

Vorblatt

Problem:

Ungleichbehandlung von Personen mit Teilpensionen aus dem EU-Raum und solchen aus dem EWR-Raum und Staaten mit zwischenstaatlichen Abkommen bezüglich des Krankenversicherungsbeitrages.

Anpassungsbedarf in verschiedenen Bereichen der Kranken- und Unfallversicherung.

Ziel:

Schaffung einheitlicher Rechtsgrundlagen für die Einhebung von Beiträgen von ausländischen Teilpensionen.

Inhalt/Problemlösung:

Schaffung von Regelungen für den Einbehalt bzw. die Vorschreibung von Beiträgen zur Krankenversicherung von mit inländischen Pensionsleistungen vergleichbaren ausländischen Renten.

Aktualisierungen hinsichtlich der Pflichtversicherung in der Unfallversicherung.

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

Die vorgeschlagene Einhebung von Krankenversicherungsbeiträgen von Auslandspensionen bringt durch die Verpflichtung der Versicherten, den Versicherungsträger über alle für die Einhebung der Beiträge in der Krankenversicherung von ausländischen Renten/Pensionen maßgebenden Umstände zu informieren, eine neue Informationsverpflichtung der Bürger/innen mit sich. Auf die entsprechenden Berechnungen wird hingewiesen.

- Auswirkungen in umweltpolitischer Hinsicht, insbesondere Klimaverträglichkeit

Das Regelungsvorhaben ist nicht klimarelevant.

- Auswirkungen in konsumentenschutzpolitischer sowie sozialer Hinsicht

Durch die vorgeschlagenen Präzisierungen der Rechtsgrundlagen für die Einhebung von Krankenversicherungsbeiträgen auch von ausländischen Renten/Pensionen kommt es im Hinblick auf die Krankenversicherungsbelastung der Versicherten zu einer Gleichstellung von Auslands- und Inlandspensionen.

In sozialer Hinsicht trägt der Entwurf dem Bedürfnis nach einer unfallversicherungsrechtlichen Absicherung der in anerkannten Einrichtungen der Beschäftigungstherapie tätigen Personen mit Behinderung Rechnung.

- Geschlechtsspezifische Auswirkungen

Keine.

Verhältnis zu Rechtsvorschriften der Europäischen Union:

Die Bestimmungen über die Rechtsgrundlagen für die Einhebung von Krankenversicherungsbeiträgen auch von ausländischen Renten/Pensionen stellen Präzisierungen im Anwendungsbereich der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Parlamentes und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der Sozialen Sicherheit und der Verordnung (EG) Nr. 987/2009 vom 16. September 2009 zur Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 dar. Im Übrigen fallen die vorgesehenen Regelungen nicht in den Anwendungsbereich des Rechts der Europäischen Union.

Besonderheiten des Normerzeugungsverfahrens:

Keine.

Erläuterungen

I. Allgemeiner Teil

Im Bundesministerium für Gesundheit sind Änderungen des Sozialversicherungsrechtes, die der Umsetzung des Regierungsprogramms zur XXIV. Gesetzgebungsperiode und der Anpassung an die Rechtsentwicklung dienen, vorgemerkt.

Im Einzelnen sind folgende Maßnahmen hervorzuheben:

- Präzisierung der Rechtsgrundlagen für die Einhebung von Krankenversicherungsbeiträgen von ausländischen Renten/Pensionen.
- Schaffung einer Teilversicherung in der Unfallversicherung für die in anerkannten Einrichtungen der Beschäftigungstherapie tätigen Personen mit Behinderung.
- Angleichung von Beginn und Ende der Pflichtversicherung in der Unfallversicherung für „neue Selbständige“ nach § 2 Abs. 1 Z 4 GSVG an die Rechtslage in der Kranken- und Pensionsversicherung.
- Erweiterung der erlaubten versicherungsfremden Funktionen der e-card.
- Neuregelung der Kostentragung durch den Krankenversicherungsträger bei Leistungen an Personen außerhalb des Sprengels des zuständigen Krankenversicherungsträgers.
- Vereinfachung im Bereich der Unfallversicherung für Schülerinnen/Schüler bei Absolvierung einer individuellen Berufsorientierung.
- Anpassungen im Zusammenhang mit der Neugestaltung des Vorsitzes in der paritätischen Schiedskommission nach § 344 ASVG.
- Anpassungen im Bereich des § 14a GSVG.
- redaktionelle Berichtigungen und Klarstellungen.

Auswirkungen auf die Verwaltungslasten für Bürger/innen:

Im Zusammenhang mit der Einhebung von Krankenversicherungsbeiträgen von Auslandsrenten wird durch die rechtssetzende Maßnahme „Entwurf eines 2. Sozialversicherungs-Änderungsgesetzes 2010 – 2. SVÄG 2010 eine neue Informationsverpflichtung für Bürger/innen geschaffen: Bezieher/innen einer ausländischen Rentenleistung werden dazu verpflichtet, dem zuständigen Versicherungsträger alle für die Beitragseinhebung maßgeblichen Umstände mitzuteilen.

Die vorgenommene Berechnung geht von einer Anzahl von rund 120 000 Personen aus, die gleichzeitig über eine Pension der österreichischen Sozialversicherung und eine Rente aus dem Ausland beziehen. Pro Person entsteht durch die mit der Erfüllung der Informationsverpflichtung verbundenen Tätigkeiten (Einholen von Auskünften, Ausfüllen von Anträgen etc.) ein Zeitaufwand von schätzungsweise 10 Minuten, woraus sich eine zeitliche Gesamtbelastung von 20 000 Stunden ergibt, die durch die neue Informationsverpflichtung entsteht.

Die hohe Gesamtbelastung ist auf die im Zuge der erstmaligen Einhebung von Krankenversicherungsbeiträgen von Auslandsrenten notwendigen Erhebungen zurückzuführen und fällt in dieser Höhe daher einmalig an.

Da in der Folge nur noch Änderungen im Bereich der bestehenden Renten sowie neu angefallene Auslandsrenten zu beauskunften sind, ist mit einer starken Reduktion der Fallzahlen zu rechnen.

