

Die Besonderheiten der Krankenversicherungs-Option „Selbst-/Pflichtversicherung gem. §§ 14a/14b GSVG“ und die in diesem Zusammenhang wichtigsten Regelungen des Versicherungs- und Beitragsrechtes des GSVG (zu Frage 3.4)

1. Die Selbstversicherung gemäß § 14a GSVG

Die für diese Selbstversicherung, die von den selbständig erwerbstätigen ZT im Rahmen ihrer gemäß § 5 GSVG zwingend zu treffenden Wahl beantragt werden kann, geltenden Bestimmungen lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Die Wahl dieser Selbstversicherung ist nur möglich, wenn neben der selbständigen ZT-Tätigkeit **keine** Pflichtversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung (zB als Dienstnehmer, Lehrbeauftragter, Landwirt, Pensionist oder auch infolge Bezuges von Kinderbetreuungs- oder Weiterbildungsgeld) besteht (§ 14a Abs 1 Z 1 iVm § 14b Abs 1 GSVG).

Die Selbstversicherung gemäß § 14a GSVG ist somit nicht nur bei ausschließlicher selbständiger ZT-Tätigkeit möglich, sondern auch, wenn aufgrund einer anderen Erwerbstätigkeit keine Pflichtversicherung in der Krankenversicherung eintritt, zB weil die Einkünfte daraus die ASVG-Geringfügigkeitsgrenze nicht übersteigen (*siehe Frage 4.6*).

- **Beginn der Selbstversicherung** ist der Zeitpunkt, den der ZT wählt (§ 14c Abs 1 GSVG, erster Satz). Da eine verpflichtend gewählte Selbstversicherung gemäß § 14a GSVG mit Beginn der Krankenversicherungspflicht bestehen muss, wenn, nicht der Beitritt zur GKV erfolgt, wird der Zeitpunkt, den der betroffene ZT wählt, jener der Erlangung der (aufrechten) ZT-Befugnis sein müssen. Nur in jenen Fällen, in denen ein Gesellschafter(-Geschäftsführer) einer ZT-Gesellschaft zunächst ausschließlich im Rahmen eines Dienstverhältnisses im Sinne des § 14 Abs. 4 und Abs. 5 ZTG mit Krankenpflichtversicherung gem. § 7 Z 1 lit. g) ASVG tätig ist, beginnt die Teilnahmepflicht erst zu dem Zeitpunkt, ab dem er als ZT (auch) selbständig tätig wird.

In jenen Fällen, in denen eine Pflichtversicherung gem. § 14b Abs. 1 Z 1 GSVG infolge Aufgabe der Erwerbstätigkeit, die zu dieser Pflichtversicherung geführt hatte, weggefallen ist, kommt es im Anschluss an diese Pflichtversicherung automatisch zur Selbstversicherung gem. § 14a GSVG, wenn (bzw. seit 2011: *solange*) der ZT nicht der Gruppenkrankenversicherung beiträgt (§ 14c Abs. 1 GSVG, zweiter Satz, iVm. § 14a Abs. 3 GSVG).

- **Die Selbstversicherung endet**

- mit dem Letzten des Kalendermonats, in dem die Kammermitgliedschaft endet (§ 14c Abs 2 Z 1 GSVG) oder
- wenn eine Pflichtversicherung gemäß § 14b GSVG eintritt (§ 14c Abs 2 Z 3 GSVG).

Hat sich daher ein ZT im Rahmen seiner verpflichtenden Wahl einmal für die Selbstversicherung gemäß § 14a GSVG entschieden, so endet diese – wenn nicht in der Zwischenzeit Pflichtversicherung gemäß § 14b GSVG eintritt – erst mit dem Erlöschen bzw. der Aberkennung der Befugnis. **Ruhen der Befugnis reicht dafür nicht aus, führt aber zur Ausnahme von der Selbstversicherung für die Dauer des Ruhens:**

- **Ausnahme von der Selbstversicherung für die Dauer des Ruhens der Berechtigung**

Anders als dies bei der GKV der Fall ist, sind ZT allerdings – so die Praxis der SVAgW in analoger Anwendung der Ausnahmebestimmung des § 4 Abs. 1 Z 1 GSVG – für die Dauer des Ruhens der Befugnis (§ 17 ZTG) von der Selbstversicherung gem. § 14a GSVG ausgenommen. Wird die selbständige Berufsausübung wieder aufgenommen, lebt die Selbstversicherung gem. § 14a automatisch wieder auf (kein Wahlrecht).

