicher Übergangsfälle für den Karenzgeldbezug keine praktische Anwendbarkeit mehr hat. Daher sind die gesetzlichen Verweisungen an das Kinderbetreuungsgeldgesetz (KBGG) anzupassen.

Zu Art. 1 Z 2 (§ 31 Abs. 6 ASVG):

Durch die vorgeschlagene Änderung wird eine Rechtsbereinigung vorgenommen:

Im § 31 Abs. 6 ASVG ist ein Verweis auf die bereits mit BGBl. I Nr. 140/2002 (mit Wirksamkeit 1. Jänner 2004) aufgehobene Richtlinie nach § 31 Abs. 5 Z 12 ASVG enthalten. Dieser sowie die darauf bezugnehmenden Regelungen im § 31 Abs. 6 ASVG sind obsolet und können daher entfallen.

Zu Art. 1 Z 3 (Überschrift zu § 31c ASVG):

Die Überschrift des § 31c ASVG bezieht sich nach der derzeit in Geltung befindlichen Fassung vorwiegend auf Abs. 1 leg. cit., wonach die e-card alle Arten von Krankenscheinen zu ersetzen hat. Die e-card ist nunmehr flächendeckend eingeführt, weshalb eine Änderung der Überschrift der Bestimmung auf Grund deren Regelungsinhalts in „Service-Entgelt“ geboten erscheint.

Zu Art. 1 Z 4 bis 6 (§ 31c Abs. 2 und 3 ASVG):

Das jährliche Service-Entgelt für die e-card ist nach geltender Rechtslage (§ 31c Abs. 3 ASVG) vom Versicherten/von der Versicherten für sich und seine/ihre Angehörigen einzuheben. Ausnahmen vom Service-Entgelt für Angehörige bestehen derzeit für Kinder (§ 123 Abs. 2 Z 2 bis 6 ASVG) und für Angehörige der Personen nach § 31c Abs. 2 Z 1 bis 4, 7 und 8 ASVG (insbesondere Angehörige von Bezieherinnen und Beziehern einer Pension). Bei in einem Beschäftigungsverhältnis (Dienst-, Lehr- oder Ausbildungsverhältnis) stehenden Personen erfolgt die Einhebung des Service-Entgelts auch für deren Angehörige durch den Dienstgeber/die Dienstgeberin.

Auf Vorschlag des Hauptverbandes vom Juni dieses Jahres soll die Verpflichtung zur Zahlung eines Service-Entgelts für die e-card für alle Angehörige aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung entfallen. Auch ist diese Maßnahme mit einer entsprechenden finanziellen Entlastung der Versicherten verbunden. Das Service-Entgelt ist seit Einführung der e-card mit BGBl. I Nr. 171/2004 mit 10 Euro unverändert. Im Hinblick auf den Entfall des Service-Entgelts für Angehörige soll dieser Betrag nunmehr jährlich valorisiert werden.

Zu Art. 1 Z 8, Art. 2 Z 21, Art. 3 Z 1 sowie Art. 4 Z 3 (§ 81 Abs. 1 ASVG, § 43 Abs. 1 GSVG, § 41 Abs. 1 BSVG sowie § 27 Abs. 1 B-KUVG):

Nach der derzeitigen Rechtslage (eingeführt durch das Sozialrechts-Änderungsgesetz 2000, BGBl. I Nr. 201/2000, mit Wirksamkeit ab 1. Jänner 2003) haben die Krankenversicherungsträger einmal im Kalenderjahr die Versicherten über die Kosten der von ihnen und ihren Angehörigen in Anspruch genommenen Sachleistungen zu informieren.

Diese Information erfolgte in den Monaten August bis Oktober 2011 für rund sechs Millionen Versicherte, wobei zB von der Wiener Gebietskrankenkasse an ca. 1,15 Millionen Versicherte Leistungsinformationen („LIVE“) versendet werden. Die daraus entstehenden Kosten (für Porto und Versand) betragen alleine im Bereich der Wiener Gebietskrankenkasse jährlich rund 780 000 Euro.

Ab dem Jahr 2013 (für LIVE ab dem Jahr 2012) soll die Leistungsinformation für die Versicherten nunmehr empfangenorientiert werden, in dem diese lediglich jene Versicherten postalisch übermittelt erhalten, die dies etwa durch Retournierung eines der Leistungsinformation für das Jahr 2012 beigelegten Rücksendeabschnittes (Kupons) auch wünschen.

Für die übrige Versichertengruppe soll die gesetzliche Möglichkeit des Abrufens von LIVE im elektronischen Weg in einer dem Datenschutzgesetz 2000 entsprechenden Weise geschaffen werden. Selbstverständlich steht auch dieser Personengruppe die Möglichkeit offen, LIVE in den Folgejahren wiederum postalisch zu erhalten.

Zu Art. 1 Z 9 und 18 sowie Art. 2 Z 3, 4, 19, 22 bis 26, 30 bis 32 (§§ 90a und 319b ASVG sowie §§ 9 Abs. 1 und 3, 31 Abs. 2, 78 Abs. 1 Z 2, 79 Abs. 1 und 2, 80 Abs. 1, 82 Abs. 5, der 3. und 4. Unterabschnitt des Abschnittes II des Zweiten Teils sowie 182b GSVG):

Nach derzeitiger Rechtslage im GSVG besteht zur finanziellen Absicherung im Krankheitsfall lediglich die Möglichkeit des Abschlusses einer freiwilligen Versicherung, nämlich der Zusatzversicherung gemäß § 9 GSVG, womit Krankengeld (bzw. gegebenenfalls Taggeld) ab dem vierten Tag der Arbeitsunfähigkeit bis zur Höchstdauer von 26 Wochen (durch die Satzung auf 52 Wochen verlängerbar) bezogen werden kann. Das tägliche Krankengeld wird derzeit individuell berechnet und beträgt 60 % (bzw. bei Bezug von Taggeld 80 %) der vorläufigen Beitragsgrundlage.

Arbeitsunfähigkeit infolge lang andauernder Krankheit kann bei selbständig Erwerbstätigen, insbesondere bei Einzelpersonenunternehmerinnen und -unternehmern sowie bei Inhaberinnen und Inhabern von Betrieben mit wenigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, bald ein existenzbedrohendes Ausmaß annehmen.

Daher soll diese Personengruppe in Anlehnung an die im ASVG bestehenden Regelungen für Krankengeld nunmehr einen Anspruch auf Unterstützungsleistung bei lang andauernder Krankheit nach § 104a GSVG erhalten.

Anspruchsberechtigt sind Versicherte nach den §§ 2 Abs. 1 Z 1 bis 4, 3 Abs. 1 Z 2 sowie 14a und 14b GSVG, bei denen die Aufrechterhaltung ihres Betriebes von deren persönlicher Arbeitsleistung abhängt und die in ihrem Unternehmen regelmäßig keinen oder weniger als 25 Dienstnehmerinnen oder Dienstnehmer beschäftigen.

Die entsprechenden Meldeverpflichtungen sind in § 104a Abs. 3 GSVG enthalten, wobei zwischen Erstmeldung und Folgemeldungen zu unterscheiden ist. Bei Folgemeldungen sind die bei Bestand einer Zusatzversicherung nach § 9 GSVG zu erstattenden Meldungen ausreichend, gesonderte Folgemeldungen sind diesfalls nicht erforderlich. Festgehalten werden soll auch, dass

Krankenhausaufenthaltsbestätigungen ärztlichen Bestätigungen über die Arbeitsunfähigkeit gleich zu halten sind. Zum Ruhen des Anspruches auf Unterstützungsleistung (§ 104b Abs. 1 GSVG) kommt es unter anderem, solange den gesetzlichen Meldeverpflichtungen nicht nachgekommen wird. Die in den Abs. 2, 3 und 4 leg. cit. vorgesehenen Bestimmungen entsprechen jenen bei Bestehen einer Zusatzversicherung.

Die Unterstützungsleistung soll täglich 26,97 Euro (Wert 2012) betragen und entsprechend der unter Bedachtnahme auf § 51 GSVG vorgesehenen gesetzlichen Anpassung jährlich, beginnend ab dem Jahr 2013, valorisiert werden. Anspruch auf diese Leistung besteht ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit bis zu einer Höchstdauer von 20 Wochen für ein und dieselbe Krankheit.