Anlage 1: Darstellung der Verwaltungskosten für Bürger/innen

2. SOZIALVERSICHERUNGS-ÄNDERUNGSGESETZ 2010 - 2. SVÄG 2010					
Art der Änderung	Novelle				
Ressort	BMG	Berechnungsdatum	23. Juli 2010	Anzahl geänderter/neuer Informationsverpflichtungen	1
BE-/ENTLASTUNG GESAMT		ZEIT (in h, gerundet)		20.000	
		DIREKTE KOSTEN (in €, gerundet)		0	

IVP 1 - SCHAFFUNG EINER ERWEITERTEN AUSKUNFTSVERPFLICHTUNG FÜR BEZIEHERINNEN UND BEZIEHER AUSLÄNDISCHER RENTENLEISTUNGEN		
Art	neue IVP	
Kurzbeschreibung	Bezieherinnen und Bezieher ausländischer Rentenleistungen werden dazu verpflichtet, dem zuständigen Versicherungsträger alle für die Krankenversicherungsbeitragseinhebung von ausländischen Renten maßgeblichen Umstände mitzuteilen	
Fundstelle	§§ 43 ASVG, 22 GSVG, 20 BSVG, 17 B-KUVG	
BE-/ENTLASTUNG	ZEIT (in h, gerundet)	20.000
	DIREKTE KOSTEN (in €, gerundet)	0

Kompetenzgrundlage:

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

II. Besonderer Teil

Zu Art. 1 Z 1, 3, 5, 8, 12, 13, 18 und 19 (§§ 8 Abs. 1 Z 3 lit. m, 10 Abs. 5, 28 Z 2 lit. i, 35 Abs. 2, 74 Abs. 2a und 3, 181 Abs. 4 sowie 335 Abs. 3 ASVG):

Für Menschen, deren Leistungsfähigkeit aufgrund ihrer Behinderung so weit herabgesetzt ist, dass eine Erwerbstätigkeit nicht möglich ist, gibt es die Möglichkeit der Beschäftigungstherapie in speziellen Einrichtungen. Diese wird in Tagesheimstätten, betrieblichen Arbeitsgruppen und in Einrichtungen mit Wohnheimen angeboten. Die näheren Regelungen erfolgen in den Sozialhilfe- und Behindertengesetzen der Länder. Die Personengruppe enthält keine Entlohnung, sondern ein Taschengeld, das unter der Geringfügigkeitsgrenze des § 5 Abs. 2 ASVG liegt, andernfalls ohnehin eine Vollversicherung in der Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung gegeben ist.

Bundesweit gibt es rund 20 000 Menschen (Datenerhebung der Länder aus dem Jahr 2010) mit Behinderung, die bisher einer nicht unfallversicherungsrechtlich abgesicherten Tätigkeit in einer solchen von den jeweiligen Ländern anerkannten Einrichtung der Beschäftigungstherapie nachgehen. Die Träger sind meistens private Vereine. Diese Einrichtungen bedürfen der (Vorab-)Genehmigung des Landes bzw. unterliegen dessen Aufsicht. Die gebräuchliche Bezeichnung differiert in den einzelnen Bundesländern, neben Einrichtung der Beschäftigungstherapie wird unter anderem auch von Tagesstätten, Tageseinrichtungen oder Förderwerkstätten gesprochen. Die Bestimmung des § 8 Abs. 1 Z 3 lit. c ASVG, welche eine Teilversicherung in der Unfallversicherung vorsieht, kommt bisher großteils nicht zur Anwendung, da es sich bei den tätigen Personen nicht um Volontäre oder um Teilnehmer an Umschulungs- und sonstigen beruflichen Ausbildungslehrgängen handelt und eine (Re-)Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt nicht möglich und nicht als oberstes Ziel angestrebt wird.

Für diese Personengruppe soll nunmehr eine Teilversicherung in der Unfallversicherung ähnlich den Lehrgangsteilnehmerinnen und -teilnehmern und den in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation oder Gesundheitsvorsorge untergebrachten Personen geschaffen werden, da auch bei diesen Tätigkeiten ebenso wie auf dem Weg zur bzw. von der Einrichtung entsprechende Gefahren bestehen, die einer sozialversicherungsrechtlichen Absicherung bedürfen.

Die in der Unfallversicherung bestehende Haftungsbeschränkung des Dienstgebers/der Dienstgeberin nach den §§ 334 ff. ASVG soll nunmehr auch in diesem Bereich übernommen werden und die allgemeinen Schadenersatzregeln des Allgemeinen Bürgerlichen Gesetzbuches ersetzen bzw. ergänzen.

Zu Art. 1 Z 2 und 4 (§§ 10 Abs. 2 und 12 Abs. 1 ASVG):

Der Verwaltungsgerichtshof hat in seinem Erkenntnis vom 14. Oktober 2009, ZI. 2009/08/0118, ausgesprochen, dass bei „neuen Selbständigen“ nach § 2 Abs. 1 Z 4 GSVG die Pflichtversicherung nicht jedenfalls mit ihrer Tätigkeit beginnt, sondern nur dann eintritt, wenn entweder

- vorab eine Erklärung abgegeben wurde, dass die Einkünfte die maßgebliche Versicherungsgrenze nach § 4 Abs. 1 Z 5 oder 6 GSVG übersteigen werden oder
- bei Vorliegen des Einkommensteuerbescheides für das betreffende Jahr feststeht, dass die Versicherungsgrenze tatsächlich überschritten wurde.

Der Verwaltungsgerichtshof betont beim zweiten Fall, dass - sofern nicht ausnahmsweise ein Überschreiten der maßgeblichen Versicherungsgrenze schon im Vorhinein erkennbar ist - im Regelfall

der Einkommensteuerbescheid für das Beitragsjahr abzuwarten ist, da erst dann das Entstehen einer Pflichtversicherung vom „neuen Selbständigen“ überhaupt erkannt werden kann. Die nach der derzeitigen Rechtslage für den Beginn der Pflichtversicherung in der Unfallversicherung nach § 10 Abs. 2 ASVG erforderliche Meldung kann daher erst nach dem Erhalt des Einkommensteuerbescheides für das jeweilige Jahr, somit im Nachhinein, erstattet werden. Eine nicht fristgerecht erstattete Meldung nach § 18 GSVG kann daher erst nach Vorliegen des Einkommensteuerbescheides gegeben sein.