- Für die **Ermittlung der Beitragsgrundlage** sind die allgemein gültigen Bestimmungen der §§ 25 ff GSVG (*siehe nachstehenden Pkt. 3.4*) heranzuziehen (§ 14e Z 3 GSVG).

Allerdings ist zu beachten, dass zwar für die Selbstversicherung gemäß § 14a GSVG grundsätzlich die Regeln für die Pflichtversicherung gemäß § 2 Abs 1 Z 4 GSVG („Neue Selbständige“) gelten (§ 14g GSVG), nicht jedoch die im Rahmen des § 14a GSVG an sich in Frage kommende (höhere) Versicherungsgrenze I (§ 4 Abs 1 Z 5 iVm § 25 Abs 4 Z 2 lit a GSVG), weil die Ausnahme von der Pflichtversicherung gem. § 2 Abs. 1 Z 4 GSVG (= Opting out) dem Wortlaut des § 5 Abs 1 GSVG nach voraussetzt, dass ein Leistungsanspruch in der Krankenversicherung jedenfalls bestehen muss. Die Anwendung der Versicherungsgrenze I würde dem entgegenstehen.

Die Krankenversicherungsbeiträge zur Selbstversicherung gemäß § 14a GSVG sind daher zumindest von der Versicherungsgrenze I (wie von einer „Mindestbeitragsgrundlage“) zu entrichten. Diese beträgt € 537,78 pM = € 6.453,36 pa. Bei diesen Beträgen handelt es sich im Gegensatz zur „kleinen“

Versicherungsgrenze II (*siehe nachstehenden Pkt. 2.*) nicht um veränderliche Werte^{*}.

In dieser Frage - Anwendung der Versicherungsgrenzen – besteht somit zwischen der Selbstversicherung gem. § 14a und der Pflichtversicherung gem. § 14b GSVG ein wesentlicher Unterschied: Während die niedrigere Versicherungsgrenze II (= ASVG-Geringfügigkeitsgrenze) im Falle der Pflichtversicherung gem. § 14b GSVG anzuwenden ist (*siehe nachstehenden Pkt. 3.2*), trifft dies bei der Selbstversicherung gem. § 14a GSVG hinsichtlich der höheren Versicherungsgrenze I nicht zu

- Der **Beitragssatz** beträgt – so wie für alle anderen Erwerbstätigen, die nach dem GSVG krankenpflichtversichert sind – (Stand 2015) 7,65 % (§ 14f Z 1 iVm §§ 27a und 27d GSVG).

Es sind somit von der Versicherungsgrenze I als „Mindestbeitragsgrundlage“ (*siehe vorstehend*) mindestens EUR 41,14 pm. x 12 = EUR 493,68 an Beiträgen zur Krankenversicherung zu entrichten.

- **Keine Mitversicherung als Angehörige:** Die Selbstversicherung gemäß § 14a GSVG ist „einer Pflichtversicherung gleichzuhalten“ (§ 14g Abs 2 GSVG), es sind daher ausdrücklich „alle für die Pflichtversicherung maßgebenden Bestimmungen anzuwenden“, soweit sich aus den vorstehenden Ausführungen nichts anderes ergibt (§ 14g Abs 1 GSVG).

Dies beinhaltet auch, dass ZT – wie auch die Mitglieder aller anderen kammervertretenden Freien Berufe – **nicht als Angehörige in der gesetzlichen Krankenversicherung ihrer Ehegatten mitversichert** sein können (§ 123 Abs. 9 lit. a) ASVG, § 56 Abs. 9 lit. a) B-KUVG, § 83 Abs. 6 lit. a) GSVG und § 78 Abs. 6 lit. a) BSVG).