Im § 90a ASVG soll entsprechend der Bestimmungen bei Zusammentreffen eines Anspruchs auf Versehrtenrente mit einem Anspruch auf Krankengeld, die Versehrtenrente für die Dauer des Bezuges einer Unterstützungsleistung mit dem Betrag der Unterstützungsleistung ruhen.

Im Bereich der bestehenden Zusatzversicherung nach § 9 GSVG soll in Hinkunft eine Mindestbeitragsgrundlage in Höhe von monatlich 1 088 Euro (Wert 2012) vorgesehen werden, wonach künftig die daraus gebührende Geldleistung entsprechend der Unterstützungsleistung ebenfalls in Höhe von 26,97 Euro täglich (Wert 2012) ab dem vierten Tag der Arbeitsunfähigkeit bis zur Höchstdauer von 26 Wochen (durch die Satzung auf 52 Wochen verlängerbar) gebührt.

Bei Zusammentreffen der neuen Unterstützungsleistung bei lang andauernder Krankheit mit Krankengeld aus einer Zusatzversicherung ist ein Parallelbezug beider Leistungen, sohin in Höhe von mindestens 53,94 Euro täglich (Wert 2012), vorgesehen. Schließlich soll das bisher in § 108 GSVG verankerte Taggeld, das bisher bei Ruhen des Krankengeldes bei Anstaltspflege vorgesehen ist, entfallen.

Zu Art. 1 Z 10 (§ 107 Abs. 1 letzter Satz ASVG und § 49 Abs. 1 letzter Satz B-KUVG):

Die vorgeschlagene Änderung geht auf eine Anregung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger zurück.

Nach Angaben des Hauptverbandes häufen sich bei den Krankenversicherungsträgern in letzter Zeit Fälle, in denen auf Grund der Speicherung eines AMS-Bezuges Krankengeld ausbezahlt wurde und der AMS-Bezug dann jedoch wegen nachträglicher Einbeziehung der oder des Versicherten in die Pflichtversicherung nach dem GSVG storniert wird. In derartigen Fällen widerruft das AMS die Leistung und fordert das zu Unrecht erbrachte Arbeitslosengeld oder die Notstandshilfe gemäß § 25 AIVG zurück.

Für den Krankenversicherungsträger bedeutet dies, dass die Grundlage für die Gewährung des Krankengeldes wegfällt und die Geldleistung somit zu Unrecht erbracht wurde. Mangels eines Rückforderungstatbestandes konnte das zu Unrecht erbrachte Krankengeld durch den Krankenversicherungsträger im Gegensatz zum AMS bis dato jedoch nicht zurückgefordert werden, da der bisherige Wortlaut des § 107 Abs. 1 letzter Satz ASVG dafür keine Deckung bietet: Nach diesem ist die Rückforderung von Geldleistungen nur dann möglich, wenn sich wegen eines nachträglich festgestellten Anspruches auf Weiterleistung der Geld- oder Sachbezüge herausstellt, dass die Geldleistung zu Unrecht erbracht wurde.

Durch die vorgeschlagene Änderung (alle Tatsachen, die bei ihrer Kenntnis im Leistungszeitpunkt zu entweder keiner oder nur einer geringeren Leistung geführt hätten, sollen eine Leistungsrückforderung ermöglichen) soll der Rückforderungstatbestand des § 107 Abs. 1 letzter Satz ASVG erweitert und den Erfordernissen der Praxis angepasst werden; korrespondierend dazu ist seitens des Arbeitsmarktservice darüber zu informieren, dass es im Zuge der Rückforderung nicht zu unbilligen Ergebnissen kommt. Mit der vorgeschlagenen Ergänzung im B-KUVG soll es überdies zu einem zeitgemäßen Gleichklang der Regelung mit dem ASVG hinsichtlich der Rückforderung von Geldleistungen kommen.

Zu Art. 1 Z 11, Art. 2 Z 27, Art. 3 Z 2 sowie Art. 4 Z 5 (§ 123 Abs. 9 ASVG; § 83 Abs. 6 GSVG; § 78 Abs. 6 BSVG; § 56 Abs. 9 B-KUVG):

Opting-out-Berechtigte (Angehörige freier Berufe) sind grundsätzlich von der Möglichkeit der Mitversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen (siehe dazu auch BMSG 20.7.1999, 121.620/2-7/99, SV-Slg. XXV/Nr. 45.192: Die Bestimmung des § 123 Abs. 9 ASVG hat den Zweck, zu verhindern, dass Personen, die - trotz eines Erwerbseinkommens - nicht der Pflichtversicherung in der Krankenversicherung unterliegen, nicht auf Grund ihrer Angehörigeneigenschaft zu einer in der Krankenversicherung pflichtversicherten Person beitragsfreie Leistungen in Anspruch nehmen können).

Entgegen diesem Grundsatz besteht für Rechtsanwältinnen/Rechtsanwälte und Ziviltechnikerinnen/Ziviltechniker ab dem Zeitpunkt des Ausscheidens aus der Kammer (solange greift jedenfalls die lit. a der Ausschlussstatbestände, die eine Kammerzugehörigkeit fordert) derzeit jedoch noch

die Möglichkeit, sich beitragsfrei (allenfalls unter Entrichtung des 3,4 %igen Zusatzbeitrages in der KV) bei Angehörigen mitversichern zu können.

Durch die vorgeschlagene Neuregelung soll diese Gesetzeslücke geschlossen und eine Gleichstellung mit den anderen Angehörigen der freien Berufe herbeigeführt werden.

Zu Art. 1 Z 12, Art. 2 Z 28, Art. 3 Z 3 sowie Art. 4 Z 6 (§ 123 Abs. 10 ASVG; § 83 Abs. 7 GSVG; § 78 Abs. 8 BSVG; § 56 Abs. 10 B-KUVG):

Nach der bisherigen Rechtslage sind Kinder als anspruchsberechtigte Angehörige in der Krankenversicherung lediglich dann ausgeschlossen, wenn sie an einem Programm der Europäischen Gemeinschaften zur Förderung der Mobilität junger Menschen teilnehmen. Die nunmehrige Neuregelung sieht vor, dass Kinder gleich wie sonstige Angehörige (zB Ehegattinnen/Ehegatten) nicht als Angehörige gelten, wenn sie im Ausland eine Erwerbstätigkeit ausüben, die, würde sie im Inland ausgeübt, eine Versicherungspflicht nach dem ASVG oder einer der Sondergesetze nach sich zieht.

Zu Art. 1 Z 13 (§ 139 Abs. 1 ASVG):

Bei der vorgeschlagenen Änderung handelt es sich um eine redaktionelle Anpassung an die durch das 2. Sozialversicherungs-Änderungsgesetz 2010 – 2. SVÄG 2010, BGBl. I Nr. 102/2010, vorgenommene Aufhebung der Z 4 (Auslaufens des Karenzgeldes).

Zu Art. 1 Z 14 und 15, Art. 3 Z 22 bis 24 sowie Art. 4 Z 8 und 11 (§§ 153 Abs. 3 und 3a, 343c Abs. 1 und 2 sowie 575 Abs. 16a ASVG; §§ 95 Abs. 4 und 265 Abs. 11 BSVG; §§ 69 Abs. 3 und 3a sowie 190 Abs. 5 B-KUVG):

Die vorgeschlagene Änderung soll den durch die Beschränkung des Leistungsangebotes bei den Zahnambulatorien der Sozialversicherungsträger bestehenden Wettbewerbsnachteil beseitigen. Dadurch kann für den Betrieb dieser Einrichtungen eine bessere Rentabilität erreicht werden. Für die Versicherten kann eine hochwertige zahnmedizinische Versorgung angeboten und damit ein zusätzlicher Beitrag zur Zahngesundheit der Bevölkerung geleistet werden.

Zu Art. 1 Z 16, Art. 3 Z 5 sowie Art. 4 Z 9 (§ 175 Abs. 2 Z 10 ASVG; § 148c Abs. 2 Z 2 BSVG; § 90 Abs. 2 Z 9 B-KUVG):

Die vorliegende Gesetzesänderung beruht auf einem Antrag der Kammer für Arbeiter und Angestellte Salzburg.