Dies hat aber auch zur Folge, dass die zwischen Beitragsaufbringung und Leistung angestrebte Äquivalenz nicht mehr gegeben ist, da eine solche Meldung für den Versicherten erst dann „sinnvoll“ ist, wenn sich im abgelaufenen Zeitraum tatsächlich ein Arbeitsunfall ereignet hat. Ohne Meldung ist aber die Vorschreibung von Beiträgen für diesen Zeitraum nicht möglich. Hinsichtlich der Pflichtversicherung in der Kranken- und Pensionsversicherung nach § 2 Abs. 1 Z 4 GSVG hingegen ist der Beginn nicht vom Vorliegen einer Meldung abhängig, eine Beurteilung der Tatbestandsmerkmale ist durch die regelmäßige Übermittlung relevanter Daten über bestimmte Einkunftsarten durch die Finanzverwaltung gesichert.

Durch die vorgeschlagene Neuregelung soll das bisherige Abstellen des Beginns der Pflichtversicherung in der Unfallversicherung auf eine Meldung in § 10 Abs. 2 ASVG aufgegeben und Beginn sowie Ende der Pflichtversicherung „neuer Selbständiger“ an den Beginn bzw. an das Ende der Pflichtversicherung in der Kranken- und/oder Pensionsversicherung nach dem GSVG geknüpft werden.

Zu Art. 1 Z 6 und 16 (§§ 31 Abs. 5 Z 11 und 129 ASVG):

Durch die vorgeschlagene Neufassung des § 129 ASVG soll dem Umstand, dass sich die praktische Abwicklung der Leistungsanspruchnahme seit der Einführung der e-card geändert hat, Rechnung getragen und geregelt werden, wie die Inanspruchnahme von Leistungen bei einer künftigen Ausweitung des e-card-Systems auf weitere Vertragspartner ohne Ausstellung eines Betreuungsscheines erfolgen kann. Damit soll eine zeitgemäße, den Erfordernissen des e-card-Systems entsprechende Rechtsgrundlage für Leistungsanspruchnahmen außerhalb des Sprengels des zuständigen Krankenversicherungsträgers geschaffen werden.

Zu Abs. 1: Durch die gewählte Formulierung werden die möglichen Konstellationen der Leistungsanspruchnahme außerhalb des Sprengels des zuständigen Krankenversicherungsträgers (Leistungsanspruchnahme mit gewöhnlichem Aufenthalt außerhalb des Sprengels des zuständigen Krankenversicherungsträgers; Leistungsanspruchnahme durch Anspruchsberechtigte bei bloß vorübergehendem Aufenthalt außerhalb des Sprengels des zuständigen Krankenversicherungsträgers; gezielte Anreise zur Leistungsanspruchnahme in den Sprengel eines anderen Krankenversicherungsträgers) abgedeckt.

Nimmt die oder der Anspruchsberechtigte eine Leistung außerhalb des Sprengels des für sie oder ihn zuständigen Krankenversicherungsträgers in Anspruch, ist der Krankenversicherungsträger, in dessen Sprengel die Leistung in Anspruch genommen wird, zur Erbringung von Sachleistungen verpflichtet.

Die vom aushelfenden Träger zu erbringenden Sachleistungen werden mit Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit, aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft und mit der Zahnbehandlung genau definiert. Für die erbrachte Leistung gebührt Kostenersatz, Verwaltungsauslagen sind nicht weiterverrechenbar.

Geldleistungen aus den genannten Versicherungsfällen (Kranken- und Wochengeld) sind stets durch den zuständigen Krankenversicherungsträger zu erbringen. Die Bewilligung und Kostenübernahme von Anstaltspflege, Heilbehelfen, Hilfsmitteln und Kieferregulierungen erfolgt nach den Bestimmungen des zuständigen Versicherungsträgers. Unverändert bestehen bleibt die Verpflichtung der Vertragspartner des aushelfenden Trägers zur Leistungserbringung nach den für sie geltenden Verträgen.

Alle übrigen Leistungen, wie etwa die medizinische Rehabilitation oder die Vorsorgeuntersuchung sowie Kostenerstattung und Kostenzuschüsse sind beim zuständigen Krankenversicherungsträger in Anspruch zu nehmen.

Das bisher in Abs. 1 und 4 vorgesehene Ersuchen des zuständigen Versicherungsträgers an den für den Wohnsitz zuständigen Versicherungsträger zur Erbringung von Leistungen entfällt.

Zu Abs. 2: Im Abs. 2 wird die im bisherigen Abs. 5 vorgesehene Regelung, nach der der Hauptverband mit Zustimmung des Bundesministers für Gesundheit bindende Richtlinien über die Form der Inanspruchnahme sowie die Festsetzung und die Verrechnung des Kostenersatzes aufstellen konnte, durch die Ermächtigung des Hauptverbandes zur Richtlinienerstellung nur im Hinblick auf die Verrechnung der Kostenersatzes zwischen den Krankenversicherungsträgern ersetzt. Die Richtlinien über die Verrechnung der Kostenersatzes sind im eigenen Wirkungsbereich zu erlassen. Von der bislang vorgesehenen Zustimmung des Bundesministers für Gesundheit zur Richtlinienerstellung kann abgesehen

werden, zumal die Beschlussfassung über die Richtlinien ohnehin in der Aufsicht des Bundes unterliegenden Gremien erfolgt.

Zu Art. 1 Z 7 (§ 31a Abs. 4 ASVG):

Das Regierungsprogramm für die XIII. Gesetzgebungsperiode sieht im Kapitel Gesundheit die „Unterstützung integrierter Versorgungsformen durch ausgeweitete Anwendungen der e-card und der ‚Elektronischen Gesundheitsakte‘ unter Wahrung der PatientInnenrechte und des Datenschutzes“ vor. Das Regierungsprogramm für die XXIV. Gesetzgebungsperiode führt das Vorhaben der vorigen Legislaturperiode im Kapitel Integrierte Versorgung, Struktur, Steuerung“ fort: „Zur Überbrückung von Versorgungsschnittstellen hat die Weiterentwicklung der Informations- und Kommunikationstechnologien (e-health) im Gesundheitswesen hohe gesundheitspolitische Priorität.“ Als ein Teil der Umsetzung des Regierungsvorhabens wird im Bundesministerium für Gesundheit derzeit an der Umsetzung eines elektronischen Epidemiologischen Meldesystems gearbeitet. Dadurch sollen die bereits bestehenden Meldeverpflichtungen in einer weiteren von Beginn an vorgesehenen Ausbauphase nach dem Epidemiegesetz 1950 und dem Tuberkulosegesetz datenschutzkonform in erhöhter Qualität und zeitnah durchgeführt werden können.