In diesem Zusammenhang sollte aber beachtet werden, dass ZT im Sinne der vorstehenden Ausführungen für die Dauer des Ruhens ihrer Berechtigung von der Selbst-/Pflichtversicherung gem. §§ 14a/14b GSVG ausgenommen sind und daher in Folge des Ausschlusses von der Mitversicherung als Angehöriger für die Dauer des Ruhens der Berechtigung eine Lücke des Krankenversicherungsschutz für den Fall eintritt (eintreten kann), dass der ZT die Selbstversicherung gem. § 14a GSVG gewählt hat. Sofern für den Zeitraum des Ruhens der Berechtigung kein Krankenversicherungsschutz – z.B. einer anderen Erwerbstätigkeit – besteht, bietet sich lediglich die Weiterversicherung in der Krankenversicherung gem. § 8 GSVG

^{*} Daran ändert sich in Bezug auf die Krankenversicherung auch in Zukunft nichts, da die ab 01.01.2019 vorgesehene Anpassung der Versicherungsgrenze I an die für Pflichtversicherte gem. § 2 Abs. 1 Z 1 – 3 GSVG geltenden Mindestbeitragsgrundlagen ausdrücklich nur die Pensionsversicherung betrifft (§ 25 Abs. 4a GSVG, letzter Satz).

an (siehe Anlage 8, Pkt. 7.), da ein Wechsel zur Selbstversicherung gem. § 16 ASVG aufgrund der 60monatigen Sperrfrist des § 16 Abs. 3 ASVG ebenso nicht in Betracht kommt, wie in vielen Fällen – insbesondere aus Kostengründen im höheren Alter – eine neu abzuschließende kurzfristige private Krankenversicherung.

Mit der Weiterversicherung in der Krankenversicherung gem. § 8 GSVG ist allerdings der Nachteil verbunden, dass die Beiträge zu dieser freiwilligen Versicherung grundsätzlich von der Höchstbeitragsgrundlage zu entrichten sind und eine Herabsetzung der Beitragsgrundlage nur unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen Verhältnisse auf Antrag möglich ist, wobei diese von der SVAgW allerdings umfassend geprüft werden müssen, d.h. es sind nicht nur die Einkünfte aus der freiberuflichen Tätigkeit heranzuziehen sondern zutreffendenfalls auch Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Unterhaltsansprüche, etc. (siehe in diesem Sinne auch Seite 3 der Anlage 6 zur Selbstversicherung gem. § 16 ASVG).

Für diese Weiterversicherung in der Krankenversicherung wird somit nicht automatisch die Beitragsgrundlage zur bisherigen Selbstversicherung gem. § 14a GSVG weitergeführt, es sollte daher ein etwaiger Herabsetzungsantrag gleichzeitig mit dem Antrag auf Einbeziehung in die Weiterversicherung gestellt werden.

Im einen oder anderen Fall könnte es daher empfehlenswert sein, auf das Ruhen der Berechtigung zu verzichten.

2. Die Pflichtversicherung gemäß § 14b GSVG

Die Pflichtversicherung gemäß § 14b Abs 1 GSVG ist ihrem Wesen nach ebenso eine Selbstversicherung iSd § 5 GSVG, wie die Selbstversicherung gemäß § 14a GSVG, sie tritt ein, wenn der ZT nicht die GKV wählt. Als Pflichtversicherung wurde sie nur deshalb normiert, um auch die grundsätzlich nicht mehr der Versicherungspflicht des § 5 GSVG unterliegenden Pensionisten eines Berufsstandes der kammervetretenen Freien Berufe doch wieder mit ihrer Pension der verpflichtenden Krankenversicherung gemäß § 5 GSVG zu unterwerfen, wenn sie neben ihrer Pension eine aufgrund einer Erwerbstätigkeit, einer (weiteren) Pension aus der gesetzlichen Sozialversicherung, etc. in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind (siehe Fragen 4.7 und 4.8 sowie die Anlagen 13 und 14).

Die für diese Pflichtversicherung geltenden wesentlichen Bestimmungen können wie folgt zusammengefasst werden:

- Pflichtversicherung gemäß § 14b Abs 1 GSVG besteht immer unter der Voraussetzung, dass ein selbständig tätiger ZT insbesondere aufgrund einer anderen Erwerbstätigkeit (zB als Dienstnehmer, Lehrbeauftragter, Gewerbetreibender, Landwirt etc), des Bezuges von Kinderbetreuungs- oder Weiterbildungsgeld oder einer Pension aus der gesetzlichen Pensionsversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert ist und er sich nicht für die GKV entschieden hat.

