

Vorblatt

Problem:

Erforderlichkeit der Anpassung und Weiterentwicklung verschiedener Bereiche in den Sozialversicherungsgesetzen sowie im Dienstgeberabgabegesetz aufgrund der Rechtsentwicklung.

Ziel:

Aktualisierung in verschiedenen Bereichen des Sozialversicherungsrechts durch Vornahme notwendiger Anpassungen und Rechtsbereinigungen.

Inhalt /Problemlösung:

In Umsetzung des Regierungsprogramms zur XXIV. Gesetzgebungsperiode soll für pflegende Angehörige eine bessere soziale Absicherung durch eine beitragsfreie Mitversicherung in der Krankenversicherung ab der Pflegestufe 3 der gepflegten Person geschaffen werden. Im Vertragspartnerrecht kommt es durch den vorgesehenen Entfall der Härteklausele zu einer Modernisierung des Kündigungsrechts. Die Transparenz im Gesundheitswesen soll durch die Veröffentlichung von Gesamtverträgen verbessert werden.

Durch eine Reihe von Maßnahmen erfolgen weiters Ergänzungen im Unfallversicherungsbereich des ASVG sowie Verbesserungen im Bereich der Kostentragung bei Organspenden. Durch die den Zahnambulatorien eingeräumte Möglichkeit, Leistungen zur Vorbeugung von Erkrankungen der Zähne, des Mundes und der Kiefer anzubieten, werden präventive Maßnahmen gefördert und Folgekosten für die Krankenversicherungsträger vermieden.

Das Optionenmodell im Bereich der Gewerblichen Krankenversicherung soll auch für weiterversicherte Personen geöffnet und der Krankenversicherungsschutz für die nach § 16 ASVG versicherten Gewerbetreibenden (Übergangsfälle) sichergestellt werden.

Im Bereich des B-KUVG wird die Verpflichtung der Dienstgeberinnen und Dienstgeber zu elektronischen Meldungen in das B-KUVG aufgenommen; weiters erfolgen Änderungen bei der Entsendung von Versicherungsvertreterinnen und –vertretern.

Im Bereich des DAG werden die Betriebskrankenkassen aus dem Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen ausgenommen.

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 Unternehmen:

Informationsverpflichtungen für Unternehmen sind nicht betroffen.

– Auswirkungen in umweltpolitischer Hinsicht, insbesondere Klimaverträglichkeit:

Das Regelungsvorhaben ist nicht klimarelevant.

– Auswirkungen in konsumentenschutzpolitischer sowie sozialer Hinsicht:

In sozialer Hinsicht trägt der Entwurf bezüglich der Ausweitung des Unfallversicherungsschutzes den gegebenen Anforderungen Rechnung. Weiters soll sichergestellt werden, dass lebenswichtige Organtransplantationen durch Unterschiede in den nationalen Rechtsordnungen nicht erschwert oder gar verhindert werden.

Durch den Entfall der Ausnahme von Freitabak, Freizigaretten und Freizigarren aus dem Entgeltbegriff des ASVG soll eine weitere Maßnahme gegen den gesundheitsschädlichen Konsum von Tabak gesetzt werden.

Die Ausweitung der beitragsfreien Mitversicherung für pflegende Angehörige in der Krankenversicherung ab Pflegestufe 3 der gepflegten Person sowie für in Hausgemeinschaft lebende Personen dient der Erleichterung der sozialen Absicherung der Betroffenen.

– Geschlechtsspezifische Auswirkungen:

Die Änderung betreffend die Geschlechterparität bei Versicherungsvertreterinnen und –vertretern im Bereich des B-KUVG soll langfristig eine verstärkte Entsendung von weiblichen Personen in die Verwaltungskörper nach sich ziehen.

Die Möglichkeit der beitragsfreien Mitversicherung für pflegende Angehörige in der Krankenversicherung ab Pflegestufe 3 der gepflegten Person sowie die Ausweitung des Unfallversicherungsschutzes für Versicherte, die während einer Karenz an Aus- und Fortbildungsveranstaltungen teilnehmen, wird zum weit überwiegenden Teil Frauen zu Gute kommen.

Die Ausweitung des Unfallversicherungsschutzes für Mitglieder der amtlichen Weinkostkommissionen wird für Männer und Frauen grundsätzlich gleichermaßen, konkret entsprechend deren Rollenverhalten, positive Auswirkungen haben.

Verhältnis zu Rechtsvorschriften der Europäischen Union:

Die vorgesehenen Regelungen fallen 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 sowie des Dienstgeberabgabegesetzes, die der Umsetzung des Regierungsprogramms zur XXIV. Gesetzgebungsperiode und der Anpassung an die Rechtsentwicklung dienen, vorgemerkt.

Im Einzelnen sind folgende Maßnahmen hervorzuheben:

- Einbeziehung der Funktionäre/Funktionärinnen des Vorarlberger Schilehrerverbandes in die Teilversicherung in der Unfallversicherung nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. g ASVG;
- Einbeziehung der Mitglieder der amtlichen Weinkostkommissionen in die Teilversicherung in der Unfallversicherung nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. j ASVG;
- Entfall der vom Hauptverband nach § 31 Abs. 5a ASVG zu erlassenden Kostenbeitragsverordnung;
- Änderung im Bereich des Entgeltsbegriffs nach § 49 Abs. 3 Z 16 ASVG (Entfall der Ausnahme von Freitabak, Freizigaretten und Freizigarren);
- (beitragsfreie) Mitversicherung in der Krankenversicherung für pflegende Angehörige ab der Pflegestufe 3;
- Entfall der Voraussetzung der Kindererziehung oder Pflege des/der Versicherten für die Möglichkeit der Angehörigeneigenschaft einer in Hausgemeinschaft lebenden Person;
- Ausweitung der Ausschlussbestimmungen bei der Angehörigeneigenschaft in grenzüberschreitenden Fällen;
- Möglichkeit des Angebots von Leistungen zur Vorbeugung von Erkrankungen der Zähne, des Mundes und der Kiefer durch Zahnambulatorien;
- Unfallversicherungsschutz für Versicherte, die während einer Karenz an Aus- oder Fortbildungsveranstaltungen teilnehmen;
- Ausweitung der Kostenerstattung bei Organtransplantationen in grenzüberschreitenden Fällen;
- Verlängerung der einmonatigen Kündigungsfrist im Vertragspartnerbereich auf drei Monate;
- Modernisierung des Kündigungsrechts im Vertragspartnerbereich durch den vorgesehenen Entfall der sogenannten Härteklausele;
- Publikation von Gesamtverträgen durch den Hauptverband im Internet;
- Rückwirkende Anpassung von Satzungen bzw. Krankenordnungen an Änderungen der Mustersatzung bzw. Musterkrankenordnung;
- Erweiterung des Optionenmodells im Bereich des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes auf in der Krankenversicherung weiterversicherte Personen;
- Sicherstellung des Krankenversicherungsschutzes der nach § 16 ASVG versicherten Gewerbetreibenden (Übergangsfälle);
- Aufnahme der Verpflichtung der Dienstgeberinnen und Dienstgeber zu elektronischen Meldungen (zB Erstattung einer jährlichen Meldung der Adresse der Arbeitsstätte) im Bereich des B-KUVG;
- Neuregelung der entsendeberechtigten Stelle für die Versicherungsvertreterinnen und Versicherungsvertreter in die im B-KUVG vorgesehenen Landesstellenausschüsse;
- Herausnahme der Betriebskrankenkassen aus dem Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen im Bereich des Dienstgeberabgabegesetzes;
- Redaktionelle Anpassungen.