In Entsprechung eines wichtigen öffentlichen Interesses gemäß Art. 8 Abs. 4 der Richtlinie 95/46/EG zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten und zum freien Datenverkehr (Datenschutzrichtlinie) ermöglicht ein Epidemiologisches Meldesystem eine erhöhte Datenqualität durch Früherkennung und zeitnahe Meldung ab Diagnose sowohl innerstaatlich als auch direkt zur europäischen Seuchenbehörde in Stockholm (ECDC – European Centre for Disease Prevention and Control [Europäisches Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten]). Durch eine rasche Meldung werden die Patientenrechte, insbesondere (lebensrettende) Informationsrechte, gestärkt.

Die Sozialversicherung hat im Rahmen des e-card-Systems zur Identifikation etwa von Absendern technische Lösungen auf hohem Sicherheitsniveau entwickelt und setzt diese auch für die Belange der Sozialversicherung ein. Dieses Secure Token Service, ein kryptografischer Schlüssel, wird etwa bei der elektronischen Überweisung an eine/n andere/n Vertragspartnerin/Vertragspartner zur Authentifizierung bzw. Kontaktbestätigung verwendet.

Dieselbe Sicherheitstechnik könnte für die epidemiologisch relevanten Meldungen herangezogen werden. Dadurch können Entwicklungskosten gespart werden und es ist sicher gestellt, dass es zu keinen Schnittstellenproblemen zwischen einer allfälligen Neuentwicklung und dem bereits Vorhandenem kommt.

Da es sich bei der ins Auge gefassten Anwendung um eine behördliche Aufgabe des Bundesministeriums für Gesundheit handelt und Bestandteile des ELSY nach § 31a Abs. 4 ASVG für andere als Sozialversicherungszwecke nur mit bundesgesetzlicher Ermächtigung verwendet werden dürfen, soll für eine solche Verwendung die rechtliche Grundlage geschaffen werden. Datenschutzrechtliche Regelungen sind jedenfalls nicht Inhalt dieser Bestimmung.

In diesem Zusammenhang ist ausdrücklich festzuhalten, dass es hier nur um eine bessere technische Sicherung personenbezogener Daten geht, nicht jedoch um eine neue Bestimmung betreffend Datenübermittlungen. Ob und welche Daten tatsächlich (auf einem in Zukunft möglichen, sichereren Weg als bisher) übermittelt werden, wird nicht im vorliegenden Zusammenhang, sondern in den jeweiligen konkreten Vorschriften bestimmt.

Zu Art. 1 Z 9 bis 11, 14, 24 und 26; Art. 2 Z 5 bis 8 und 10; Art. 3 Z 1 bis 4 und Art. 4 Z 1 bis 6 (§§ 43 Abs. 1, 58 Abs. 2, 73a, 82 Abs. 1, 459g und 657 Abs. 3 und 4 ASVG; §§ 22 Abs. 4, 29a, 35 Abs. 7, 229f und 338 Abs. 1 Z 2 und Abs. 2 GSVG; §§ 20 Abs. 7a, 26a, 33 Abs. 3a, 217c und 328 BSVG; §§ 14, 17 Abs. 1, 22b, 23 Abs. 3, 159e und 227 B-KUVG):

Durch die vorgeschlagene Neuregelung sollen die Rechtsgrundlagen für die Einhebung von Krankenversicherungsbeiträgen auch von ausländischen Pensionen/Renten präzisiert und im Hinblick auf die Belastung der Versicherten mit Krankenversicherungsbeiträgen eine „Gleichstellung“ von Auslands- und Inlandspensionen/renten herbeigeführt werden.

Wie vom Vorarlberger Grenzgängerverband und der Vorarlberger Gebietskrankenkasse aufgezeigt, resultiert aus dem Umstand, dass Krankenversicherungsbeiträge bislang zwar von inländischen Pensionen, nicht jedoch auch von vergleichbaren ausländischen Leistungen zu entrichten waren, insofern eine Ungleichbehandlung von Pensionisten mit rein „inländischem“ Pensionsbezug und Pensionisten/Rentnern mit niedrigem Inlands- und hohem Auslandsbezug, als Erstere die Beiträge von der gesamten Pension, Zweitere hingegen nur vom niedrigen inländischen Pensionsanteil zu entrichten hatten. Pensionisten mit niedriger Inlands-, jedoch hoher Auslandsrente stand somit der vollen Krankenversicherungsschutz (einschließlich Angehörigenschutz) um nur wenige Euro monatlich zur

Verfügung, während Pensionisten mit ausschließlichem Inlandspensionsbezug für den selben Schutzzumfang wesentlich höhere Beiträge zu entrichten hatten.

Diese Ungleichbehandlung soll aus Anlass der sich durch das Inkrafttreten der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 zur Koordinierung der Systeme der Sozialen Sicherheit und der Verordnung (EG) Nr. 987/2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 bietenden Gelegenheit, die ab 1. Mai 2010 die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern, und die Verordnung (EWG) Nr. 574/72 über die Durchführung der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 im Verhältnis zu den EU-Mitgliedsstaaten ablöst (Art. 5 der VO 883 enthält eine ausdrückliche Gleichstellungsbestimmung), nunmehr beseitigt werden.

Solange die Verordnung (EG) Nr. 883/2004 im Verhältnis zu den EWR-Staaten Liechtenstein, Island und Norwegen sowie für die Schweiz noch nicht für anwendbar erklärt wurde, bleiben die Verordnungen (EWG) Nr. 1408/71 und Nr. 574/72 für diese Staaten auch über den 1. Mai 2010 hinaus anwendbar.

Nach den Verordnungen (EWG) Nr. 1408/71 und 572/72 und nach den Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 und 987/2009 kann von den Mitgliedsstaaten autonom geregelt werden, ob von einer Pension oder Rente Beiträge für den Krankenversicherungsschutz der Pensionisten oder Rentner eingehoben werden. Werden Beiträge eingehoben, sind die Mitgliedsstaaten auch dazu berechtigt, für die Beitragsbemessung Pensions- oder Rentenleistungen zu berücksichtigen, die von anderen Mitgliedsstaaten bezahlt werden. Hinsichtlich der Beitragseinhebung sind jedoch folgende Beschränkungen zu beachten:

- Nur der eine Pension/Rente auszahlende Staat, der auch die Lasten für die diesem Pensionisten/Rentner gewährten Leistungen trägt, darf Beiträge von dieser Pension/Rente einbehalten (Art. 33 Abs. 1 der Verordnung (EWG) 1408/71). Der Beitragsleistung der Pensionisten/Rentner müssen im betreffenden Mitgliedstaat somit auch Gegenleistungen gegenüberstehen.
- Werden von einem Mitgliedstaat von einer Pension/Rente Beiträge für den Krankenversicherungsschutz eingehoben, können der Beitragsbemessung auch Rentenleistungen aus anderen Staaten zugrundegelegt werden. Die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 legt hierfür insofern eine Beitragsabzugsbegrenzung fest, als die Gesamtbeiträge die von einem Träger des Wohnmitgliedsstaates gewährte Rente nicht übersteigen dürfen (vgl. Art. 33 Abs. 1 der VO (EWG) 1408/71, wonach die Krankenversicherungsbeiträge nur von der vom Träger des Wohnstaates geschuldeten Rente abgezogen werden dürfen). Eine solche Begrenzung findet sich in Art. 30 der VO (EG) Nr. 883/2004 nicht mehr; hier wird nur festgelegt, dass für Auslandsrenten keine höheren Beiträge als für Inlandsrenten einbehalten werden dürfen.
- Des Weiteren dürfen nicht mehr Beiträge vorgeschrieben werden als in einem Fall, in dem derselbe Betrag an Pensionen nur in Österreich bezogen würde.

Die vorgeschlagene Bestimmung soll des Weiteren auch Pensionsleistungen von Staaten außerhalb der EU, des EWR bzw. der Schweiz, mit denen bilaterale Abkommen über die soziale Sicherheit auch im Bereich der Krankenversicherung bestehen (zur Zeit Bosnien-Herzegowina, Kroatien, Mazedonien, Montenegro, Serbien, Tunesien und die Türkei), erfassen.

Mit dieser Maßnahme soll dem Umstand, dass den Krankenkassen auch auf diesem Wege Beitragsleistungen in nicht unwesentlicher Höhe verloren gingen, begegnet werden. Vor allem die Vorarlberger Gebietskrankenkasse ist infolge der hohen Zahl an Grenzgängern und Pensionsbeziehern aus dem Ausland von derartigen Fällen besonders stark betroffen.

Ab wann diese Krankenversicherungsbeiträge einzubehalten bzw. einzuheben sind, soll durch Verordnung des Bundesministers für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Gesundheit nach Maßgabe der Verfügbarkeit der technischen Mittel festgestellt werden. Ziel ist, dass erstmals von für Juli 2011 ausbezahlten ausländischen Renten ein Krankenversicherungsbeitrag zu entrichten ist.

Hinsichtlich der bereits angesprochenen „Deckelung“ der Beitragseinhebung ist zu bemerken, dass an sich eine Deckelung der Beitragspflicht mit der österreichischen Höchstbeitragsgrundlage (4 110 Euro) nahe läge. Da eine solche Beitragsgrundlage in der Regel jedoch durch eine Pension in einer ausschließlich österreichischen Karriere nicht erreicht wird, soll zur Wahrung der Europarechtskonformität für Eigenpensionen die fiktive österreichische „Höchstpension“ (unter Heranziehung von 80 % der jeweiligen Höchstbemessungsgrundlage beläuft sich dieser fiktive Betrag im Regelfall derzeit auf 2 826,47 Euro) als Grenze herangezogen werden.

Zum Inhalt der neu geschaffenen Beitragseinhebungsregelungen (§§ 73a ASVG, 29a GSVG, 26a BSVG und 22b B-KUVG):

Abs. 1 normiert, dass Krankenversicherungsbeiträge von ausländischen Renten nur dann einhebbar sind, wenn durch die österreichische Krankenversicherung Leistungen an die Bezieher ausländischer Renten zu erbringen sind. Der Beitragseinhebung muss also ein Anspruch auf eine (Sach)Leistungserbringung gegenüberstehen, deren Kosten von einem österreichischen Krankenversicherungsträger zu tragen sind. Krankenversicherungsbeiträge von ausländischen Renten sind in dem Zeitpunkt fällig, in dem diese ausbezahlt werden.

Durch die Neuregelung sollen nur mit inländischen Pensionsleistungen vergleichbare ausländische Leistungen aus ausländischen Sozialversicherungssystemen erfasst werden. Jedenfalls nicht erfasst werden sollen Leistungen, die von nichtstaatlichen Stellen gewährt werden, wie zB Betriebspensionen.

Im Abs. 2 wird geregelt, dass die Sachverhaltsfeststellungen bzw. die Beitragshöhenermittlung grundsätzlich vom Pensionsversicherungsträger vorzunehmen sind, wird jedoch ein formelles Bescheidverfahren notwendig, so ist dies vom Krankenversicherungsträger zu führen.

Um die technischen Voraussetzungen schaffen zu können, sollen als Übergangsregelung bei Pensionsbezieher/innen mit Stichtag vor dem 1. Jänner 2011 - unter Ausklammerung der Ausgleichszulagenbezieher/innen/n die Krankenversicherungsträger auf Basis der von den Pensionsversicherungsträgern zur Verfügung gestellten Daten festzustellen haben, in welcher Höhe ein Krankenversicherungsbeitrag zu entrichten ist. Für Pensionen mit Stichtag ab 1. Jänner 2011 sollen diese Feststellungen ab 1. Jänner 2011 durch die Pensionsversicherungsträger vorgenommen werden. Mit 1. Jänner 2012 sollen die von den Krankenversicherungsträgern erhobenen Sachverhaltsfeststellungen für die weitere Vollziehung der Pensionsversicherungsanstalt übergeben werden.

Zum Themenkreis „Datenerhebung“ ist zu bemerken, dass durch das in Art. 4 Abs. 2 und Art. 95 der VO (EG) Nr. 987/2009 verankerte Projekt EESSI (Electronic Exchange of Social Security Information, Elektronischer Austausch von Sozialversicherungsdaten) alle Informationen, die bisher mit Hilfe von rund 100 E-Formularen ausgetauscht wurden, ab 1. Mai 2010 elektronisch verarbeitet werden sollen. Da durch dieses System für den rechnergestützten Datenaustausch die Entscheidungsfindung bei der Berechnung und Bezahlung von Sozialversicherungsleistungen erleichtert und beschleunigt, eine effizientere Datenprüfung ermöglicht und eine flexiblere und benutzerfreundliche Schnittstelle zwischen verschiedenen Systemen bereitgestellt wird, wird sich auch die Datenerhebung wesentlich erleichtern.