Tritt daher bei einem ZT die Voraussetzung für die Pflichtversicherung gemäß § 14b GSVG ein, kommt es automatisch zu dieser Pflichtversicherung, wenn sich der ZT für die Option

- „Selbstversicherung gemäß § 14a GSVG“ oder
- „Selbstversicherung gemäß § 16 ASVG“

entschieden hatte, im Falle der „Selbstversicherung gemäß § 16 ASVG“ allerdings nur, wenn er zum Zeitpunkt des Ausscheidens aus dieser Selbstversicherung wegen Vorliegens der Voraussetzung für die Pflichtversicherung gemäß § 14b GSVG nicht – als „Zweitwahl“ – die GKV wählt. Ist der ZT aufgrund der von ihm getroffenen Wahl gemäß § 14a GSVG krankenversichert, tritt der Wechsel zur Pflichtversicherung gemäß § 14b GSVG hingegen zwingend ein, weil der direkte Wechsel zur Selbstversicherung gem. § 16 ASVG oder zur GKV nicht möglich ist (siehe Fragen 1.11 und 3.3).

- **Beginn der Pflichtversicherung gemäß § 14b GSVG** ist der Zeitpunkt, zu dem eine weitere Pflichtversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung begründet wird (§ 14d Abs 1 GSVG).
- **Die Pflichtversicherung gemäß § 14b GSVG endet** mit dem Wegfall der Voraussetzung für diese Pflichtversicherung, nämlich mit Aufgabe der Erwerbstätigkeit oder Ende des Kinderbetreuungs- oder Weiterbildungsgeldbezuges, die (der) die Pflichtversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung begründet und damit zum Eintritt der „Pflichtversicherung“ gemäß § 14b GSVG geführt hat.

Anders als bei der Selbstversicherung gemäß § 14a GSVG, die jedenfalls erst mit dem Erlöschen der Befugnis endet, wenn nicht vorher Pflichtversicherung gemäß § 14b GSVG eintritt, kann zum Zeitpunkt der Beendigung der Pflichtversicherung gemäß § 14b GSVG im Rahmen einer „Zweitwahl“ wieder zwischen der Selbstversicherung gemäß § 14a GSVG oder der GKV gewählt werden (Art 4 Abs 3 GKVV).

Aufgrund des § 14a Abs. 3 GSVG ist diese „Zweitwahl“ allerdings insoweit eingeschränkt, als im Anschluss an die Beendigung der Pflichtversicherung gem. § 14b Abs. 1 Z 1 GSVG zwingend Selbstversicherung gem. § 14a GSVG

eintritt, wenn (bzw. seit 2011: *solange*) der ZT nicht – der SVAgW gegenüber nachgewiesen – der GKV beiträgt. Zu diesem Zweck teilt die SVAgW dem ZT anlässlich dem Ende der Pflichtversicherung gem. § 14b GSVG mit, dass er ab diesem Zeitpunkt gem. § 14a GSVG in der Krankenversicherung selbstversichert ist, wenn die SVAgW nicht schon über den Datenverkehr mit der bAIK darüber Kenntnis erlangt hat, dass er der GKV beigetreten ist (siehe Frage 1.12).

- Für die **Ermittlung der Beitragsgrundlage** sind die allgemein gültigen Bestimmungen der §§ 25 ff GSVG (*siehe nachstehenden Pkt. 3.4*) heranzuziehen (§ 14e Z 3 GSVG).

Auch für die Pflichtversicherung gemäß § 14b GSVG sind gemäß § 14g GSVG grundsätzlich die Regeln der Pflichtversicherung gemäß § 2 Abs 1 Z 4 GSVG („Neue Selbständige“) anzuwenden, dies gilt – anders als bei der Selbstversicherung gemäß § 14a GSVG – auch für die Anwendung der Versicherungsgrenze:

Im Zusammenhang mit der Pflichtversicherung gemäß § 14b GSVG kommt jedoch nur die „kleine“ Versicherungsgrenze II (§ 4 Abs 1 Z 6 iVm § 25 Abs 4 Z 2 lit b GSVG) in Betracht, bei dieser handelt es sich im Gegensatz zur „höheren“ Versicherungsgrenze I (siehe Pkt. 1.) um einen veränderlichen Wert, dieser entspricht der Geringfügigkeitsgrenze des ASVG und beträgt für das Jahr 2015 € 405,98* pM x 12 = € 4.871,76 pa.