Kompetenzgrundlage:

In kompetenzrechtlicher Hinsicht stützt sich das im Entwurf vorliegende Bundesgesetz auf Art. 10 Abs. 1 Z 4 und 11 B-VG („Bundesfinanzen“ und „Sozialversicherungswesen“).

II. Besonderer Teil

Zu Art. 1 Z 1 (§ 8 Abs. 1 Z 3 lit. g ASVG):

Der Vorarlberger Schilehrerverband hat die Einbeziehung seiner Funktionäre/Funktionärinnen in den Unfallversicherungsschutz nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. g ASVG angeregt.

Der Vorarlberger Schilehrerverband ist durch das Vorarlberger Schischulgesetz 1995, LGBl. Nr. 15/1995, als Körperschaft des öffentlichen Rechts eingerichtet und weist die Merkmale einer Standeskammer auf, sodass die Einbeziehung der Funktionäre/Funktionärinnen in die Teilversicherung der Unfallversicherung gerechtfertigt ist. Nach § 74 Abs. 1 Z 2 ASVG betragen die monatlich pro Person zu zahlenden Beiträge 1,97 Euro (Wert 2009).

Zu Art. 1 Z 2 (§ 8 Abs. 1 Z 3 lit. j ASVG):

Aufgrund einer Anregung des Bundesministeriums für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft sollen die Mitglieder der amtlichen Weinkostkommissionen nach § 57 des Weingesetzes 1999, BGBl. I Nr. 141, in den Unfallversicherungsschutz nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. j ASVG einbezogen werden.

Die amtlichen Weinkostkommissionen sind für die Durchführung von Sinnenproben nach § 57 Abs. 4 bis 8 und § 59 Abs. 2 des Weingesetzes 1999 zuständig.

Ein Großteil der Mitglieder sind selbständige Landwirte/Landwirtinnen, deren Tätigkeit in den amtlichen Weinkostkommissionen nach § 148c Abs. 2 Z 10 lit. c BSVG der gesetzlichen Unfallversicherung unterliegt.

Die meisten der in Betracht kommenden Personen unterliegen daher bereits aufgrund ihrer beruflichen Tätigkeit dem Unfallversicherungsschutz, sodass von der Neuregelung etwa 50 bis 100 Personen betroffen sein werden.

Die Einbeziehung der bisher noch keinem Unfallversicherungsschutz unterliegenden Mitglieder der amtlichen Weinkostkommissionen soll diesen insbesondere einen Schutz bei auch als Arbeitsunfälle geltenden Unfällen im Sinne des § 175 Abs. 2 ASVG bieten.

Gemäß § 28 Z 2 lit. j ASVG ist die Sozialversicherungsanstalt der Bauern sachlich zuständig.

Zu Art. 1 Z 3 (§ 16 Abs. 2 Z 1 ASVG):

Bei der vorgeschlagenen Neuregelung handelt es sich um die Richtigstellung eines Verweises. Die Aufzählung von Studierenden an Fachhochschul-Studiengängen im Sinne des § 3 Abs. 1 Z 9 des Studienförderungsgesetzes 1992 kann entfallen, da die Fachhochschul-Studiengänge nunmehr in § 3 Abs. 1 Z 4 StudFG genannt werden und somit von dem Verweis auf § 3 Abs. 1 Z 1 bis 7 des Studienförderungsgesetzes 1992 umfasst sind.

Zu Art. 1 Z 4 und 5, 18 und 19, 22, 29 und 30 sowie 39 (§§ 31 Abs. 2 Z 3 und 4 sowie Abs. 5a, 135 Abs. 3a, 144 Abs. 6, 153 Abs. 4a, 441d Abs. 2 Einleitungssatz und Z 5 sowie 606 Abs. 3 ASVG):

Nach dem politischen Willen, keine neuen Selbstbehalte einzuführen, sollen die Bestimmungen über eine vom Hauptverband jährlich zu erlassende Verordnung, in der festgestellt wird, ob und in welcher Höhe ein Kostenbeitrag bei Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe (§ 135 ASVG), bei Inanspruchnahme chirurgischer oder konservierender Zahnbehandlung (§ 153 ASVG) und bei Behandlung in einer Spitalsambulanz (§ 26 KAKuG) im nächstfolgenden Kalenderjahr zu entrichten ist, entfallen. Eine derartige Verordnung ist überdies bis dato nicht erlassen worden.

Zu Art. 1 Z 6 (§ 49 Abs. 3 Z 15 ASVG):

Die bisher bestehende Ausnahme von Freitabak, Freizigaretten und Freizigarren an Dienstnehmerinnen und Dienstnehmer in tabakverarbeitenden Betrieben aus dem Entgeltbegriff nach dem ASVG und die damit verbundene Beitragsfreiheit sollen nunmehr aus gesundheitspolitischen Gründen entfallen.

Zu Art. 1 Z 7 und 8, 13 bis 17, Art. 2 Z 1 und 2 sowie 9 bis 12, Art. 3 Z 1 und 3 sowie 9 bis 12 und Art. 4 Z 3 und 4 sowie 8 und 9 (§§ 51d Abs. 3 Z 1, 3 und 4, 123 Abs. 7a und 7b, 9 sowie 10, und 124 Abs. 1 ASVG, §§ 27c Abs. 3 Z 1, 3 und 4 sowie 83 Abs. 6 bis 8a GSVG, §§ 24b Abs. 3 Z 1, 3 und 4 sowie 78 Abs. 6 bis 6b und 8 BSVG sowie §§ 20b Abs. 3 Z 1, 3 und 4 sowie 56 Abs. 6a und 6b B-KUVG):

Mit Erkenntnis vom 10. Oktober 2005 hat der Verfassungsgerichtshof die damalige Regelung über die Mitversicherung von Lebensgefährten (Möglichkeit der Mitversicherung von einer mit der/dem Versicherten nicht verwandten andersgeschlechtlichen Person, die mit ihm/ihr in mindestens zehnmonatiger Hausgemeinschaft lebt und ihm/ihr unentgeltlich den Haushalt führt - § 123 Abs. 8b ASVG idF BGBl. I Nr. 140/2002) als diskriminierend und gegen den Gleichheitssatz verstoßend

aufgehoben. Mit der Neuregelung ab 1. August 2006 wurde die Möglichkeit der Mitversicherung von mit der/dem Versicherten nicht verwandten Personen dahingehend eingeschränkt, dass diese nur dann als Angehörige gelten, wenn sie sich der Erziehung eines im gemeinsamen Haushalt lebenden Kindes oder der Pflege der/des Versicherten widmen. Darüber hinaus besteht derzeit keine Mitversicherungsmöglichkeit von in Hausgemeinschaft lebenden Personen. Dieser Ausschluss erscheint insbesondere in jenen Fällen unbillig, in denen einerseits aufgrund der Anrechnung des Einkommens der/des Lebensgefährtin/Lebensgefährten kein Anspruch auf Notstandshilfe besteht und andererseits die Angehörigeneigenschaft mangels Erfüllung der Voraussetzungen der Kindererziehung oder der Pflege der/des Versicherten verwährt wird.