Den Pensionsversicherungsträger (ASVG) oder die die inländische Pensionsleistung auszahlende Stelle (B-KUVG) trifft die Verpflichtung, dem Krankenversicherungsträger aus dem ihm vorliegenden Informationen mitzuteilen, dass eine ausländische Rentenleistung bezogen wird.

Im Abs. 3 wird die Vorgangsweise für den Fall festgelegt, dass bei Bezug einer in- und ausländischen Pensions/Rentenleistung die Höhe der inländischen Pensionsleistung zur Deckung des für die ausländische Rente zu entrichtenden Krankenversicherungsbeitrages (in der Höhe von 5,1 % nach §§ 73 Abs. 1 und 1a ASVG, 29 Abs. 1 und 1a GSVG, 26 Abs. 1 und 1a BSVG und 4,65 % als Dienstnehmeranteil nach § 20 Abs. 1 und 2 iVm 22 Abs. 1 B-KUVG) ausreicht. Diesfalls ist der für die ausländische Rente zu entrichtende Krankenversicherungsbeitrag vom die inländische Pension auszahlenden Pensionsversicherungsträger einzubehalten und an den zuständigen Krankenversicherungsträger abzuführen.

Abs. 4 legt fest, dass im Falle des Bezuges einer in- und ausländischen Pensions/Rentenleistung die Höhe der inländischen Pension zur Deckung des für die ausländische Rente zu entrichtenden Krankenversicherungsbeitrages nicht ausreicht. Diesfalls - davon ausgenommen sind nur vom Geltungsbereich der Verordnungen (EWG) Nr. 1408/71 und 574/72 erfasste ausländische Renten - ist dem/der Versicherten der restliche Krankenversicherungsbeitrag vom Krankenversicherungsträger vorzuschreiben.

Abs. 5 trifft Regelungen für den Fall, dass neben der ausländischen Rentenleistung keine inländische Pension bezogen wird (zB dann, wenn neben dem Bezug einer ausländischen Rente im Inland noch eine Erwerbstätigkeit ausgeübt wird). In einem solchen Fall ist der Krankenversicherungsträger zur Vorschreibung des von der ausländischen Rente zu entrichtenden Krankenversicherungsbeitrages sowie zu dessen Einhebung verpflichtet.

Zur Verwaltungsvereinfachung kann die Vorschreibung bei geringfügigen Beträgen auch in längeren Abständen erfolgen, sie ist jedoch mindestens einmal jährlich vorzunehmen. Des Weiteren wird klargestellt, dass die für die Beitragseinhebung geltenden Rechtsvorschriften auch bei der Einhebung von Krankenversicherungsbeiträgen von ausländischen Renten anzuwenden sind, sofern nicht ausdrücklich abweichendes bestimmt wird.

Im Zusammenhang mit den getroffenen Neuregelungen werden auch die nach den §§ 43 ASVG, 22 GSVG, 20 BSVG und 17 B-KUVG bestehenden Auskunftspflichten der Versicherten erweitert.

Die Bezieher/innen beitragspflichtiger ausländischer Rentenleistungen schulden die von der ausländischen Rente zu entrichtenden, vorgeschriebenen Krankenversicherungsbeiträge selbst und haben diese selbst einzuzahlen.

Des Weiteren wird eine entsprechende Anpassung des § 82 ASVG vorgenommen, der die Vergütung für die Mitwirkung an fremden Aufgaben regelt. Die Vergütung für die Mitwirkung an fremden Aufgaben umfasst nicht nur die laufenden Aufwendungen, sondern es sind auch die tatsächlich aufgewendeten Kosten für die Implementierung abzugelten.

Durch § 459g ASVG und Parallelbestimmungen werden Regelungen hinsichtlich der Mitwirkung der Abgabenbehörden des Bundes bei Bezug ausländischer Renten getroffen:

Die österreichischen Sozialversicherungsträger verfügen nur eingeschränkt über Informationen über die in Betracht kommenden Rentenbezüge – und zwar nur in jenen Fällen, in denen dies für die Leistung von Ausgleichszulagen relevant war. War dies nicht der Fall, wurden bisher – mangels Bedarfes – keine Aufzeichnungen darüber geführt. Da die Tatsache, dass eine Erwerbstätigkeit im Ausland vorlag, jedoch auch steuerlich relevant sein kann, könnten entsprechende Aufzeichnungen bei der Finanzverwaltung vorhanden sein, die in Hinkunft auch der Sozialversicherung zur Verfügung stehen sollen. Damit können auch Parallelerhebungen vermieden werden.

Die Abgabenbehörden des Bundes haben den Sozialversicherungsträgern aus den bei ihnen vorhandenen Daten zu Personen, die gegenwärtig ausländische Renten beziehen oder solche in der Vergangenheit bezogen haben und die Anspruch auf Leistungen eines Krankenversicherungsträgers haben, neben den persönlichen Daten (Abs. 1 Z 1) auch Daten über die Art und die Höhe ausländischer Rentenbezüge (Abs. 1 Z 2) zu übermitteln. Die Datenübermittlung ist auf aus den Steuererklärungen ableitbare und daher bei der Finanzverwaltung bereits gespeicherte Daten beschränkt. Abs. 2 trifft Regelungen hinsichtlich der Zulässigkeit der Verwendung der übermittelten Daten. Das Übermittlungsverfahren und der Zeitpunkt der erstmaligen Datenübermittlung sind vom Bundesminister für Finanzen und dem Bundesminister für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz unter Berücksichtigung der technisch-organisatorischen Möglichkeiten einvernehmlich festzulegen.

Zu Art. 1 Z 15 (§ 122 Abs. 2 ASVG):

Die vorgenommene Änderung 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, weshalb die gesetzlichen Verweisungen anzupassen bzw. zu bereinigen sind.

Zu Art. 1 Z 17 (§ 175 Abs. 5 Z 3 ASVG):

Durch die Neuregelung soll die nunmehr vorgesehene allgemeine Formulierung (Schüler/Schülerinnen im oder nach dem achten Schuljahr) zur Rechtssicherheit für die Betriebe beitragen. Der Entfall der Bestätigung über die Aufklärung nach § 13b Abs. 3 SchUG ist damit verbunden, dass der Eintritt des gesetzlichen Unfallversicherungsschutzes nicht von einer erfolgten Aufklärung abhängig gemacht werden soll. Die Finanzierung soll wie bisher im Rahmen der Unfallversicherung für Schülerinnen und Schüler erfolgen, mit einer relevanten finanziellen Änderung ist nicht zu rechnen.