Ist die Pflichtversicherung gemäß § 14b GSVG deshalb eingetreten, weil der ZT mit einer weiteren Erwerbstätigkeit als „Gewerbetreibender“ gemäß § 2 Abs 1 Z 1 bis 3 GSVG pflichtversichert ist, so gelten für die gesamten Einkünfte die Mindestbeitragsgrundlagen der „Gewerbetreibenden“ (§ 25 Abs 4 GSVG, vorletzter Satz).

Der große Vorteil der Pflichtversicherung gemäß § 14b GSVG gegenüber der GKV besteht darin, dass eine doppelte und mehrfache Versicherung mit Beiträgen/Prämien über die Höchstbeitragsgrundlage hinaus nicht entstehen kann. Dies deshalb, weil (nur) im Rahmen der „Pflichtversicherung“ gemäß § 14b GSVG die Regeln der gesetzlichen Mehrfachversicherung (Beitragserstattung, Differenzvorschreibung, Befreiung von der Zahlungspflicht – siehe nachstehend Pkt. 3.1) in Anspruch genommen werden können.

- Der **Beitragssatz** beträgt – so wie für alle anderen Erwerbstätigen, die nach dem GSVG krankentpflichtversichert sind – (Stand 2015) 7,65 % (§ 14f Z 1 iVm §§ 27a und 27d GSVG).
- Für die Durchführung der Pflichtversicherung gemäß § 14b GSVG sind laut dem eindeutigen Wortlaut des § 14g GSVG alle für die Pflichtversicherung

maßgebenden Bestimmungen anzuwenden, soweit nichts anderes bestimmt ist, dh soweit sich für die Pflichtversicherung gemäß § 14b GSVG aus den vorstehenden Ausführungen nichts anderes ergibt.

Dies gilt auch für den **Grundsatz der Mehrfachversicherung**: Wer gleichzeitig mehrere Erwerbstätigkeiten ausübt, ist – von wenigen Ausnahmen abgesehen – in der gesetzlichen Krankenversicherung mehrfachversichert (*siehe nachstehenden Pkt. 3.1*).

3. Die wichtigsten Regelungen des Versicherungs- und Beitragsrechtes des GSVG, soweit sie für den ZT von Bedeutung sein können

3.1 Die Regeln der „Mehrfachversicherung“ in der gesetzlichen Krankenversicherung

Die Mehrfachversicherung bewirkt, dass bei der Beitragsbemessung alle Erwerbseinkommen zu berücksichtigen sind, allerdings insgesamt nur bis maximal zur Jahreshöchstbeitragsgrundlage. Im Rahmen der Mehrfachversicherung müssen daher die Beiträge doppelt (und mehrfach) bezahlt werden, zB von der Beitragsgrundlage nach dem ASVG als Dienstnehmer oder Lehrbeauftragter und – getrennt davon – von der Beitragsgrundlage nach dem GSVG als selbständig erwerbstätiger ZT, der sich für die Selbst-/Pflichtversicherung gem. §§ 14a/14b GSVG entschieden hat, jeweils maximal von der (monatlichen) Höchstbeitragsgrundlage.

Einerseits ist also im Rahmen der Mehrfachversicherung vorgesehen, jeweils getrennt Beiträge bis zur (monatlichen) Höchstbeitragsgrundlage zu leisten, andererseits sind die Beiträge insgesamt nur maximal von der Jahreshöchstbeitragsgrundlage (2015: € 65.100,--*) zu entrichten. Um die Beitragsbelastung über diese Jahreshöchstbeitragsgrundlage hinaus zu vermeiden, sieht das System der gesetzlichen Mehrfachversicherung einerseits die Möglichkeit der **Beitragerstattung** und (zum Teil) auch vorweg die der **Differenzvorschreibung** vor.

Im Rahmen des Opting out aus der Krankenpflichtversicherung gemäß § 5 GSVG kommen die Regelungen der gesetzlichen Mehrfachversicherung nur bei Wahl bzw Eintritt der Pflichtversicherung gemäß § 14b GSVG in Betracht: Da die Krankenversicherungs-Optionen „Selbstversicherung gemäß § 16 ASVG“ und „Selbstversicherung gemäß § 14a GSVG“ nur von jenen ZT gewählt werden können, die ausschließlich als selbständige ZT tätig sind (*siehe Frage 1.6*), ist eine

Mehrfachversicherung im vorstehenden Sinne bei diesen nicht denkbar. Bei Wahl der GKV und gleichzeitiger Pflichtversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung hingegen entsteht doppelte und mehrfache Beitragspflicht, ohne die Regelungen der gesetzlichen Mehrfachversicherung in Anspruch nehmen zu können, weil die GKV nicht Teil des gesetzlichen Krankenversicherungssystems ist.