Mit der gegenständlichen Neuregelung soll nunmehr die Möglichkeit einer Mitversicherung von mit der/dem Versicherten nicht verwandten Personen insofern erleichtert werden, als das Erfordernis der Kindererziehung oder der Pflege der/des Versicherten entfällt. Das Bestehen einer zehnmonatigen Haushaltsgemeinschaft mit der/dem Versicherten sowie das Vorliegen der unentgeltlichen Haushaltsführung werden weiterhin vorausgesetzt.

Im Zuge der Neuregelung der Angehörigeneigenschaft von mit der/dem Versicherten nicht verwandten Personen durch das Sozialrechts-Änderungsgesetz 2006 (BGBl. I Nr. 131/2006) wurden nach wie vor wirksame weitreichende Übergangsbestimmungen (§ 628 ASVG, § 314 GSVG, die §§ 304 und 307 BSVG sowie die §§ 216 und 217 B-KUVG) geschaffen, um die Wahrung bereits bestehender Ansprüche sicher zu stellen.

Im Regierungsprogramm zur XXIV. Gesetzgebungsperiode ist im Kapitel Soziales und Gesundheit eine bessere soziale Absicherung von pflegenden Angehörigen in der Krankenversicherung durch u.a. „eine beitragsfreie Mitversicherung ab Pflegestufe 3“ vorgesehen. Durch die vorgeschlagenen Bestimmungen soll dies nunmehr in den Rechtsbestand übernommen werden.

Der Personenkreis, der von dieser „beitragsfreien Mitversicherung“ umfasst ist, wird im § 123 Abs. 7b ASVG (und im § 83 Abs. 8a GSVG, § 78 Abs. 6b BSVG bzw. § 56 Abs. 6b B-KUVG) umschrieben. Danach kommen jene Personen in Betracht, die sich - nicht erwerbsmäßig - unter erheblicher Beanspruchung ihrer Arbeitskraft der Pflege einer/eines nahen Angehörigen widmen, die/der Anspruch auf Pflegegeld zumindest in Höhe der Stufe 3 gemäß § 5 des Bundespflegegeldgesetzes oder nach den Bestimmungen der Landespflegegeldgesetze hat, wobei unter einer erheblichen Belastung eine überwiegende Beanspruchung der Arbeitskraft (im Sinne zumindest der Hälfte der Vollarbeitszeit) zu verstehen ist. Voraussetzung ist ferner, dass die Pflege in der häuslichen Umgebung der pflegebedürftigen Person oder der Pflegeperson geleistet wird, wobei jedoch ein zeitweiliger stationärer Krankenhausaufenthalt oder eine Kurzzeitpflege in Heimen (etwa im Falle einesurlaubes der Pflegeperson) der Begünstigung nicht schadet.

Als Angehörige gelten die/der Ehegattin/Ehegatte und Personen, die mit der pflegebedürftigen Person in gerader Linie oder bis zum vierten Grad der Seitenlinie verwandt oder verschwägert sind (zB Cousine/Cousin), ferner Wahl-, Stief- und Pflegekinder, Wahl-, Stief- und Pflegeeltern sowie eine mit der/dem Versicherten nicht verwandte Person, die seit mindestens zehn Monaten mit ihm/ihr in Hausgemeinschaft lebt und ihm/ihr seit dieser Zeit unentgeltlich den Haushalt führt, wenn ein/eine im gemeinsamen Haushalt lebende/r arbeitsfähige/r Ehegatte/Ehegattin nicht vorhanden ist. Im Sinne einer umfassenden Definition von pflegenden Angehörigen werden die bereits als Angehörige geltenden Personen nach § 123 Abs. 2, 4, 7 und 7a ASVG in die abschließende Aufzählung aufgenommen.

Im Rahmen einer besseren sozialen Absicherung von pflegenden Angehörigen in der Krankenversicherung soll nunmehr auch pflegenden Angehörigen von Selbstversicherten eine beitragsfreie Mitversicherung zustehen. Derzeit haben gemäß § 124 Abs. 1 ASVG iVm § 20 der Mustersatzung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger die/der Ehegattin/Ehegatte sowie Kinder nach § 123 Abs. 2 Z 2 bis 6 und Abs. 4 ASVG von Selbstversicherten als Angehörige Anspruch auf Leistungen in der Krankenversicherung.

Zu Art. 1 Z 9 (§ 108g Abs. 6 erster Satz ASVG):

Bei der Änderung handelt es sich um die Richtigstellung eines Verweises.

Zu Art. 1 Z 10 und 11, Art. 2 Z 4 und 5, Art. 3 Z 5 und 6 sowie Art. 4 Z 5 und 6 (§§ 120 und 120a samt Überschrift ASVG, §§ 80 und 80a samt Überschrift GSVG, §§ 76 und 76a samt Überschrift BSVG sowie §§ 53 und 53a samt Überschrift B-KUVG):

Im § 120 ASVG (und in den entsprechenden Bestimmungen der sozialversicherungsrechtlichen Parallelgesetze) ist vorgesehen, dass ein Versicherter/eine Versicherte, der/die in nicht auf Gewinn gerichteter Absicht einen Teil seines/ihrer Körpers zur Übertragung in den Körper eines anderen Menschen spendet, als krank gilt und Leistungen der Krankenversicherung in Anspruch nehmen kann.

Leistungen aus der Krankenversicherung für den Spender/die Spenderin werden somit nach der bisherigen Rechtslage grundsätzlich von der Krankenversicherung des Spenders/der Spenderin getragen, jene für den Empfänger/die Empfängerin von der Krankenversicherung des Empfängers/der Empfängerin.

In Rechtsordnungen anderer Staaten (zB in Deutschland) ist hingegen vorgesehen, dass die Krankenversicherung des Empfängers/der Empfängerin sämtliche Sach- und Geldleistungen erbringt, also auch jene für den Spender/die Spenderin. Aus diesen unterschiedlichen Rechtslagen ergeben sich Koordinierungsprobleme, die auch im Bereich der Mitgliedstaaten der Europäischen Union derzeit nicht eindeutig zu lösen sind.