§ 175 Abs. 2 Z 10 ASVG und Parallelbestimmungen regeln den Unfallversicherungsschutz für Wegunfälle, die sich auf dem Kindergarten- oder Schulweg ereignen. Geschützt sind Unfälle der oder des – erwerbstätigen - Versicherten auf dem Weg zu einem Kindergarten, zu einer Schule sowie auf dem Rückweg nach Hause.

Nach im ASVG und B-KUVG geltendem Recht besteht dieser Versicherungsschutz nur dann, wenn der oder dem Versicherten die gesetzliche Aufsichtspflicht über das begleitete Kind (die begleiteten Kinder) obliegt.

Das Allgemeine Bürgerliche Gesetzbuch unterscheidet zwischen einer gesetzlichen und rechtsgeschäftlichen Aufsichtspflicht. Eine gesetzliche Aufsichtspflicht kommt den Eltern (§ 144 ABGB), einem Elternteil (Mutter oder Vater, §§ 166, 167 Abs. 2, 177, 177a ABGB), Adoptiveltern (Koziol/Welser, Bürgerliches Recht I, 13. Auflage [2006] 554), Pflegeeltern (§§ 186, 186a ABGB), Großeltern bei nicht vorhandenen leiblichen Eltern (§ 145 ABGB) oder vom Gericht mit der Obsorge betrauten, anderen geeigneten Personen (§ 187 ABGB) zu. Aufsichtspflichten knüpfen sich auch an den Eintritt in gewisse öffentlich-rechtliche Unterordnungsverhältnisse (insbesondere an den Schulbesuch, siehe § 10 Abs. 2, § 13 Abs. 2, § 51 Abs. 1 und 3 Schulunterrichtsgesetz – SchUG, BGBl. Nr. 472/1986). Lebensgefährtinnen und Lebensgefährten, Stiefeltern, Großeltern, Tageseltern, Au-Pair-Kräften oder etwa den Nachbarn kommen daher keine gesetzlichen Aufsichtspflichten zu.

Aufsichtspflichten können daneben auch rechtsgeschäftlich übertragen oder gefälligkeitshalber übernommen werden. Da der derzeitige Gesetzeswortlaut im ASVG und B-KUVG jedoch nur gesetzliche Aufsichtspflichten berücksichtigt, besteht beim Begleiten von auf diesen Grundlagen beaufsichtigten Kindern zum Kindergarten oder zur Schule auch kein Unfallversicherungsschutz.

Die Erläuterungen der 50. ASVG-Novelle, mit der die Z 10 in die Bestimmung des § 175 Abs. 3 ASVG eingefügt wurde, führen aus, dass damit die Forderung des Österreichischen Arbeiterkammertages, den Weg von erwerbstätigen Aufsichtspersonen, die Kinder zum Kindergarten bzw. zur Schule bringen oder von dort abholen, unter Unfallversicherungsschutz zu stellen, verwirklicht wurde.

Nunmehr soll der Unfallversicherungsschutz auch auf Personen ausgeweitet werden, denen keine „gesetzlichen“, sondern nur „schlichte“ Aufsichtspflichten obliegen. Vorbild dafür ist § 148c Abs. 2 Z 2

BSVG, der Aufsichtspflichten jeglicher Natur erfasst. Durch das im Novellierungsvorschlag vorgesehene Abstellen auf die Kindesbegriffe nach den §§ 123 ASVG, 78 BSVG und § 56 B-KUVG unterliegt nunmehr auch die Begleitung von Pflegekindern dem Unfallversicherungsschutz, was bislang nicht der Fall war.

Um einen möglichst umfassenden Schutz zu garantieren, werden die in den §§ 175 Abs. 2 Z 10 ASVG, 148c Abs. 2 Z 2 BSVG sowie § 90 Abs. 2 Z 9 B-KUVG bislang verwendeten Begriffe „Kindergarten“, „Kindertagesstätte“ und „Kinderhort“ durch den umfassenderen Begriff der „Kinderbetreuungseinrichtung“ ersetzt, der auch in mehreren die Kinderbetreuungseinrichtungen regelnden Landesgesetzen (so zB im Bgld. KBBG 2009, LGBl. Nr. 7/2009, im K-KBG, LGBl. Nr. 13/2011, im Oö. KBG, LGBl. Nr. 39/2007, StKBBG, LGBl. Nr. 22/2000 oder im Tiroler Kinderbildungs- und Kinderbetreuungsgesetz) verwendet wird. Im Oberösterreichischen Kinderbetreuungsgesetz wird der Begriff „Kinderbetreuungseinrichtung“ als „Einrichtung zur regelmäßigen vor- oder außerschulischen Bildung, Erziehung, Betreuung und Pflege von Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren in Gruppen für einen Teil des Tages in dafür geeigneten Räumlichkeiten und durch das dafür fachlich geeignete Personal“ definiert.

(Die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über den Ausbau des institutionellen Kinderbetreuungsangebots und über die Einführung der verpflichtenden frühen sprachlichen Förderung in institutionellen Kinderbetreuungseinrichtungen sowie Schaffung eines bundesweiten vorschulischen Bildungsplanes verwendet hingegen den etwas anders definierten Begriff der „institutionellen Kinderbetreuungseinrichtung“).

Zwecks vollständiger begrifflicher Abdeckung der außerhäuslichen Kinderbetreuung wird auch der Begriff der „Tagesbetreuung“ neu aufgenommen. Die Tagesbetreuung wird im § 21a JWG als „Übernahme einer oder eines Minderjährigen unter 16 Jahren von anderen als bis zum dritten Grad Verwandten oder Verschwägerten, Wahleltern, dem Vormund oder anderen mit Pflege und Erziehung betrauten Personen zur regelmäßigen und gewerbsmäßigen Betreuung für einen Teil des Tages, die nicht im Rahmen des Kindergarten-, Hort- und Schulbetriebes erfolgt“, definiert. Die Betreuung kann dabei sowohl als individuelle Betreuung im Haushalt einer geeigneten Person (Tagesmutter, -vater) als auch in Gruppen in geeigneten Räumlichkeiten erfolgen.

Der Begriff „fremde Obhut“ wird nun auch ins BSVG aufgenommen. Der Ausdruck „Schüler“ kann entfallen, da der Begriff „Kind“ umfassend ist und Schüler ohnehin mit einbezieht.

Zu Art. 1 Z 17 (§ 176 Abs. 1 Z 2 ASVG):

Durch den vorliegende Novellierungsvorschlag sollen folgende Änderungen vorgenommen werden:

Bislang sind Unfälle, die sich bei den in § 176 Abs. 1 Z 2 ASVG genannten Situationen (Rettung von Menschen, Suche nach Vermissten, Hilfeleistung in Unglücksfällen etc.) ereignen, nur dann den Arbeitsunfällen gleichgestellt, wenn die „Retterin“ oder den „Retter“ keine besondere Verpflichtung zur Hilfeleistung trifft. Bestehende Hilfeleistungsverpflichtungen führen damit zu einem Ausschluss des Versicherungsschutzes. Dieser erscheint jedoch vor allem in Fällen, in denen ein Kind aus Ungeschicklichkeit eines Elternteiles in Not gerät und der Elternteil bei der Hilfeleistung zu Schaden kommt oder tödlich verunglückt, als unbillig und nicht mehr zeitgemäß:

Die Stamfassung des ASVG beruht zu einem wesentlichen Teil auf der deutschen Reichsversicherungsordnung (RVO), die in Deutschland noch bis vor einigen Jahren in Geltung stand. In § 537 Nr. 5 der RVO war bis zum Unfallversicherungsneuordnungsgesetz eine ähnliche Bestimmung enthalten („sofern der Hilfsleistende ohne besondere rechtliche Verpflichtung gehandelt hat“). Unter dem Aspekt, dass sich eine Unterscheidung zwischen allgemeiner und besonderer Verpflichtung nicht durchführen ließ und auch nicht gerechtfertigt war, entfiel diese Bestimmung zur Gänze. Nach geltendem deutschem Recht ist es für den Versicherungsschutz unerheblich, ob die oder der Hilfsleistende ohne Rechtspflicht, in Erfüllung einer allgemeinen Rechtspflicht oder auf Grund einer besonderen Rechtspflicht Hilfe geleistet hat. Versicherungsschutz besteht auch dann, wenn die Helferin/der Helfer den Unglücksfall selbst verursacht oder verschuldet hat. Nur wenn der Unglücksfall vorsätzlich herbeigeführt wurde, soll der Versicherungsschutz unter dem Aspekt der selbsterbeigeführten Gefahr entfallen.