Die folgenden Ausführungen haben somit nur für jene ZT Bedeutung, für die Pflichtversicherung gemäß § 14b GSVG eingetreten ist:

- **Beitragserstattung (§ 36 GSVG, § 70a ASVG, § 33c BSVG)**

Die Erstattung von über die jeweilige Jahreshöchstbeitragsgrundlage hinaus bezahlten Beiträgen erfolgt auf Antrag, der innerhalb von drei Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres – bei sonstigem Verlust des Antragsrechtes – an einen der beteiligten Versicherungsträger gestellt werden muss. Die Erstattung erfolgt in der Krankenversicherung in Höhe von 4% jener Beitragsgrundlage, von der über die Jahreshöchstbeitragsgrundlage hinaus Pflichtbeiträge entrichtet worden sind. Dieser Prozentsatz gilt für alle mehrfach Pflichtversicherten, unabhängig von der Höhe der (unterschiedlichen) Beitragssätze, die während des Jahres auf die verschiedenen Bezüge/Einkünfte Anwendung gefunden haben. Für Zeiträume, für die ein Zusatzbeitrag für Angehörige gem. § 27c GSVG (3,4 %) geleistet wurde, beträgt die Erstattung 7,4 %.

- **Differenzvorschreibung, „Befreiung von der Zahlungspflicht“ (§ 35b GSVG, § 33b BSVG)**

Neben der Möglichkeit der Erstattung von „zuviel“ bezahlten Krankenversicherungsbeiträgen ist im GSVG und BSVG auch vorgesehen, dass die Beiträge nach dem GSVG/BSVG auf Antrag schon von vornherein nur mehr von der auf die Jahreshöchstbeitragsgrundlage fehlenden Differenz vorgeschrieben werden.

Ist somit ein ZT neben seiner selbständigen Berufsausübung zB auch Dienstnehmer oder Lehrbeauftragter und übersteigt er mit seinen Bezügen/Einkünften insgesamt die Jahreshöchstbeitragsgrundlage, kann er bei der SVAgW am Beginn oder noch während eines Jahres einen solchen Antrag auf **Differenzvorschreibung oder**, wenn er als Dienstnehmer bereits nach dem ASVG oder B-KUVG die Jahreshöchstbeitragsgrundlage erreicht, auf **„Befreiung von der Zahlungspflicht“** stellen.

Im Falle der Konstellation „§ 14b GSVG neben BSVG-Pflicht als Landwirt“ ist ein etwaiger Antrag auf Differenzvorschreibung/Befreiung von der Zahlungspflicht nicht

an die SVAgW sondern an die SVAB zu stellen: Die Beitragspflicht nach dem GSVG geht jener nach dem BSVG vor.

Besteht Pflichtversicherung sowohl nach § 14b GSVG (als ZT) als auch nach § 2 Abs. 1 Z 1 – 3 GSVG als „Gewerbetreibender“ und/oder nach § 2 Abs. 1 Z 4 GSVG als „Neuer Selbständiger“ (zB Aufsichtsrat), tritt Mehrfachversicherung nicht ein, die Beitragsgrundlagen werden – max bis zur jeweiligen Jahreshöchstbeitragsgrundlage – addiert. Ein gesonderter Antrag ist daher nicht erforderlich.

Tipp: Es sollte immer der Differenzvorschreibung/„Befreiung von der Zahlungspflicht“ der Vorzug vor der Beitragserstattung gegeben werden, weil sie nicht nur einen „Zinsvorteil“ bringt, sondern schon laufend die vollen nach dem GSVG zu entrichtenden Krankenversicherungsbeiträge (2013: 7,65 %) gespart werden, **während davon über die Beitragserstattung später nur 4% zurückfließen!** Wird weder die Differenzvorschreibung noch rechtzeitig innerhalb einer Frist von drei Jahren nach Ablauf des jeweiligen Beitragsjahres die Beitragserstattung beantragt, sind die „zuviel“ bezahlten Krankenversicherungsbeiträge endgültig verloren.