Zu Art. 1 Z 20 (§ 343 Abs. 2 ASVG):

Bei der Änderung handelt es sich um eine redaktionelle Berichtigung im Zusammenhang mit dem Beschluss des Bundesgesetzes zur Stärkung der ambulanten öffentlichen Gesundheitsversorgung, BGBl. I Nr. 61/2010.

Zu Art. 1 Z 21 (§ 343d Abs. 1 Z 3 ASVG):

Da die derzeitige Diktion in verschiedene Richtungen interpretiert werden kann, soll eine redaktionelle Klarstellung dahingehend erfolgen, dass jeweils ein bundeseinheitlicher Gesamtvertrag für Einzel- und Gruppenpraxen abgeschlossen werden soll.

Zu Art. 1 Z 22, 23, 25 und 26 (§§ 347 Abs. 1 und 2, 652 Abs. 7 sowie 657 Abs. 2 ASVG):

Durch das Bundesgesetz zur Stärkung der ambulanten öffentlichen Gesundheitsversorgung, BGBl. I Nr. 61/2010, wurde vorgesehen, dass die nach § 344 ASVG eingerichtete paritätische Schiedskommission ab 1. September 2010 eine Richterin/einen Richter des Ruhestandes als Vorsitzenden hat. Nunmehr soll für die Vorsitzende/den Vorsitzenden ebenso wie für die Vorsitzenden der anderen Kommissionen eine Entschädigung vorgesehen werden, die vom Bundesminister für Justiz im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Gesundheit festzusetzen ist.

Gleichzeitig sollen durch die Änderung des § 347 Abs. 1 ASVG die Mitglieder und die/der Vorsitzende der paritätischen Schiedskommission ebenfalls Stellvertreterinnen/Stellvertreter bekommen.

Da eine entsprechende Anpassung der Verordnung des Bundesministers für Gesundheit über die Geschäftsordnungen der Schiedskommissionen (Schiedskommissionsverordnung 2010) nicht zeitgerecht zum 1. September 2010 möglich war, ist nunmehr eine ausdrückliche gesetzliche Ermächtigung für eine rückwirkende Erlassung der Verordnung zu schaffen. Durch die Übergangsbestimmung des § 652 Abs. 7 ASVG soll zunächst festgelegt werden, dass die Bestellung der Vorsitzenden der paritätischen Schiedskommissionen längstens bis zum 1. Jänner 2011 zu erfolgen hat, gleichzeitig soll ein reibungsloser Verfahrensverlauf dadurch sichergestellt werden, dass bis zur jeweiligen Bestellung die paritätische Schiedskommission ihre Verfahren in der bisherigen Zusammensetzung zu führen hat.

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

Erfahrungen der Praxis zeigen, dass Personen, die nach § 14b Abs. 1 Z 1 GSVG pflichtversichert waren, nunmehr noch eine Erwerbstätigkeit ausüben, bei deren Ausübung sie auf Grund eines Antrages ihrer gesetzlichen beruflichen Vertretung nach § 5 GSVG von der Pflichtversicherung in der Krankenversicherung ausgenommen sind, und die andere Erwerbstätigkeit, die die Pflichtversicherung in der Krankenversicherung nach dem GSVG begründet hat, aufgegeben haben, nach ihrem Ausscheiden aus dieser Pflichtversicherung weder eine Selbstversicherung nach dem GSVG eingehen noch einer Krankenvorsorgeeinrichtung ihrer gesetzlichen Interessenvertretung beitreten. Die Neuregelung soll also die Einhaltung der Versicherungspflicht jener Freiberufler/innen, deren Berufsgruppe von der Ausnahmemöglichkeit nach § 5 GSVG Gebrauch gemacht haben, verbessern.

Die Selbstversicherung nach § 14a Abs. 3 GSVG beginnt im Anschluss an eine Pflichtversicherung nach § 14b Abs. 1 Z 1 GSVG. Sie endet mit der Beendigung der Kammermitgliedschaft, mit dem Beitritt des Versicherten zu einer Krankenvorsorgeeinrichtung seiner gesetzlichen beruflichen Vertretung sowie bei Eintritt einer Pflichtversicherung nach § 14b GSVG.

Der Beitragssatz beläuft sich einschließlich des Zusatzbeitrages von 0,5% sowie des Ergänzungsbeitrages zur Finanzierung unfallbedingter Leistungen der Krankenversicherung auf 7,65%.

Zu Art. 2 Z 9, Art. 3 Z 5 und Art. 4 Z 7 (§ 332 GSVG, § 323 BSVG und § 224 B-KUVG):

Die Paragraphenbezeichnungen der Schlussbestimmungen zum GSVG, BSVG und B-KUVG sind auf Grund weiterer, gleichzeitig zum Bundesgesetz zur Stärkung der ambulanten öffentlichen Gesundheitsversorgung beschlossener Gesetze zu ändern.

Finanzielle Erläuterungen

Aus finanzieller Sicht sind folgende Maßnahmen hervorzuheben:

Zu Art. 1 Z 1, 3, 5, 8, 12, 13, 18 und 19 (§§ 8 Abs. 1 Z 3 lit. m, 10 Abs. 5, 28 Z 2 lit. i, 35 Abs. 2, 74 Abs. 2a und 3, 181 Abs. 4 sowie 335 Abs. 3 ASVG):

Beitragsgrundlage und Beitragssatz werden künftig nach § 74 Abs. 2a ASVG durch die Satzung der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt festgelegt. Der Beitrag für die nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. c ASVG Teilversicherten, an dem sich die nunmehrige unfallversicherungsrechtliche Regelung für die Personen in Beschäftigungstherapie orientiert, liegt nach § 14 der Satzung der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt derzeit bei 0,5 von Hundert einer kalendertäglichen Beitragsgrundlage, die mit 23,47 € (Wert 2010) festgesetzt ist. Der täglich zu entrichtende Beitrag würde demnach 0,12 € betragen und soll künftig vom jeweiligen Rechtsträger der Einrichtung der Beschäftigungstherapie zu tragen sein. Sollten diese Beiträge allerdings nicht kostendeckend sein, besteht auch die Möglichkeit der Anhebung des Betrages in der Satzung der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt.

Bei 20 000 teilversicherten Personen sind - ausgehend von den Beiträgen für die nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. c ASVG Teilversicherten - jährliche Beitragsmehreinnahmen der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt von rund 840 000 € zu erwarten.