In Nachvollziehung dieses Gedankens soll auch das bislang in § 176 Abs. 1 Z 2 ASVG letzter Halbsatz ASVG vorhandene Zitat entfallen.

Die statt dessen in § 176 Abs. 1 Z 2 ASVG letzter Halbsatz neu verankerte Subsidiaritätsregelung entspricht der bisherigen Praxis, nach der zunächst stets das Vorliegen eines Arbeitsunfalles im engeren Sinne geprüft wird; § 176 Abs. 1 Z 2 ASVG soll nur noch dann zur Anwendung kommen, wenn kein Leistungsanspruch nach anderen unfallversicherungs- oder unfallfürsorgerechtlichen Bestimmungen

gegeben ist. Damit wird klargestellt, dass die vorrangige Zuständigkeit jenes Versicherungsträgers, bei dem die Versicherte/der Versicherte aufgrund ihrer/seiner beruflichen Tätigkeit pflichtversichert ist, gegeben ist.

Zu den Z 22 bis 24 und 26 (Nr. 20, 22, 23 und 30 der Anlage 1 zum ASVG):

Entsprechend dem Regierungsprogramm für die XXIV. Gesetzgebungsperiode war seitens der Sozialpartner eine Prüfung der Aufnahme in die Berufskrankheitenliste von Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates vorzunehmen. Aus diesem Anlass erfolgte eine generelle Überarbeitung der Berufskrankheitenliste im Hinblick auf deren Aktualität und Ergänzungsbedürftigkeit.

Im Hinblick darauf, dass eine Erweiterung der Berufskrankheitenliste nur auf Basis von gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen vorgenommen werden kann, einigten sich die Sozialpartner darauf, vorerst Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates nicht in die Berufskrankheitenliste aufzunehmen; diesbezüglich sollen weitere Entwicklungen in diese Richtung abgewartet werden.

Eine Einigung besteht jedoch auf eine Erweiterung der Berufskrankheitenliste im Zusammenhang mit folgenden Berufskrankheiten:

So sollen künftig nicht nur durch Erschütterungen hervorgerufene Erkrankungen erfasst werden, sondern auch vibrationsbedingte Durchblutungsstörungen (Nr. 20 der Anlage 1 zum ASVG). Weiters sollen nicht erst Drucklähmungen der Nerven, sondern auch Druckschädigungen als Berufskrankheit gelten (Nr. 22 der Anlage 1 zum ASVG). Im Bereich der chronischen Erkrankungen sollen auch chronische Erkrankungen der Sehnenscheiden, des Sehnengleitgewebes und der Sehnen- und Muskelansätze in die Berufskrankheitenliste aufgenommen werden, die Einschränkung auf Knie- und Ellbogengelenke soll entfallen (Nr. 23 der Anlage 1 zum ASVG). Ferner soll auch die Rhinopathie, eine Vorstufe des Asthma bronchiale, als Berufskrankheit anerkannt werden (Nr. 30 der Anlage 1 zum ASVG).

Durch die vorgesehene Erweiterung der Berufskrankheitenliste soll vor allem sichergestellt sein, dass bereits beim Auftreten erster Symptome einer Schädigung entsprechende Behandlungen gewährt werden, sodass eine Verschlimmerung der jeweiligen Erkrankung nach Möglichkeit verhindert wird.

Zu Art. 1 Z 25 (Nr. 26 der Anlage 1 zum ASVG):

Auf Grund der Ergebnisse epidemiologischer Studien stuft die International Agency for Research on Cancer (IARC) im Jahre 1997 Quarz als krebserregend für den Menschen ein.

Seither wurden in Österreich Lungenkrebserkrankungen, die die Kriterien erfüllen, als Berufskrankheit anerkannt; bösartige Neubildungen der Lunge durch die Einwirkung von kristallinem Siliziumdioxid bei Silikose konnten bisher in der Regel unter die Generalklausel des § 177 Abs. 2 ASVG oder unter den Tatbestand der lit. a der Nr. 26 der Anlage 1 zum ASVG („Silikose oder Silikatose“) subsumiert werden.

Die vorgesehene Änderung bewirkt daher faktisch keine Erweiterung der Berufskrankheitenliste, sondern dient vorwiegend einer systematischen Zuordnung zu der in der Liste der Berufskrankheiten angeführten Lungenerkrankungen.

Zu Art. 2 Z 1 (§ 4 Abs. 2 Z 1 GSVG):

Die Ausnahme nach § 4 Abs. 2 Z 1 GSVG ist im Zusammenhang mit der Regelung des § 54 GSVG in der Fassung des BGBl. I Nr. 139/1997 zu sehen, wonach Leistungsansprüche aufgrund einer Pflichtversicherung nach § 2 Abs. 1 Z 4 GSVG frühestens mit der Erstattung einer Meldung entstanden sind.

Aufgrund der Aufhebung dieser Bestimmungen durch Erkenntnis des VfGH vom 22. Juni 2005, G 177/04, erübrigt sich eine derartige Selbstversicherung und eine darauf beruhende Ausnahme von der Pflichtversicherung nach dem GSVG. Dieser Ausnahmegrund kann daher ersatzlos entfallen, eine Übergangsbestimmung ist mangels aktueller Anwendungsfälle nicht erforderlich.

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

Mit dem ASRÄG 1997 wurde die Subsidiarität in der Krankenversicherung nach dem GSVG aufgehoben und das System der Mehrfachversicherung eingeführt. Daher erübrigen sich Bestimmungen, die seinerzeit die freiwillige Aufrechterhaltung oder Begründung einer GSVG-Krankenversicherung bei Eintritt eines heute nicht mehr vorgesehenen Ausnahmegrundes ermöglichten.

Zu Art. 2 Z 5, 6, 8, 10, 11, 13 bis 16 (§§ 14a Abs. 1 Z 2, Abs. 2 und 5, 14b Abs. 2 und 3, 14c Abs. 2 Z 2, 14d Abs. 1 Z 2 und Abs. 2 Z 2 sowie 14e Z 2 und 3 GSVG):

Es wird klargestellt, dass neben den bislang im Gesetz ausdrücklich genannten Alters- und Todesversorgungsleistungen der Kammern auch Leistungen, die aus Anlass der Berufsunfähigkeit gewährt werden, zur Begründung einer Selbstversicherung nach § 14a GSVG bzw. zum Eintritt einer

Pflichtversicherung nach § 14b GSVG führen können. Weiters wurden die §§ 14c Abs. 2 Z 2 und 14d Abs. 2 Z 2 GSVG insofern redaktionell berichtigt, als der Tod der oder des Anspruchsberechtigten ohnehin zum Wegfall der Leistungen führt.

Durch die Mitaufnahme des Ruhegenusses in § 14b Abs. 1 Z 2 und Abs. 3 sowie § 14d Abs. 1 Z 2 und Abs. 2 Z 2 GSVG werden die bislang nur die Pensionen umfassenden Zitate vervollständigt und der tatsächlich geübten Praxis angepasst.

Zu Art. 2 Z 7, 9 und 14 (§§ 14a Abs. 3, 14b Abs. 1, 14d Abs. 1 Z 3 sowie Abs. 2 Z 3 GSVG):

Anlässlich des Bezuges von Kinderbetreuungsgeld wird die Gruppenkrankenversicherung beendet. Oft wird neben dem Bezug von Kinderbetreuungsgeld die freiberufliche Tätigkeit weiterhin ausgeübt. Da kein Antrag auf Einbeziehung in die Selbstversicherung nach § 14a GSVG gestellt wird, bleibt die der Versicherungspflicht unterliegende freiberufliche Tätigkeit im Endergebnis unabhängig von der Höhe der Einkünfte versicherungsfrei.