Durch die vorgeschlagene Neuregelung soll sichergestellt werden, dass lebenswichtige Organtransplantationen durch derartige Unterschiede in den nationalen Rechtsordnungen nicht erschwert oder gar verhindert werden. In grenzüberschreitenden Fällen, in denen weder nach dem Gemeinschaftsrecht oder einem von Österreich geschlossenen Abkommen noch nach den jeweiligen nationalen Rechtsvorschriften aus Anlass von Organtransplantationen eine Erstattung der Kosten der Spende durch den ausländischen Träger vorgesehen sind, sollen die mit der Spende im Regelfall notwendig verbundenen Sachleistungen aus der Krankenversicherung sowohl für den Empfänger/die Empfängerin als auch für den Spender/die Spenderin von der (österreichischen) Krankenversicherung des Empfängers/der Empfängerin wie für eine/n eigene/n Versicherte/n übernommen werden.

Mit der gewählten Formulierung soll sichergestellt werden, dass für den österreichischen Krankenversicherungsträger und damit für die Versichertengemeinschaft keine unkalkulierbaren Folgekosten aus der Organspende entstehen. Lebenslange Leistungsverpflichtungen für einen ausländischen Organspender/eine ausländische Organspenderin (zB Dialyse) sind demnach nicht umfasst.

Die Verrechnung der Kosten hat in der Folge zwischen den beiden involvierten Trägern zu erfolgen, sodass den Spender/die Spenderin keine Vorleistungspflicht trifft.

Weiters sollen jene Fälle nicht von der Erstattung durch die österreichischen Träger der Krankenversicherung umfasst sein, in denen zwar eine ausländische Krankenversicherung besteht, die nach dem nationalen Recht an sich die Kosten der Spende für den Spender/die Spenderin abdecken würde, der zuständige ausländische Träger sich aber weigert, die Kosten tatsächlich zu übernehmen.

Aus systematischen Gründen erscheint es überdies sinnvoll, die Organspende nicht im Zusammenhang mit dem Eintritt des Versicherungsfalles, sondern in einer eigenen Bestimmung zu regeln.

Zu Art. 1 Z 12, Art. 2 Z 7 und 8, Art. 3 Z 7 und Art. 4 Z 7 (§ 122 Abs. 3a ASVG, § 82 Abs. 5 und 6 GSVG, § 77 Abs. 2 zweiter Satz BSVG sowie § 55 Abs. 1a B-KUVG):

§ 122 Abs. 3a ASVG sowie die entsprechenden Bestimmungen in den Parallelgesetzen sehen unter bestimmten Voraussetzungen einen vorübergehenden Versicherungsschutz für Versicherungsfälle nach dem Ende der Versicherung vor. Durch die vorgenommene Ergänzung soll sichergestellt werden, dass dem betroffenen Personenkreis neben Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit Leistungen der Zahnbehandlung gewährt werden.

Zu Art. 1 Z 16, Art. 2 Z 10, Art. 3 Z 12 und Art. 4 Z 10 (§ 123 Abs. 10 letzter Halbsatz ASVG, § 83 Abs. 7 letzter Halbsatz GSVG, § 78 Abs. 8 letzter Halbsatz BSVG sowie § 56 Abs. 10 letzter Halbsatz B-KUVG):

Der gegenständliche Novellierungsvorschlag beruht auf einer Anregung des Hauptverbandes.

Die derzeitige Regelung der Angehörigeneigenschaft sieht vor, dass Personen dann nicht als Angehörige gelten, wenn sie im Ausland eine Erwerbstätigkeit ausüben, die, würde sie im Inland ausgeübt, eine Pflichtversicherung in der österreichischen Krankenversicherung begründen würde. Bezieherinnen und Bezieher einer ausländischen Pension aus dieser Erwerbstätigkeit sind jedoch nicht von der Angehörigeneigenschaft ausgeschlossen.

Personen, die in solchen Staaten krankenversichert sind, in denen kein System der Pflichtversicherung besteht (zB in Deutschland oder der Schweiz), können bei Pensionseintritt die bestehende ausländische Krankenversicherung beenden. Dies kann bei einer Verlegung des Wohnsitzes nach Österreich dazu führen, dass eine/ein Pensionistin/Pensionist in Österreich Leistungen als anspruchsberechtigte/anspruchsberechtigter Angehörige/Angehöriger in Anspruch nehmen kann, obwohl bis dahin im Ausland Krankenversicherungsbeiträge bezahlt wurden, eine ausländische Pension in oftmals beträchtlicher Höhe bezogen wird und nunmehr für diese Person als Angehörige/Angehöriger keine oder nur geringe Zusatzbeiträge in Österreich entrichtet werden müssen.

Um in solchen Fällen eine ungerechtfertigte Belastung der gesetzlichen österreichischen Krankenversicherung zu vermeiden, soll dieser Personenkreis aus Solidargedanken mit der österreichischen Versicherungsgemeinschaft als konsequente Fortführung der während der

Erwerbstätigkeit bereits bestehenden Ausnahme in Hinkunft auch bei Pensionsbezug von der Anspruchsberechtigung für Angehörige ausgenommen werden. Es ist von keiner umfangreichen Zahl der betroffenen Personen auszugehen.

Zu Art. 1 Z 20 und 21 (§ 153 Abs. 3 ASVG):

Bisher war es den Zahnambulatorien der Sozialversicherungsträger verwehrt in gesamtvertraglichen Vereinbarungen (§§ 341 und 343c Abs. 1 Z 1 ASVG) nicht vorgesehene Leistungen zu erbringen. Durch die vorgeschlagenen Änderungen sollen Maßnahmen zur Vorbeugung von Erkrankungen der Zähne, des Mundes und der Kiefer einschließlich der dazugehörigen Gewebe, zur Verbesserung der Prävention von Erkrankungen in diesem Bereich und die damit verbundene Vermeidung von Folgekosten für die Sozialversicherungsträger durch die Zahnambulatorien durchgeführt werden können. Kostenbeiträge durch die Anspruchsberechtigten können durch die Krankenversicherungsträger nach Maßgabe der Satzung in marktüblicher Höhe vorgesehen werden.

Zu Art. 1 Z 23 (§ 162 Abs. 5 Z 3 ASVG):

Der Ausschluss der Kinderbetreuungsgeld-Bezieherinnen (KBG-Bezieherinnen) vom Anspruch auf Wochengeld wurde im Rahmen der Einführung des Kinderbetreuungsgeldgesetzes durch das BGBl. I Nr. 103/2001 normiert.