3.2 Versicherungsgrenzen

Es sind zwei unterschiedliche Grenzbeträge zu beachten, je nachdem, ob neben der freiberuflichen Ausübung der ZT-Berufes noch eine weitere Tätigkeit ausgeübt oder eine der im GSVG taxativ aufgezählten Geld-(Transfer-)Leistungen bezogen wird oder nicht.

- Versicherungsgrenze I: EUR 6.453,36 pa

Dieser pro Kalenderjahr geltende (nicht veränderliche) Grenzbetrag ist anzuwenden, wenn innerhalb des Kalenderjahres keine weitere Erwerbstätigkeit ausgeübt und auch keine der in § 4 Abs. 1 Z 6 lit. b) GSVG angeführten Geldleistungen (= Transferleistungen wie Kinderbetreuungsgeld, Kranken- und Wochengeld, etc.) bezogen wird (§ 25 Abs. 4 Z 2 lit. a) iVm § 4 Abs. 1 Z 5 GSVG).

Diese Versicherungsgrenze käme daher nur für die Selbstversicherung gem. § 14a GSVG in Betracht, ist aber auf diese Selbstversicherung nicht anzuwenden und hat somit als solche für freiberuflich tätige ZT keine Bedeutung, sehr wohl aber als „Mindestbeitragsgrundlage“ (siehe Pkt. 1.).

- Versicherungsgrenze II EUR 4.871,76 pa (Stand 2015)

Diese jährliche Versicherungsgrenze (§ 4 Abs. 1 Z 6 GSVG) entspricht dem Zwölfwachen der monatlichen ASVG-Geringfügigkeitsgrenze, die jährlich angehoben wird (Stand 2015: EUR 405,98* pM x 12 = EUR 4.871,76). Sie ist dann anzuwenden, wenn im Kalenderjahr neben der selbständigen Tätigkeit als ZT eine weitere (nicht nach dem GSVG) pflichtversicherte Erwerbstätigkeit ausgeübt wird (=“Mehrfachversicherung“ in der gesetzlichen Krankenversicherung – siehe dazu Pkt. 3.1). Für den Fall, dass die weitere Erwerbstätigkeit auch dem GSVG unterliegt, werden die Beitragsgrundlagen addiert und die Summe mit der Versicherungsgrenze II verglichen (§ 4 Abs. 1 Z 6 GSVG).

Der zusätzliche Bezug einer Pension aus der gesetzlichen Sozialversicherung, eines Ruhe- oder Versorgungsgenusses, eines Kranken- oder Wochengeldes, eines Kinderbetreuungs-/Weiterbildungsgeldes (siehe dazu die Anlage 11, Pkt. 2.), einer Geldleistung aus der Arbeitslosenversicherung oder eine Sonderunterstützung führt ebenfalls zur Anwendung der Versicherungsgrenze II.

Nicht entscheidend ist, ob (abgesehen von der GSVG-Pflicht – siehe vorstehend) die neben der freiberuflichen Tätigkeit ausgeübte Erwerbstätigkeit mit einer Pflichtversicherung verbunden oder versicherungsfrei ist. Es ist auch nicht entscheidend, ob diese Tätigkeit oder der Bezug eines Erwerbseinkommens bzw. einer Transferleistung das gesamte Jahr über besteht oder nicht, auch eine nur kurzfristige Erwerbstätigkeit bzw. ein vorübergehendes Ersatzeinkommen löst die niedrigere Versicherungsgrenze II für das betreffende Kalenderjahr aus, die auch dann relevant ist, wenn die Tätigkeiten/das Ersatzeinkommen in einem Kalenderjahr nicht nebeneinander sondern hintereinander bestehen.

Im Gegensatz zur höheren Versicherungsgrenze I ist die Versicherungsgrenze II im Rahmen der Pflichtversicherung gem. § 14b GSVG anzuwenden, d.h., dass sie auch für selbständig tätige ZT Bedeutung haben kann.

Folgende zwei Hauptanwendungsfälle sind denkbar:

- Ein ZT ist nebenberuflich als selbständiger ZT tätig – z.B. neben einem Dienstverhältnis oder einer Lehrtätigkeit – und erzielt aus der ZT-Tätigkeit lediglich Einkünfte, die die Versicherungsgrenze II – pro Kalenderjahr beurteilt – nicht übersteigen.