Aus gleichheitsrechtlichen Erwägungen soll auf Vorschlag der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft daher auch neben dem Bezug von Kinderbetreuungs- oder Weiterbildungsgeld ausgeübte freiberufliche Tätigkeiten in die Pflichtversicherung in der Krankenversicherung nach § 14b GSVG einbezogen werden.

Die Pflichtversicherung nach § 14b GSVG beginnt in diesen Fällen mit Beginn des Kinderbetreuungs- oder des Weiterbildungsgeldbezuges und endet mit deren Wegfall (§ 14d GSVG). Als Beitragsgrundlage gelten die auf Grund der freiberuflichen Tätigkeit bezogenen Einkünfte (§ 14e Z 3 GSVG). Der Beitragssatz beläuft sich einschließlich Zusatzbeitrag in der Höhe von 0,5 % (§ 27a GSVG) und Ergänzungsbetrag in der Höhe von 0,1 % (§ 27d GSVG) auf 7,65 % (§§ 14f Abs. 1 Z 1 und Abs. 2 GSVG).

Bei Wegfall der die Pflichtversicherung in der Krankenversicherung begründenden Leistung sollen auch diese Personen der Selbstversicherung nach § 14a GSVG unterliegen. Die Selbstversicherung beginnt im unmittelbaren Anschluss an die Pflichtversicherung.

Zu § 14b Abs. 1 letzter Halbsatz GSVG: Nach dem bisherigen Wortlaut besteht die Möglichkeit zur Pflichtversicherung in der Krankenversicherung nach § 14b GSVG nur dann, wenn die betreffende Person nicht „einer Krankenvorsorgeeinrichtung ihrer gesetzlichen beruflichen Vertretung beigetreten ist“. Das ausschließliche Abstellen darauf, ob jemand einer solchen Krankenvorsorgeeinrichtung irgendwann einmal beigetreten ist, erscheint als zu restriktiv. Dadurch wären auch Personen, die den Gruppenvertrag mittlerweile bereits wieder gekündigt oder sistiert haben, de facto von der Pflichtversicherung nach § 14b GSVG ausgeschlossen. Durch die vorgeschlagene Terminologieänderung sollen nur noch Personen mit aktivem Leistungsanspruch gegenüber der Krankenvorsorgeeinrichtung von der Inanspruchnahme der Pflichtversicherung nach § 14b GSVG ausgeschlossen sein.

Zu Art. 2 Z 8, 12, 13 und 17 (§§ 14a Abs. 4, 14c Abs. 1 und Abs. 2 Z 1 sowie 14f Abs. 1 Z 1 GSVG):

Die vorgeschlagene Änderung dient der Gewährleistung der Einhaltung der Versicherungspflicht für Opting-out-Berechtigte:

Mitglieder der Kammern der freien Berufe können sich im Rahmen der Versicherungspflicht auch für die Selbstversicherung in der Krankenversicherung nach § 16 ASVG entscheiden und diese durch Austritt auch wieder beenden.

Diese Personen sollen – wenn und solange nicht der Beitritt zu einer Krankenvorsorgeeinrichtung der gesetzlichen Interessensvertretung erfolgt ist (und auch kein expliziter Antrag auf Selbstversicherung in der Krankenversicherung nach § 14a GSVG gestellt wurde) der Selbstversicherung nach § 14a unterliegen.

Die Selbstversicherung nach § 14a Abs. 4 GSVG beginnt im Anschluss an die Selbstversicherung nach § 16 ASVG. Die Selbstversicherung endet mit dem Letzten des Kalendermonates, in dem die Kammermitgliedschaft beendet wird oder mit dem Letzten des Kalendermonates, in dem der Beitritt zu einer Krankenvorsorgeeinrichtung erfolgt ist.

Der Beitragssatz beläuft sich auf 7,65 % (einschließlich Zusatzbeitrag nach § 27a GSVG in der Höhe von 0,5 % und Ergänzungsbetrag zur Finanzierung unfallbedingter Leistungen der Krankenversicherung nach § 27d GSVG in der Höhe von 0,1 %).

Zu Art. 2 Z 8, 12, 13 und 18 (§§ 14a Abs. 5, 14c Abs. 1 Z 4 und Abs. 2 Z 2 sowie 14f Abs. 1 Z 2 GSVG):

Personen, die nach § 14b Abs. 2 GSVG pflichtversichert waren und die Erwerbstätigkeit, die die Pflichtversicherung in der Krankenversicherung nach dem GSVG begründet hat, aufgeben haben, sollen nunmehr in der Selbstversicherung in der Krankenversicherung nach § 14a GSVG erfasst werden.

Da diese Personen nach ihrem Ausscheiden aus der Pflichtversicherung weder einen Antrag auf Selbstversicherung in der Krankenversicherung nach § 14a GSVG stellen noch einer Krankenvorsorgeeinrichtung ihrer gesetzlichen Interessensvertretung beitreten, soll auch diese – auf einem Vorschlag der Sozialversicherungsanstalt für gewerbliche Wirtschaft beruhende – Maßnahme zur Verbesserung der Einhaltung der Versicherungspflicht führen.

Die Selbstversicherung nach § 14a Abs. 5 GSVG beginnt im Anschluss an eine Pflichtversicherung nach § 14b Abs. 2 GSVG. Sie endet mit dem Wegfall der Pension bzw. der Altersversorgungsleistung.

Der Beitragssatz beläuft sich (einschließlich Zusatzbeitrag von 0,5 % sowie des Ergänzungsbeitrages zur Finanzierung unfallbedingter Leistungen der Krankenversicherung von 0,1 %) auf 7,65 %: bei Ausnahme auch von der Pensionsversicherung auf 7 %.

Zu Art. 2 Z 29 (§ 85a Abs. 2 GSVG):

Nach der bestehenden gesetzlichen Regelung ist die Option von der Geld- in die Sachleistungsberechtigung nur gegen Entrichtung eines in der Satzung festzulegenden Zusatzbeitrages möglich.

Dieser beläuft sich zur Zeit auf 2 Euro pro Monat. Auf Anregung der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft soll die Entrichtung dieses „symbolischen Betrages“, der zur Abdeckung des aus der Umstellung resultierenden Verwaltungsaufwandes dient, aufgrund der fehlenden praktischen Relevanz in Hinkunft entfallen.

Die Z 1 kann aus praktischen Gründen entfallen, da kein Geldleistungsberechtigter bereit sein wird, auf das Privileg der Sonderklassevergütung zu verzichten.

Zu Art. 4 Z 1 (§ 2 Abs. 1 Z 2 B-KUVG):

Da die Krankenfürsorgeanstalt der Beamten der Landeshauptstadt Bregenz ihre Tätigkeit mit 31. Dezember 2010 eingestellt hat (entsprechende Beschlüsse wurden in der Vollversammlung vom 9. September 2010 und in der Stadtvertretung der Landeshauptstadt Bregenz am 14. Oktober 2010 gefasst), ist die KFA Bregenz als Krankenfürsorgeanstalt im § 2 Abs. 1 Z 2 B-KUVG zu streichen.

Die ehemaligen Mitglieder der KFA Bregenz sind daher mit Wirkung ab dem 1. Jänner 2011 bei der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter krankenversichert.

Die KFA Bregenz verfügte zuletzt (Stand: 31. Dezember 2010) über einen Versichertenstand von 166 Personen (davon 97 Versicherte und 69 anspruchsberechtigte Angehörige).

Überdies wurde seitens der Magistratsdirektion der Stadt Salzburg mitgeteilt, dass die gegenständliche Krankenfürsorgeanstalt durch das Gesetz über das Dienstrecht der Bediensteten der Landeshauptstadt Salzburg (Magistrats-Bedienstetengesetz – MagBeG) in Krankenfürsorgeanstalt der Magistratsbediensteten der Landeshauptstadt Salzburg umbenannt wurde, was nunmehr auch im B-KUVG redaktionell berücksichtigt werden soll.