Nach Art. 6 Abs. 1 Z 2 der Vereinbarung zwischen dem Bund, den Ländern und den Gemeinden über einen Konsultationsmechanismus und einen künftigen Stabilitätspakt der Gebietskörperschaft, BGBl. I Nr. 35/1999, gilt diese Vereinbarung nicht für rechtsetzende Maßnahmen, die die Gebietskörperschaften in ihrer Eigenschaften als Träger von Privatrechten so wie jeden anderen Rechtsträger treffen. Im gegebenen Fall sind die einzelnen Länder allenfalls wie private Vereine Rechtsträger der Einrichtungen der Beschäftigungstherapie und somit als Träger von Privatrechten betroffen, weshalb die Regelungen über den Konsultationsmechanismus nicht zur Anwendung kommen.

Zu Art. 1 Z 2 und 4 (§§ 10 Abs. 2 und 12 Abs. 1 ASVG):

Der Beitrag in der Unfallversicherung beträgt nach § 74 Abs. 1 Z 1 ASVG 8,03 € (Wert 2010) monatlich.

Nach Schätzungen der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft ist für den Beitragszeitraum ab dem Jahr 2011 im Bereich der Unfallversicherung mit Beitragsmehreinnahmen in Höhe von rund 730 000 € (7 000 Versicherte, für die Unfallversicherungsbeiträge in Höhe von 8,03 € monatlich für durchschnittlich 13 Monate vorgeschrieben werden) jährlich zu rechnen, die der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt zu Gute kommen werden.

Zu Art. 1 Z 7 (§ 31a Abs. 4 Z 5 ASVG):

Der durch die Verwendung von Bestandteilen des ELSY für diese Zwecke entstehende Aufwand ist dem Hauptverband nach § 31a Abs. 4 letzter Satz ASVG jeweils nach Maßgabe einer vertraglichen Regelung zu vergüten.

Seitens der Sozialversicherung wurden für die Anwendung des Secure Token Systems für die elektronische epidemiologische Datenbank mit Entwicklungskosten von rd. 6 700 € und mit monatlichen laufenden Kosten in der Höhe von 333 € gerechnet.

Zu Art. 1 Z 9 bis 11, 14, 24 und 26; Art. 2 Z 5 bis 8 und 10; Art. 3 Z 1 bis 4 und Art. 4 Z 1 bis 6 (§§ 43 Abs. 1, 58 Abs. 2, 73a, 82 Abs. 1, 459g und 657 Abs. 3 und 4 ASVG; §§ 22 Abs. 4, 29a, 35 Abs. 7, 229f und 338 Abs. 1 Z 2 und Abs. 2 GSVG; §§ 20 Abs. 7a, 26a, 33 Abs. 3a, 217c und 328 BSVG; §§ 14, 17 Abs. 1, 22b, 23 Abs. 3, 159e und 227 B-KUVG):

Nach derzeitigen Schätzungen kann von rund 120 000 Personen ausgegangen werden, die gleichzeitig eine Pension aus der österreichischen Sozialversicherung und eine Rente aus einem ausländischen Sozialversicherungssystem beziehen.

Vor allem die Vorarlberger Gebietskrankenkasse ist von der Auslandspensionsproblematik besonders stark betroffen, da rund 15 000 der 60 000 bei der Vorarlberger Gebietskrankenkasse versicherten Pensionisten und Pensionistinnen neben einer österreichischen Pension auch eine Pensions/Rentenleistung aus dem Ausland beziehen (siehe dazu die Presseaussendung der AK Vorarlberg unter <http://www.ak-vorarlberg.at/online/grenzgaenger-54067.html>).

Auf Basis des vorliegenden Gesetzesentwurfes sind im Bereich der Vorarlberger Gebietskrankenkasse rund 3,3 Mio. € an zusätzlichen Erträgen zu erwarten. Bundesweit ist unter Berücksichtigung der im Entwurf angeführten Parameter (Berücksichtigung des EU- und EWR Raumes sowie der angeführten Staaten mit bilateralen, auch die Krankenversicherung erfassenden Abkommen) und unter Zugrundelegung einer fiktiven ausländischen Durchschnittspension von rund 280 € mit Mehreinnahmen in einer Größenordnung von rund 20 Mio. € pro Jahr zu rechnen.

Nach einer durch den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger durchgeführten Kostenerhebung ergeben sich aus der vorgeschlagenen Maßnahme folgende Aufwendungen:

	Aufwand der KV-Träger	Aufwand der PVA
Erstinvestitionskosten	1.987.170 € (für EDV, Personal, Einhebung)	3.797.400 € davon: 1.757.400 € für die Ersterhebung, 2.040.000 für die EDV-Implementierung
Laufende Kosten		
2011	277.500	1.434.500
2012	555.000	2.869.000
2013	555.000	2.869.000

Zu Art. 1 Z 22, 23, 25 und 26 (§§ 347 Abs. 1 und 2, 652 Abs. 7 sowie 657 Abs. 2 ASVG):

Die aktuellen Entschädigungen für die Richter/Richterinnen der verschiedenen Schiedskommissionen betragen zwischen 300 und 400 € pro Akt. In diesem Rahmen werden sich auch die Entschädigungen für die vorsitzenden Richterinnen und Richter der Paritätischen Schiedskommissionen bewegen. Ausgehend von rund 30 Verfahren pro Jahr, die vor den paritätischen Schiedskommissionen geführt werden, ergibt das einen jährlichen Aufwand in Höhe von rund 9 500 €. Diese zusätzlichen Kosten sind nach § 347 Abs. 7 ASVG - wie schon bisher - zur Hälfte von der in Betracht kommenden gesetzlichen Interessensvertretung und dem beteiligten Versicherungsträger zu tragen.

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

Nach von der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft vorgenommenen Schätzungen wird sich der Stand von im Anschluss an eine Pflichtversicherung nach § 14b Abs. 1 Z 1 GSVG nach § 14a GSVG Versicherte um rund 100 Personen erhöhen.

Unter Zugrundelegung einer durchschnittlichen Beitragsgrundlage in der Krankenversicherung von rund 1 800 € nach Angaben der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft ergab eine Stichprobe, dass bei diesen klassischen Freiberuflern durchaus auch niedrige Beitragsgrundlagen vorliegen, und eines Beitragssatzes von 7,65 % ergeben sich durch die vorgeschlagene Änderung daher geschätzte Mehreinnahmen von rund 166 000 € an Krankenversicherungsbeiträgen pro Jahr.