Die Erläuternden Bemerkungen führen dazu Folgendes aus:

„Im Falle eines neuerlichen Wochengeldanspruches während des KBG-Bezuges soll - wie schon bisher nach dem Karenzgeldgesetz - das um 80 % erhöhte KBG als Bemessungsgrundlage dienen. Frauen, die mangels Erwerbstätigkeit keinen Anspruch auf Wochengeld anlässlich einer vorangehenden Geburt hatten, sollen durch den bloßen KBG-Bezug nicht den Anspruch auf Wochengeld erwerben. Sie sind hievon ausgeschlossen.“

Es wird vorausgesetzt, dass in Fällen einer neuerlichen Schwangerschaft/Geburt schon anlässlich der vorangegangenen Entbindung Anspruch auf Wochengeld bestand.“

Bei der Vollziehung der gegenständlichen Bestimmung sind allerdings Fälle aufgetreten, in denen ein Ehepaar ein Kind adoptiert und die davor erwerbstätige Mutter in weiterer Folge Kinderbetreuungsgeld (KBG) bezogen hat. Während des KBG-Bezuges ist der Versicherungsfall der Mutterschaft eingetreten. Diese Fallkonstellation ist vom Wortlaut des § 162 Abs. 5 Z 3 ASVG nicht umfasst, sodass in diesen Fällen ein Anspruch auf Wochengeld verwehrt werden muss.

Im Falle des Eintritts des Versicherungsfalls der Mutterschaft während des Bezuges von Kinderbetreuungsgeld ist somit derzeit zwischen Müttern, die zuvor bereits ein Kind geboren haben, und Müttern, die zuvor ein Kind adoptiert oder in Pflege genommen haben, und die jeweils davor einer Erwerbstätigkeit nachgegangen sind, zu unterscheiden.

Die Erläuternden Bemerkungen zu § 162 Abs. 5 Z 3 ASVG zeigen jedoch, dass der Gesetzgeber jene Frauen, die bereits vor dem Bezug von Kinderbetreuungsgeld keiner Erwerbstätigkeit nachgegangen sind, vom Wochengeldbezug ausschließen und somit verhindern wollte, dass der KBG-Bezug einen Anspruch auf Wochengeld auslöst. Andere als in den Erläuternden Bemerkungen geschilderte Fallkonstellationen wie zB die Adoption eines Kindes wurden offenbar nicht bedacht. Daher wurde ein größerer Personenkreis vom Wochengeldanspruch ausgeschlossen als nach dem eindeutigen Inhalt der Erläuternden Bemerkungen beabsichtigt war.

Die sich daraus ergebende Ungleichbehandlung soll durch die Neuregelung des § 162 Abs. 5 Z 3 ASVG beseitigt werden. So sollen nunmehr auch aufgrund einer Adoption Kinderbetreuungsgeld beziehende Frauen, die vor der Adoption erwerbstätig und nur mangels der Voraussetzung der Entbindung vom Wochengeldanspruch ausgeschlossen waren, anlässlich der Geburt eines leiblichen Kindes Wochengeld beziehen.

Österreichweit gibt es ca. 800 bis 1000 Adoptionen pro Jahr. Das Kinderbetreuungsgeld gebührt längstens bis zur Vollendung des 36. Lebensmonats des Kindes, sodass für die gegenständliche Problematik nur „Kleinkindadoptionen“ relevant sind. Ausgehend von diesen Zahlen ist daher nur mit einer geringen finanziellen Mehrbelastung der Krankenversicherungsträger zu rechnen.

Zu Art. 1 Z 24 (§ 176 Abs. 3 ASVG):

Nach den gegenwärtigen gesetzlichen Bestimmungen besteht bei der freiwilligen Teilnahme an Aus- und Fortbildungsveranstaltungen während der Dauer einer Karenz nach dem Mutterschutzgesetz 1979, (MSchG) oder dem Väter-Karenzgesetz (VKG) kein Versicherungsschutz in der Unfallversicherung. Durch die vorgeschlagene Bestimmung sollen nunmehr beim Besuch beruflicher Schulungs(Fortbildungs)kurse im Sinne des § 176 Abs. 1 Z 5 ASVG Leistungen aus der

Unfallversicherung gewährt werden. Für die Beschäftigten und deren Dienstgeber entsteht dadurch der Vorteil, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Teilnahme an beruflichen Schulungskursen animiert werden können, wodurch der Wiedereinstieg dieser in den Beruf nach Ende der Karenz begünstigt wird.

Für die Zeit der Karenz wurde das der Beschäftigung zugrundeliegende Dienstverhältnis lediglich unterbrochen und demnach bereits Unfallversicherungsbeiträge für die in Karenz befindliche Person geleistet, weshalb nur Tätigkeiten während der Karenz in den beitragsfreien Versicherungsschutz einbezogen werden sollen und die Anwendung der Bestimmung ausgeschlossen ist, wenn nicht vor der Karenz eine unfallversicherte Erwerbstätigkeit ausgeübt wurde. Der finanzielle Aufwand wird als vernachlässigbar eingeschätzt, da der Versicherungstatbestand gemäß § 176 Abs. 1 Z 5 ASVG zu maximal fünf Renten aus der Unfallversicherung jährlich führt, in diesem Tatbestand aber weitere geschützte Tätigkeiten enthalten sind (so Unfälle bei der Teilnahme an Lehrabschlussprüfungen, etc.).

Zu Art. 1 Z 25, 28 und 41 (§§ 338 Abs. 1, 348 Abs. 1 und 643 Abs. 3 ASVG):

Zur Erhöhung der Transparenz und Publizität sollen die Gesamtvertragsinhalte sowie allfällige Änderungen und Zusatzvereinbarungen vom Hauptverband im Internet veröffentlicht werden.

Zu Art. 1 Z 26 und 27 (§ 343 Abs. 4 und 5 ASVG):

Durch die vorgeschlagene Bestimmung soll die derzeit geltende einmonatige Kündigungsfrist zum Ende eines Kalendervierteljahres auf nunmehr drei Monate verlängert werden, da es derzeit aufgrund der kurzen Kündigungsfrist in Einzelfällen zu Verzögerungen bei der Nachbesetzung der vertragsärztlichen Stelle und der Fortsetzung der vertragsärztlichen Versorgung der Bevölkerung kommen kann.

Nach geltender Rechtslage kann die Landesschiedskommission die Kündigung für unwirksam erklären, wenn sie für den Arzt/die Ärztin eine soziale Härte bedeutet und nicht eine so schwerwiegende Verletzung des Vertrages vorliegt, dass eine Fortsetzung des Vertrages unzumutbar wäre.

Auf Grund der Erfahrungen in der Praxis ist eine Flexibilisierung des Kündigungsrechtes der Krankenversicherungsträger gegenüber den Ärzten/Ärztinnen notwendig und in diesem Sinne soll nun die „Härtefall-Klausel“ entfallen. Dadurch ist auch die Bestimmung des § 343 Abs. 5 ASVG überflüssig und kann nunmehr ebenfalls entfallen.

Zu Art. 1 Z 31, 32 und 35 (§§ 447f Abs. 3 Z 4 und Abs. 9 sowie 447h Abs. 2 Z 1 ASVG):

Durch die vorgeschlagenen Änderungen erfolgt die Richtigstellung von Verweisen und einer Zitierung.

Zu Art. 1 Z 33 und 34 (§ 447f Abs. 10 und 11 Z 2 ASVG):

Bei den Änderungen handelt es sich um sprachliche Anpassungen aufgrund der Namensänderungen der Betriebskrankenkasse Mond Business Paper (nunmehr Betriebskrankenkasse Mond).