Zu Art. 4 Z 2 (§ 19 Abs. 1 Z 1 lit. b B-KUVG):

Durch die gegenständliche Novellierung soll eine Klarstellung hinsichtlich der mit Dienstrechts-Novelle 2011, BGBl. I Nr. 140/2011, erfolgten Umwandlung der bisher im Bundesbereich gebührenden Kinderzulage in einen monatlich gebührenden Kinderzuschuss (§ 4 GehG) und deren Einbeziehung in die Beitragsgrundlage nach dem B-KUVG getroffen werden. Da Haushaltszulage sowie Kinderzulage nach den Landesgesetzen erhalten bleiben können, bedarf es lediglich einer Ergänzung der bestehenden Bestimmung.

Zu Art. 4 Z 4 (§ 49 Abs. 1 B-KUVG):

Durch die vorgeschlagene Ergänzung im B-KUVG soll es auf Anregung der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter zu einem zeitgemäßen Gleichklang der Regelung mit dem ASVG hinsichtlich der Rückforderung von Geldleistungen kommen.

Zu Art. 4 Z 10 (§ 105 Abs. 3 B-KUVG):

Im Zuge der Erlassung des Freiwilligengesetzes – FreiwG, BGBl. I Nr. 17/2012, wurde der für Leistungen der Pensionsversicherung maßgebliche Kindesbegriff der §§ 252 ASVG, 128 GSVG sowie 119 BSVG dahingehend erweitert, dass Teilnehmerinnen und Teilnehmer eine Waisenpension (bis

längstens zur Vollendung des 27. Lebensjahres) während ihres Freiwilligen Sozialjahres, ihres Freiwilligen Umweltschutzjahres, ihres Gedenkdienstes oder ihres Friedens- und Sozialdienstes im Ausland auch dann (weiter)beziehen können, wenn sie das 18. Lebensjahr bereits vollendet haben. Die Kindeseigenschaft soll auch dann weiter bestehen, wenn und so lange seit dem Ablauf der Zeit als Teilnehmerin oder Teilnehmer eines der genannten Freiwilligendienste Erwerbsunfähigkeit infolge Krankheit oder Gebrechens vorliegt.

Da dieser Kindesbegriff nicht nur für Leistungen der Pensions- sondern auch für Leistungen der Unfallversicherung (Waisenrente) maßgeblich ist, soll die mit BGBl. I Nr. 17/2012 erfolgte Anpassung nunmehr auch im Bereich des B-KUVG vorgenommen werden.

Mit der in Z 1 vorgenommenen Änderungen erfolgt lediglich eine formale Anpassung, um einen Gleichklang mit dem Wortlaut der §§ 123 Abs. 4 Z 1 und 252 Abs. 2 Z 1 ASVG; §§ 83 Abs. 4 Z 1 und 128 Abs. 2 GSVG; §§ 78 Abs. 4 Z 1 und 119 Abs. 2 Z 1 BSVG sowie mit § 56 Abs. 3 Z 1 B-KUVG herzustellen.

Finanzielle Erläuterungen

Aus finanzieller Sicht sind folgende Maßnahmen hervorzuheben:

Zu Art. 1 Z 4 bis 6 (§ 31c Abs. 2 und 3 ASVG):

Die Einnahmen aus dem Service-Entgelt betragen in der gesamten Krankenversicherung in den Jahren 2009 bis 2011 rund 34 Millionen Euro (3,4 Millionen Personen). Davon entfallen rund 3 Millionen Euro an Einnahmen auf rund 300 000 in der Krankenversicherung anspruchsberechtigte Personen, für welche ab dem Jahr 2013 kein Service-Entgelt mehr zu zahlen sein soll. In den Folgejahren ist aufgrund der jährlichen Valorisierung von Einnahmenssteigerungen in Höhe von rund 2,5 % auszugehen.

Da sich durch den Entfall des Alleinverdienerabsetzbetrages für Ehepaare ohne Kinder durch das Budgetbegleitgesetz 2011, BGBl. I Nr. 111/2010, die Datenlage für den Bereich der Sozialversicherung erheblich verschlechtert hat, war bereits diese Maßnahme mit einem Sinken der Einnahmen aus dem Service-Entgelt verbunden. Die Valorisierung soll diesen Einnahmenausfall kompensieren.

Zu Art. 1 Z 29 und 18 sowie Art. 2 Z 3, 4, 19, 22 bis 26, 30 bis 32 (§§ 90a und 319b ASVG sowie §§ 9 Abs. 1 und 3, 31 Abs. 2, 78 Abs. 1 Z 2, 79 Abs. 1 und 2, 80 Abs. 1, 82 Abs. 5, der 3. und 4. Unterabschnitt des Abschnittes II des Zweiten Teils sowie 182b GSVG):

Zur Neugestaltung der Zusatzversicherung in der Krankenversicherung für selbständig Erwerbstätige wird Folgendes festgehalten:

Innerhalb der vom Gesetzgeber normierten Grenzen werden der Beitrag zur Zusatzversicherung und die Höhe des Kranken- bzw. Taggeldes durch die Satzung festgelegt. Dabei ist zu beachten, dass der Beitrag zur Zusatzversicherung so bemessen wird, dass mit diesen Einnahmen die Ausgaben für die Zusatzversicherungsleistungen gedeckt und darüber hinaus die gesetzlich vorgesehene Rücklage dotiert werden kann.

2011 haben rund 16 700 Erwerbstätige von der Möglichkeit der Zusatzversicherung Gebrauch gemacht, rund 4 500 davon haben eine Leistung der Zusatzversicherung in Anspruch genommen. Künftig wird die Leistung aus der Zusatzversicherung mindestens in Höhe des Wochengeldes (voraussichtlicher Wert 2013 27,73 Euro) betragen, weshalb es notwendig ist auch einen Mindestbeitrag festzulegen. Ausgehend von einer dafür eigens festgelegten Mindestbeitragsgrundlage von monatlich 1 118,46 Euro (voraussichtlicher Wert 2013) und dem aktuellen Zusatzversicherungsbeitragssatz laut Satzung von 2,5 % ergibt sich ein monatlicher Mindestbeitrag von 27,96 Euro.

Es ist davon auszugehen, dass die neue Zusatzversicherung mit dem Mindestkrankengeld in Höhe des Wochengeldes in Verbindung mit der Unterstützungsleistung nach § 104a ASVG zu einer Erhöhung der Zahl der Zusatzversicherten führen wird, die Versichertengruppe in gleicher Weise Leistungen in Anspruch nimmt wie derzeit.

Nach Umstellung auf die neue Zusatzversicherung ist auf Basis der Versicherten- und Abrechnungsdaten 2011 im Jahr 2013 mit jährlichen Aufwendungen in Höhe von 6,32 Millionen Euro, denen rund 7,33 Millionen Euro Beitragseinnahmen gegenüber stehen werden, zu rechnen. In den Folgejahren ist mit weiteren Überschüssen zu rechnen.

Hinsichtlich der Finanzierung der Unterstützungsleistung ist Folgendes auszuführen:

Der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft soll gegenüber der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt ein im § 319b ASVG vorgesehener Ersatzanspruch für den nach § 104a

GSVG entstehenden Aufwand in Höhe von maximal 19 Millionen Euro zukommen, der jährlich, erstmals ab dem Jahr 2014, mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 108 ASVG) zu vervielfachen ist.

Vom Aufwändersatz in Abzug zu bringen sind neben den Regresseinnahmen sowie den rückgeforderten, zu Unrecht erbrachten Leistungen der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft auch die anteiligen Verwaltungskosten der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt, worunter insbesondere auch deren Kosten für die Überprüfung der Höhe des Aufwändersatzes und für die Überprüfung der Aufstellung über die von der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft nach § 182b GSVG zu führende Einzelfalldokumentation zu verstehen ist.

Im Jahr 2010 wurden insgesamt 13 980 338 Krankenstandstage bei ArbeiterInnen und Angestellten verzeichnet (Quelle: HVB der österreichischen Sozialversicherungsträger). Ausgehend von den rechtlichen Rahmenbedingungen für die Unterstützungsleistung im GSVG fallen darunter 6 335 557 Krankenstandstage zwischen dem 43. und 182. Tag. Die Zahl der ArbeiterInnen und Angestellten betrug im Jahr 2010 2 969 677, jene der selbständig Erwerbstätigen mit weniger als 25 Beschäftigten 326 943, somit rund 11 % der Summe der unselbständig Beschäftigten. Ausgehend von diesen Prämissen und einer Unterstützungsleistung in Höhe von 27,73 Euro ergibt dies 2013 jährliche Aufwendungen in Höhe von maximal 19,3 Millionen Euro.