Zu Art. 1 Z 36 (§ 447h Abs. 4 erster Satz ASVG):

Die bisher mit 30. Juni 2009 befristete Berichtspflicht des Hauptverbandes über die Entwicklung der Vorsorge(Gesunden)untersuchungen und die Maßnahmen der Gesundheitsförderung soll nunmehr unbefristet verlängert werden.

Zu Art. 1 Z 37 und 38 (§§ 453 Abs. 3 und 456 Abs. 3 ASVG):

Der Hauptverband hat nach § 455 Abs. 2 ASVG eine Mustersatzung bzw. nach § 456 Abs. 2 ASVG eine Musterkrankenordnung aufzustellen und Bestimmungen dieser Musternormen für alle Versicherungsträger oder bestimmte Gruppen von Versicherungsträgern für verbindlich zu erklären, soweit dies zur Wahrung der Einheitlichkeit der Durchführung sozialversicherungsrechtlicher Bestimmungen notwendig erscheint.

Nach § 453 Abs. 3 ASVG bzw. nach § 456 Abs. 3 ASVG können Änderungen der Mustersatzung, der Satzung des Hauptverbandes oder der Satzungen der Versicherungsträger bzw. Änderungen der Musterkrankenordnung oder der Krankenordnungen, die durch Änderungen der Gesetzeslage oder der Vertragslage erforderlich oder zulässig geworden sind, rückwirkend mit jenem Zeitpunkt vorgenommen werden, mit dem sich die damit zusammenhängende Gesetzeslage oder Vertragslage geändert hat.

Bei gegebener Rechtslage ist die Rückwirkung somit auf Fälle der (vorausgehenden) Änderung der einschlägigen Gesetzes- und der Vertragslage beschränkt, wohingegen es nicht zulässig ist, Satzungs- bzw. Krankenordnungsänderungen auf Grund von (verbindlich erklärten) Änderungen der entsprechenden Musternorm rückwirkend in Kraft zu setzen.

Da es wünschenswert erscheint, Satzungs- bzw. Krankenordnungsänderungen mit dem gleichen Wirksamkeitsbeginn wie die korrespondierenden Bestimmungen der Musternorm auszustatten (den Versicherungsträgern dies aber vielfach nicht möglich ist, zumal derartige Änderungen von den

Verwaltungskörpern beschlossen, von den Aufsichtsbehörden genehmigt und sodann im Internet kundgemacht werden müssen), soll die Rückwirkungsmöglichkeit generell auf Änderungen der einschlägigen Rechtslage erweitert werden.

Davon umfasst sind sodann auch rückwirkende Satzungs- bzw. Krankenordnungsänderungen in Anpassung an Änderungen verbindlicher Bestimmungen der Mustersatzung bzw. Musterkrankenordnung.

Zu Art. 1 Z 40 (§ 625 Abs. 9 letzter Satz ASVG):

Durch die vorgeschlagene Neuformulierung soll es den Sozialversicherungsträgern ermöglicht werden, die in den Abrechnungen der Standardprodukthalter und des Zielrechnungszentrums enthaltenen anteiligen Abschreibungsbeträge ohne zeitliche Begrenzung bei der Verwaltungskostendeckelung in Abzug zu bringen.

Zu Art. 2 Z 3, 6, 7 und 8 sowie Art. 3 Z 4 (§§ 79 Abs. 1 Z 3a, 82 Abs. 2 zweiter Satz, Abs. 5 und 6 GSVG sowie § 75 Z 4 BSVG):

Mit BGBl. I Nr. 103/2001 wurde im Bereich der Sozialversicherung der Selbständigen die Teilzeitbeihilfe durch das Kinderbetreuungsgeld ersetzt. Da der Bezug von Teilzeitbeihilfe auch nach den Übergangsbestimmungen nicht mehr möglich ist, können die betreffenden Bestimmungen zur Rechtsbereinigung nunmehr entfallen.

Zu Art. 2 Z 13 und 14 (§ 85 Abs. 3 Z 2 und 3 GSVG):

Auf Vorschlag der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft soll durch die gegenständliche Änderung nunmehr auch den in der Krankenversicherung weiterversicherten Personen eine Optionsmöglichkeit eröffnet werden; auch sie sollen in Zukunft die Gelegenheit haben, von den angebotenen Optionsmöglichkeiten für SachleistungsbezieherInnen Gebrauch zu machen.

Auf Grund der Erfahrungswerte der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft über die Inanspruchnahme des Optionenmodells ist im Hinblick auf die Zahl der Weiterversicherten von einer eher geringen Zahl (unter 50) von Nutzern auszugehen. Im Bereich der Pflichtversicherten war die Gebarung jeder einzelnen der drei Optionsvarianten im zuletzt evaluierten Jahr (2006) positiv. Es ist daher davon auszugehen, dass im Hinblick auf die Optionsbeiträge und die bisherigen Erfahrungen des Optionenmodells im Bereich der Pflichtversicherten die vorgesehene Neuregelung mit keinen zusätzlichen Kosten für die Krankenversicherung verbunden ist.

Zu Art. 2 Z 15 (§ 327 Abs. 3 GSVG):

Mit Erkenntnis vom 2. April 2008, 2006/08/0165, hat der Verwaltungsgerichtshof festgehalten, dass eine Selbstversicherung in der Krankenversicherung nach § 16 ASVG, die von Gewerbetreibenden vor Einführung der gewerblichen Pflichtkrankenversicherung abgeschlossen wurde, nach dem Gesetzeswortlaut nicht als „Quasi-Pflichtversicherung“, sondern als freiwillige Versicherung anzusehen ist. Es sind daher bei Beendigung der Selbstversicherung nach § 16 ASVG auch beim gegenständlichen Personenkreis die Bestimmungen des § 16 Abs. 6 ASVG anzuwenden.

Für diese Personengruppe ist seit 1. Juli 1994 eine Option in die gesetzliche Krankenversicherung nach dem GSVG nicht mehr möglich, sodass lediglich die freiwillige Versicherung in der Krankenversicherung nach dem ASVG in Frage kommt.

Durch die gegenständliche Regelung soll sichergestellt werden, dass für diesen Personenkreis die Selbstversicherung in der Krankenversicherung nach § 16 ASVG entsprechend der bisher geübten Verwaltungspraxis als „Quasi-Pflichtversicherung“ zu behandeln ist, wonach keine Durchbrechung des Prinzips der Mehrfachversicherung bei mehrfacher sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung erfolgt, sowie weiters eine Schutzbestimmung für die Gewerbetreibenden im Falle eines Zahlungsverzuges gegeben ist; ein Austritt wird gleichsam ausgeschlossen.

Von den insgesamt etwa 5200 Personen umfassenden Gruppe, die als Aktive jemals von der Krankenversicherung nach dem GSVG wegen einer Selbstversicherung nach § 16 ASVG ausgenommen war bzw. noch immer ausgenommen ist, sind nur mehr etwa 470 Personen erwerbstätig.