In den Folgejahren ist bei gleich bleibenden Krankenstandstagen aufgrund der jährlichen Anpassung der Höhe der Unterstützungsleistung von Aufwandssteigerungen in Höhe von rund 2,5 % auszugehen.

	2013	2014	2015	2016	2017
Leistungsaufwand p.a. in Mio. €	19,3	19,8	20,3	20,8	21,3

Zu Art. 1 Z 9 (§ 107 Abs. 1 letzter Satz ASVG):

Der vorgeschlagene Tatbestand ermöglicht eine weitergehendere Rückforderung von Geldleistungen als bisher.

In der Vergangenheit wurde in ca. 100 Fällen pro Jahr Krankengeld wegen einer nachträglichen Einbeziehung in die Pflichtversicherung nach dem GSVG zu Unrecht bezogen, woraus sich eine Rückforderungssumme von 66 000 Euro ergeben hätte. Aufgrund der gleichbleibenden Rahmenbedingungen kann auch für die kommenden Jahre (2013 bis 2016) dieselbe Rückforderungshöhe veranschlagt werden.

	2013	2014	2015	2016	2017
Fallzahlen	100	100	100	100	100
Rückforderungshöhe p.a. in €	66 000	66 000	66 000	66 000	66 000

Zu Art. 1 Z 11, Art. 2 Z 27, Art. 3 Z 2 sowie Art. 4 Z 5 (§ 123 Abs. 9 ASVG; § 83 Abs. 6 GSVG; § 78 Abs. 6 BSVG; § 56 Abs. 9 B-KUVG):

Schätzungen der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft zufolge hätte die lückenlose Realisierung der geplanten Bestimmung das Ausscheiden von ca. 500 bis 1000 Bezieherinnen und Bezieher einer Versorgungsleistung aus der Anspruchsberechtigung in der sozialen Krankenversicherung zur Folge, wodurch sich die soziale Krankenversicherung pro Jahr zwischen 530 500 und 1 061 000 Euro Leistungsaufwand ersparen würde. (Diese Schätzung basiert auf den jährlichen Aufwendungen der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft pro krankenversicherter, anspruchsberechtigter Person). Dem wäre ein allfälliger – aus Sicht der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft vernachlässigbarer – Verlust an Zusatzbeiträgen für Angehörige gegenzurechnen.

Zu Art. 1 Z 16, Art. 3 Z 5 sowie Art. 4 Z 9 (§ 175 Abs. 2 Z 10 ASVG; § 148c Abs. 2 Z 2 BSVG; § 90 Abs. 2 Z 9 B-KUVG):

Nach Angaben der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt liegen dieser über Unfälle rein nach § 175 Abs. 2 Z 10 ASVG keine Zahlen vor, da ein Großteil der hier relevanten Arbeitsunfälle auch unter die Fahrgemeinschaft nach § 175 Abs. 2 Z 9 ASVG fällt.

Von der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt wird in 18 Fällen Versehrtenrente ausbezahlt; die jährlichen Aufwendungen dafür betragen 134 941,24 Euro. In 6 Fällen werden Hinterbliebenenrenten ausbezahlt, wobei sich die jährlichen Aufwendungen dafür auf rund 30 000 Euro pro Jahr belaufen. Im Bereich der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt kann nicht abgeschätzt werden, wie hoch die Restmenge von bisher nicht dem Unfallversicherungsschutz unterliegenden Personen ist, die durch die Neuregelung in den Versicherungsschutz mit einbezogen werden.

Nach Angaben der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter haben sich rund 10 Versicherungsfälle bei Wegen zur Unterbringung eines Kindes in einer Kinderbetreuungsstelle ereignet; zu Rentenanfällen kam es dabei nicht. Für die Unfallheilbehandlung wurden im Bereich der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter im Jahr 2011 rund 4 185 Euro (418,50 Euro pro Versicherungsfall) aufgewendet. Auf Grund der vorgeschlagenen Ausweitung wird mit einem Plus von rund 3 Versicherungsfällen gerechnet. Unter Zugrundelegung einer angenommenen Minderung der Erwerbsfähigkeit von 20 % und einer durchschnittlichen Bemessungsgrundlage würde pro Fall ein jährlicher Rentenaufwand von 5 040 Euro entstehen.

Auf Basis der bisherigen Fallzahlen und unter Zugrundelegung des Umstandes, dass ein großer Teil der neu hinzukommenden Fälle ohnehin bereits durch den Schutztatbestand der Fahrgemeinschaft auf Arbeitswegen aufgefangen wird, ist jedoch weder im Bereich der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt noch im Bereich der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter zu erwarten, dass die geplante Ausweitung des Unfallversicherungsschutzes wesentliche finanzielle Auswirkungen mit sich bringen wird.

Im Bereich des BSVG kamen Anerkennungen von Fällen gemäß § 148c Abs. 2 Z 2 BSVG bislang nur sehr selten vor, da darunter nur Fälle zu subsumieren sind, in denen Wohn- und Betriebsstätte räumlich so weit auseinander liegen, dass der Weg zur oder von der Arbeit eine eigene Risikosituation darstellt. Laut einer Auswertung der Sozialversicherungsanstalt der Bauern wurde in den Jahren 2008 bis 2011 kein einziger Fall gemäß § 148c Abs. 2 Z 2 BSVG anerkannt. Detailliertere Zahlen zum finanziellen Aufwand für UV-Fälle im Zusammenhang mit Kinderbegleitung stehen nicht zur Verfügung.

Nach Angaben der Sozialversicherungsanstalt der Bauern ist durch die geplante Novellierung auch hier nicht mit einem signifikanten Anstieg der Fallzahlen zu rechnen.

Zu Art. 1 Z 16 (§ 176 Abs. 1 Z 2 ASVG):

Durch die vorgeschlagene Neuregelung sind keine nennenswerten finanziellen Mehraufwendungen zu erwarten; durch die Aufnahme der neuen Subsidiaritätsregelung wird der schon bislang geübten Praxis entsprochen.

Zu Art. 1 Z 21 (Nr. 20 der Anlage 1 zum ASVG):

Durch die vorgesehene Ergänzung der Berufskrankheitenliste kommt es zu keiner Änderung der Fallzahlen und daher auch zu keiner Erhöhung der Kosten.

In den letzten Jahren wurden seitens der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt folgende Fallzahlen anerkannt:

(BK-20) Erkrankungen durch Erschütterungen	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Anzahl der Berufskrankheiten	8	9	9	8	14	9	7	19	18	17

Zu Art. 1 Z 22 (Nr. 22 der Anlage 1 zum ASVG):

Durch die geplante Änderung der Liste der Berufskrankheiten kommt es zu einer derzeit nicht genau bezifferbaren, aber voraussichtlich deutlichen Zunahme der Kosten für Begutachtungen und Berentungen.

Zu Art. 1 Z 23 (Nr. 23 der Anlage 1 zum ASVG):

Durch die vorgesehene Ergänzung der Berufskrankheitenliste kommt es zu keiner Änderung der Fallzahlen und daher auch zu keiner Erhöhung der Kosten.

In den letzten Jahren wurden seitens der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt folgende Fallzahlen anerkannt:

(BK-23) Chronische Erkrankung der Schleimbeutel	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Anzahl der Berufskrankheiten	7	5	16	10	10	12	6	10	7	5

Zu Art. 1 Z 24 (Nr. 26 der Anlage 1 zum ASVG):

Die Anzahl der durch die vorgesehene Ergänzung der Berufskrankheitenliste betroffenen Personen ist relativ gering; seit dem Jahre 2003 gab es nach Angaben der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt 34 einschlägige Fälle. Durch die Aufnahme der gegenständlichen Krankheit in die Liste der

Berufskrankheiten ist eine Erhöhung der Fallzahl und daher eine dadurch bedingte Kostensteigerung nicht zu erwarten.

Zu Art. 1 Z 25 (Nr. 30 der Anlage 1 zum ASVG):

Durch die geplante Erweiterung der Liste der Berufskrankheiten kommt es zu keiner Änderung der Fallzahlen und daher auch zu keiner Erhöhung der Kosten.

In den letzten Jahren wurden seitens der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt folgende Fallzahlen anerkannt:

(BK-30) Durch allergisierende Stoffe verursachte Erkrankungen an Asthma bronchiale	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Anzahl der Berufskrankheiten	127	116	117	122	119	109	76	92	136	89

Zu Art. 2 Z 7, 9 und 14 (§§ 14a Abs. 3, 14b Abs. 1, 14d Abs. 1 Z 3 sowie Abs. 2 Z 3 GSVG):

Die Aufnahme der neuen Z 3 in § 14b GSVG wird nach optimistischen Schätzungen der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft zu jährlichen Mehreinnahmen in einer Höhe von 229 500 Euro führen.

Diesen Zahlen liegen folgende Annahmen zugrunde:

Nach Schätzungen der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft beträgt der Frauenanteil unter den rund 28 000 Freiberuflern etwa ein Drittel. Unter diesen rund 100 000 Frauen liegt der Anteil potentieller Kinderbetreuungsgeldbezieherinnen bei rund 20 %, weshalb die Ausgangsmenge mit 2 000 Fällen anzusetzen ist.

Davon haben derzeit etwa 20 % (400 Fälle) eine Krankenversicherung nach § 14a GSVG, etwa 40 % (800 Fälle) eine Krankenversicherung nach § 16 ASVG und wiederum etwa 40 % (800 Fälle) eine Gruppen-Krankenversicherung gewählt.

Fallgruppe 1:

Bei Versicherten, die bislang bis zum Beginn des Kinderbetreuungsgeldbezuges nach § 14a GSVG versichert waren, tritt nunmehr die Pflichtversicherung nach § 14b an die Stelle der Selbstversicherung, sofern keine Gruppen-Krankenversicherung gewählt wird (ein Wechsel zur Gruppen-Krankenversicherung aus diesem Anlass wird nach Schätzungen der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft nur selten erfolgen). Da nach § 14b GSVG im Gegensatz zu § 14a GSVG die niedrige Versicherungsgrenze relevant ist, fallen Versicherte, die während des Bezuges von Kinderbetreuungsgeld ihr Einkommen unter die Versicherungsgrenze absenken, aus der Pflichtversicherung heraus. Versicherte, bei denen dies nicht der Fall ist, verbleiben der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft zu denselben Bedingungen wie bisher (gleich hoher Beitragssatz wie in der Selbstversicherung).

(Hinweis zur verwendeten Beitragsgrundlage: Diese Fälle haben in der aktuellen Rechtslage nicht auf die Versicherungsgrenze geachtet, da sie für sie nicht relevant war, und daher im Rahmen der Zuverdienstgrenze nach dem Kinderbetreuungsgeld allenfalls möglichst viel verdient. Die der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft entgehenden Beitragseinnahmen werden daher von einer Beitragsgrundlage etwa in der Mitte zwischen [niedriger] Versicherungs- und Zuverdienstgrenze berechnet).

Unter der Annahme, dass rund ein Drittel der Fälle (130 Versicherte) die Einkünfte unter die Versicherungsgrenze absenkt, um im GSVG versicherungs- und damit auch beitragsfrei zu bleiben, entgehen der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft unter Zugrundelegung einer Jahresbemessungsgrundlage von 5 000 Euro bei einem Krankenversicherungs-Beitragssatz von 7,65 % 49 725 Euro pro Jahr. Die Einnahmen aus den anderen zwei Dritteln bleiben unverändert.

Fallgruppe 2:

Nach aktueller Rechtslage endet die Selbstversicherung nach § 16 ASVG infolge des eine Teilpflichtversicherung in der Krankenversicherung begründenden Kinderbetreuungsgeldbezuges, ein Wechsel zur Selbstversicherung nach § 14a GSVG oder in die Gruppen-Krankenversicherung wäre erforderlich. Da die Selbstversicherung nach § 14a GSVG jedoch einer Antragstellung bedarf, ist anzunehmen, dass die Inanspruchnahme dieser Versicherungsart aufgrund der durch den

Kinderbetreuungsgeldbezug gegebenen Krankenversicherungsschutzes eher selten erfolgen wird. Auch hier ist anzunehmen, dass der Wechsel zur Gruppen-Krankenversicherung aus diesem Anlass nur selten erfolgen wird. Damit kommt es zu Eintritt der Pflichtversicherung nach § 14b GSVG, wenn die Versicherungsgrenze überschritten wird.

Unter der Annahme, dass von dem Viertel der Versicherten (200 Fälle), die bisher die Selbstversicherung nach § 14a GSVG beantragt haben, ein Drittel (70 Fälle) ihre Einkünfte unter die Versicherungsgrenze absenkt, ergibt sich ein Einnahmenentfall von 26 775 Euro pro Jahr für die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft.

Die restlichen drei Viertel, die die Selbstversicherung nach § 14a bislang nicht beantragt hatten (600 Fälle), entrichtet aufgrund der bestehenden Selbstversicherung nach dem ASVG bislang keine Beiträge an die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft. Unter der Annahme, dass durch das Absenken der Einkünfte unter die Versicherungsgrenze wiederum ein Dritte der Fälle (200) versicherungsfrei bleiben, verbleiben der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft zwei restliche Drittel (400 Fälle), die bei einem Krankenversicherungsbeitragsatz von 7,65 % zu Mehreinnahmen der Versicherungsanstalt in einer Höhe von 153 000 Euro führen.

Fallgruppe 3:

Mit einer Ausgangsmenge von 800 Fällen unter Zugrundelegung derselben Annahmen wie in der Fallgruppe 2 ergeben sich ebenfalls Mehreinnahmen der Versicherungsanstalt in einer Höhe von 153 000 Euro.

Ergebnis:

Fallgruppe 1	- 49 725
Fallgruppe 2	- 26 775
Fallgruppe 2	+ 153 000
Fallgruppe 3	+ 153 000
Gesamt	+ 229 500

Zu Art. 2 Z 8, 12, 13 und 17 (§§ 14a Abs. 4, 14c Abs. 1 und Abs. 2 Z 1 sowie 14f Abs. 1 Z 1 GSVG):

Eine Bezifferung der finanziellen Auswirkungen ist aufgrund fehlender Daten nicht möglich.

Zu Art. 2 Z 8, 12, 13 und 18 (§§ 14a Abs. 5, 14c Abs. 1 Z 4 und Abs. 2 Z 2 sowie 14f Abs. 1 Z 2 GSVG):

Bei geschätzten 30 Fällen, in denen es zur zusätzlichen Feststellung der Versicherung nach § 14a GSVG kommt, sind rund 70 000 Euro pro Jahr an zusätzlichen Beitragseinnahmen in der Krankenversicherung zu erwarten.

Zu Art. 2 Z 28 (§ 85a Abs. 2 GSVG):

Nach dem Bericht der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft über die Optionsmöglichkeiten für Sach- bzw. Geldleistungsberechtigte nach dem GSVG wurde die für geldleistungsberechtigte Versicherte bestehende Möglichkeit, ärztliche Hilfe und sonstige Leistungen (unter Beibehaltung des Geldleistungsanspruches im Falle eines Krankenhausaufenthaltes) wie Sachleistungsberechtigte in Anspruch nehmen zu können, im Jahr 2010 von 8 377, im Jahr 2011 von 8 632 Personen genutzt.

Ausgehend von diesen Zahlen würde sich für die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft dadurch ein Einnahmenentfall in der Höhe von rund 200 000 Euro ergeben – ein aus Sicht der Versicherungsanstalt vernachlässigbarer Betrag, da die Zusatzversicherung in den letzten Jahren (2008 bis 2011) stets Überschüsse (2008: 190 128 Euro, 2009: 194 448 Euro, 2010: 201 048 Euro, 2011: 207 168 Euro) aufwies.

Zu Art. 4 Z 1 (§ 2 Abs. 1 Z 2 B-KUVG):

Die vorgeschlagene Änderung ist kostenneutral, da sie lediglich redaktionell die bereits erfolgte Änderung im Versichertenstand der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter nachvollzieht.