Zu Art. 3 Z 2 (§ 24b Abs. 3 Z 2 BSVG):

Durch die vorgeschlagene Änderung erfolgt die Richtigstellung eines Zitats.

Zu Art. 3 Z 8 (§ 78 Abs. 2 Z 1 lit. b BSVG):

Die Bezieherinnen und Bezieher von Kinderbetreuungsgeld sind in der Krankenversicherung pflichtversichert (§§ 8 Abs. 1 Z 1 ASVG, 3 Abs. 1 Z 3 GSVG, 4 Z 3 BSVG und 1 Abs. 1 Z 20 B-KUVG).

Für den Ehegatten/die Ehegattin einer Person, die wegen des Bezuges von Kinderbetreuungsgeld nach dem ASVG, GSVG oder B-KUVG in der Krankenversicherung pflichtversichert ist, kommt eine

Anspruchsberechtigung als Angehörige in Betracht. Dies ist im Bereich des BSVG historisch bedingt derzeit nicht der Fall, weshalb die Angehörigeneigenschaft im Bereich des BSVG diesbezüglich erweitert werden soll, um Ungleichbehandlungen zu vermeiden.

Gleichzeitig sollen auch Ehegattinnen/Ehegatten von Personen, welche Präsenz- oder Ausbildungsdienst auf Grund der Bestimmungen des Wehrgesetzes 1990, BGBl. Nr. 305, leisten und nach den Bestimmungen des BSVG in der Krankenversicherung pflichtversichert sind, in den Kreis der Angehörigen im Bereich des BSVG aufgenommen werden.

Zu Art. 4 Z 1 und 2 (§§ 12 Abs. 3 und 4 sowie 15a B-KUVG):

Um den Krankenversicherungsanspruch der Versicherten möglichst zeitnah abbilden zu können, haben seit der Einführung der e-card kurze Meldewege zunehmend an Bedeutung gewonnen. Der Krankenversicherungsträger kann dieser Anforderung unter dem Gesichtspunkt der Verfahrensökonomie am ehesten dadurch gerecht werden, dass An-, Ab- und Änderungsmeldungen statt in Papierform im elektronischen Wege übermittelt werden.

Da eine entsprechende gesetzliche Verpflichtung der Dienstgeber/Dienstgeberinnen - im Unterschied zum ASVG - im B-KUVG bis dato noch nicht vorgesehen ist, soll auf Anregung der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter eine dahingehende Verpflichtung nunmehr auch im Bereich des B-KUVG gesetzlich verankert werden.

Des Weiteren soll die im § 34 Abs. 2 ASVG verankerte Verpflichtung der Dienstgeber/Dienstgeberinnen zur elektronischen Übermittlung der Beitragsnachweisungen für den Bereich des B-KUVG - in dem unterschiedliche Einzahlungsfristen bestehen - dahingehend adaptiert werden, dass die Dienstgeberin/der Dienstgeber dazu verpflichtet wird, die Gesamtsumme der im Beitragszeitraum anfallenden Beitragsgrundlagen und Beiträge vor der Einzahlung der Beiträge sowie die jeweilige Arbeitsstätte der Dienstnehmerinnen und Dienstnehmer mittels elektronischer Datenfernübertragung zu melden.

Zudem soll die Verpflichtung zur elektronischen Übermittlung von Beitragsgrundlagennachweisen, die sowohl für die Beitragskontrolle aber auch für die Ermittlung der Rezeptgebührenobergrenze notwendig sind, ausdrücklich in das B-KUVG aufgenommen werden.

Dienstgeber nach dem B-KUVG (etwa Bund, Länder oder auch Universitäten) fallen nicht unter die gemäß § 14a Abs. 3 BHG erlassenen Richtlinien des Bundesministers für Finanzen zur Anwendung des Standardkostenmodells, sodass die durch die Regelung entstehenden Verwaltungskosten nicht darzustellen sind.

Zu Art. 4 Z 11 und 12 (§ 133 Abs. 1 dritter und vierter Satz B-KUVG):

Aufgrund der mit 1. Mai 2004 erfolgten Auflösung der Finanzlandesdirektionen soll für die mit 1. Jänner 2010 zu erfolgende Neuentsendung der Versicherungsvertreter aus der Gruppe der Dienstgeber für die Landesstellenausschüsse nunmehr der Bundesminister für Finanzen zuständig sein.

Zu Art. 4 Z 13 und 14 (§§ 133 Abs. 1 vorletzter Satz und 216 B-KUVG):

Mit dem Sozialrechts-Änderungsgesetz 2006 - SRÄG 2006, BGBl. I Nr. 131/2006 - wurde für den Bereich des ASVG, GSVG sowie für das BSVG vorgesehen, dass bei der Entsendung von Versicherungsvertreterinnen und Versicherungsvertretern durch die entsendeberechtigten Stellen nicht nur auf die fachliche Eignung, sondern auch auf ein Erreichen der Geschlechterparität in den Verwaltungskörpern Bedacht zu nehmen ist. Durch die nunmehr vorgesehene Änderung sollen die bereits bestehenden Regelungen in den Sozialversicherungsgesetzen harmonisiert und vervollständigt werden.

Zu Art. 5 Z 1 und 2 (§§ 3 Abs. 1 und 6 Abs. 5 DAG):

Das Dienstgeberabgabegesetz normiert, dass Dienstgeber/Dienstgeberinnen unter bestimmten Voraussetzungen für alle bei ihnen geringfügig beschäftigten Personen eine pauschalierte Abgabe an den für die Anmeldung zuständigen Krankenversicherungsträger zu entrichten haben. Nach § 3 DAG dienen 23,5 % der Erträge aus der Dienstgeberabgabe der Finanzierung der Krankenversicherung der geringfügig beschäftigten Personen und sind vom einzuhebenden Krankenversicherungsträger an den Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen nach § 447a ASVG zu überweisen; 76,5 % der Erträge aus der Dienstgeberabgabe dienen der Finanzierung der Pensionsversicherung und sind vom einzuhebenden Krankenversicherungsträger an die Pensionsversicherungsanstalt zu überweisen.

Da die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau nicht mehr Mitglied des Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen ist, wurde, um sicherzustellen, dass die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau die entsprechenden Anteile aus der Dienstgeberabgabe erhält, normiert, dass die anteiligen Erträge aus der Dienstgeberabgabe von der Versicherungsanstalt einzubehalten ist.

Da auch die Betriebskrankenkassen nicht Mitglied des Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen sind, soll für diese dieselbe Vorgehensweise wie bei der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau festgelegt werden, sodass die anteiligen Erträge von den Betriebskrankenkassen direkt einbehalten und nicht an den Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen abgeführt werden sollen.

Gleichzeitig erfolgt eine legistische Klarstellung in Bezug auf den Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen.

Finanzielle Erläuterungen

Aus finanzieller Sicht sind folgende Maßnahmen hervorzuheben:

Zu Art. 1 Z 2 (§ 8 Abs. 1 Z 3 lit. j ASVG):

Da es sich bei der Mitgliedschaft in den amtlichen Weinkostkommissionen um ein unbesoldetes Ehrenamt handelt - den Kostern und Kosterinnen gebührt lediglich eine Aufwandsentschädigung - wird die Beitragslast vom Bund (Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft, § 74 Abs. 3 Z 5 ASVG) übernommen. Nach § 74 Abs. 1 Z 2 ASVG beträgt der für den/die einzelne/n Versicherte/n monatlich zu zahlende Beitrag 1,97 Euro (Stand 2009). Da nach Schätzungen der zuständigen Stellen ca. 50 bis 100 Personen betroffen sein werden, ist mit einem aus dem Budget des Bundesministeriums für Land- und Forstwirtschaft zu bezahlenden Aufwand in der Höhe von 2000 Euro jährlich zu rechnen.

Zu Art. 1 Z 7 und 8, 13 bis 17, Art. 2 Z 1 und 2 sowie 9 bis 12, Art. 3 Z 1 und 3 sowie 9 bis 12 und Art. 4 Z 3 und 4 sowie 8 und 9 (§§ 51d Abs. 3 Z 1, 3 und 4, 123 Abs. 7a und 7b, 9 sowie 10, und 124 Abs. 1 ASVG, §§ 27c Abs. 3 Z 1, 3 und 4 sowie 83 Abs. 6 bis 8a GSVG, §§ 24b Abs. 3 Z 1, 3 und 4 sowie 78 Abs. 6 bis 6b und 8 BSVG sowie §§ 20b Abs. 3 Z 1, 3 und 4 sowie 56 Abs. 6a und 6b B-KUVG):

Im Zusammenhang mit den vorgeschlagenen Änderungen bei der Angehörigeneigenschaft von mit der/dem Versicherten nicht verwandten Personen ist keine wesentliche finanzielle Mehrbelastung der Krankenversicherungsträger zu erwarten, da in Fällen, in denen weder Kinder erzogen noch die/der Versicherte gepflegt werden, ohnedies ein Zusatzbeitrag nach § 51d ASVG geleistet werden muss.

Im Zuge der Neuregelung der Angehörigeneigenschaft von mit der/dem Versicherten nicht verwandten Personen durch das Sozialrechts-Änderungsgesetz 2006 (BGBl. I Nr. 131/2006) wurden nach wie vor wirksame weitreichende Übergangsbestimmungen (§ 628 ASVG, § 314 GSVG, die §§ 304 und 307 BSVG sowie die §§ 216 und 217 B-KUVG) geschaffen, um die Wahrung bereits bestehender Ansprüche sicher zu stellen.

Es ist somit davon auszugehen, dass es durch die vorgeschlagene Änderung zu keiner umfangreichen Ausweitung des anspruchsberechtigten Personenkreises kommen wird.

Hinsichtlich der Absicherung der pflegenden Angehörigen ist von folgendem Mengengerüst auszugehen:

Im Jahr 2007 gab es in der Krankenversicherung 2,1 Mio. beitragsfrei anspruchsberechtigte Angehörige, wobei auch für Kinder, Angehörige, die sich der Kindererziehung widmen sowie für pflegende und pflegebedürftige Angehörige ab der Pflegegeldstufe 4 kein Zusatzbeitrag zu leisten ist.

Österreichweit beziehen 28 928 Personen Pflegegeld in Höhe der Stufen 3 bis 7 nach den Landespflegegeldgesetzen (Stand Dezember 2007); 155 494 haben einen Anspruch auf Pflegegeld in Höhe der Stufen 3 bis 7 nach dem BPGG (Stand November 2008, ausgenommen Landeslehrer und Opferfürsorge). In die Pflegestufe 3 sind rund 69 000 Personen eingereiht.

Dem Endbericht über die „Situation pflegender Angehöriger“ des Österreichischen Bundesinstituts für Gesundheitswesen im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales und Konsumentenschutz, September 2005, entnehmend, werden 80 % der pflegebedürftigen Personen zu Hause durch Angehörige gepflegt. 30 % aller Hauptpflegepersonen gehen einer bezahlten Erwerbstätigkeit nach, wobei die Zahl mit der Betreuung von Pflegegeldbezieher/innen der Stufen 4 bis 7 auf 26 % abnimmt. Rund 70 % der pflegenden Angehörigen üben keine Erwerbstätigkeit aus.

Aufgrund einer Berufstätigkeit oder einer Eigenpension sind 70 % der pflegenden Angehörigen krankenversichert, wogegen 27 % bei ihrem Ehe-/Lebenspartner mitversichert sind; somit verfügen nur 3 % der Angehörigen über keine Krankenversicherung, woraus sich ein möglicher berechtigter Personenkreis von 1600 Fällen ergibt.

Durch die vorgeschlagene Neuregelung kann sich somit eine finanzielle Mehrbelastung auf Grund der Ausweitung auf die Pflegestufe 3 im oben genannten Umfang sowie durch die Ausweitung des

pfllegenden Personenkreises auf den 4. Grad der Verwandtschaft bei den bereits derzeit begünstigten Pflegestufen 4 bis 7 kommen.

Die beitragsfreie Mitversicherung für pflegende Angehörige führt zu einer finanziellen Mehrbelastung der Krankenversicherungsträger in nicht voraus bestimmbarer Höhe.

Zu Art. 1 Z 10 und 11, Art. 2 Z 4 und 5, Art. 3 Z 5 und 6 sowie Art. 4 Z 5 und 6 (§§ 120 und 120a samt Überschrift ASVG, §§ 80 und 80a samt Überschrift GSVG, §§ 76 und 76a samt Überschrift BSVG sowie §§ 53 und 53a samt Überschrift B-KUVG):

Soweit die Krankenversicherungsträger über entsprechende Fallzahlen bei der Organtransplantation verfügen, reichen diese zwischen vier einschlägigen Fällen in den letzten 25 Jahren (Sozialversicherungsanstalt der Bauern) über einen bis zu maximal 10 Fällen pro Jahr; pro Fall wird in etwa mit Kosten in der Größenordnung von 7 000 Euro bis 10 000 Euro zu rechnen sein.

Zu Art. 2 Z 13 und 14 (§ 85 Abs. 3 Z 2 und 3 GSVG):

Mit der Erweiterung der Optionsmöglichkeit auf Weiterversicherte sind aufgrund der geringen Zahl an potentiellen Nutzern keine zusätzlichen Kosten für die Krankenversicherung verbunden.

Zu Art. 5 Z 1 (§ 3 Abs. 1 DAG):

Laut Berechnungen des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger wurden insgesamt im Jahre 2007 12 366,72 Euro, im Jahre 2006 14 716,41 Euro und im Jahre 2005 16 258,99 Euro von den Betriebskrankenkassen an den Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen weitergeleitet.