Pflichtversicherung gem. § 14b GSVG tritt in diesem Fall nicht ein, die Einkünfte aus der ZT-Tätigkeit bleiben somit versicherungsfrei, wenn der ZT nicht die GKV gewählt hat.

- Ein selbständig erwerbstätiger ZT hat sich für die GKV entschieden und übt eine weitere selbständige Erwerbstätigkeit iSd § 2 Abs. 1 Z 4 GSVG (z.B. als Aufsichtsrat) aus. Übersteigen die Einkünfte aus dieser Nebenerwerbstätigkeit nicht die Versicherungsgrenze II, bleiben sie versicherungsfrei.

Anders wären die beiden vorgenannten Fälle zu beurteilen, wenn sich der ZT nicht für die GKV entschieden hat und die weitere Erwerbstätigkeit auch dem GSVG unterliegt: In diesem Fall wäre die Summe der Beitragsgrundlagen der Versicherungsgrenze II gegenüberzustellen (§ 4 Abs. 1 Z 6 GSVG).

3.3 Erklärung entscheidet über Pflichtversicherung

In vielen Fällen, in denen es um die Anwendung einer der beiden Versicherungsgrenzen geht, kann zu Beginn eines jeden Jahres nicht mit Sicherheit vorausgesagt werden, ob die maßgeblichen Einkünfte – genauer gesagt die daraus abgeleitete Beitragsgrundlage – die zutreffende Versicherungsgrenze überschreiten werden oder nicht. Da es aber unerlässlich ist, schon zu Beginn eines jeden Kalenderjahres – unabhängig von der Höhe der erst mit dem Einkommensteuerbescheid endgültig feststehenden Einkünfte – zu wissen, ob nun während des Kalenderjahres Krankenversicherungsschutz besteht oder nicht, stehen zu diesem Zwecke im Rahmen der sogenannten „Versicherungserklärung“ (Formular) zwei Möglichkeiten zur Auswahl (§ 2 Abs. 1 Z 4 GSVG):

- Es wird erklärt, dass die aus den Einkünften abgeleitete Beitragsgrundlage **die zutreffende Versicherungsgrenze voraussichtlich übersteigen wird.**

In diesem Fall tritt die Pflichtversicherung in der Krankenversicherung sofort ein. Das bedeutet, dass Krankenversicherungsbeiträge von der maßgeblichen Versicherungsgrenze vorgeschrieben und eingehoben werden. Stellt sich nachträglich heraus, dass die Prognose nicht gestimmt hat, dass also geringere Einkünfte erzielt wurden, so ändert das am Bestand der Pflichtversicherung nichts.

Die Pflichtversicherung bleibt solange bestehen, bis der Versicherte seine Einkommensprognose revidiert und erklärt, dass die Versicherungsgrenze nicht (mehr) überschritten werden wird. Die Pflichtversicherung endet in einem solchen Fall mit dem Monatsletzten nach Abgabe dieser Erklärung.

- Es wird erklärt, dass die aus den Einkünften abgeleitete Beitragsgrundlage **die Versicherungsgrenze voraussichtlich nicht übersteigen wird.**

Diese Erklärung führt zur Ausnahme von der Pflichtversicherung (§ 4 Abs. 1 Z 5 GSVG). Sie kann ohne nähere Erläuterungen abgegeben werden, auch dann, wenn Einkommensteuerbescheide aus Vorjahren Einkünfte über der Versicherungsgrenze aufweisen sollten.

Im Nachhinein wird anhand der lt. Einkommensteuerbescheid tatsächlich erzielten Einkünfte (siehe Pkt. 3.4) geprüft, ob es bei der Versicherungsfreiheit bleibt oder –

bei Überschreiten der Versicherungsgrenze – Krankenversicherungsbeiträge rückwirkend und gem. § 35 Abs. 6 GSVG zuzüglich eines Zuschlages in Höhe von 9,3 % vorgeschrieben werden müssen.

Die vorstehenden Ausführungen gelten für **ZT** nur in Bezug auf die Versicherungsgrenze II (Stand 2015: EUR 4.871,76 pa), da die Versicherungsgrenze I (EUR 6.453,36 pa) im Rahmen des Opting out – also im Falle der Selbstversicherung gem. § 14a GSVG – nicht anzuwenden ist (siehe Pkt. 1.).

Stellt sich die Frage der Versicherungsgrenze II, so wird der ZT in der Regel aufgrund einer der beiden Tätigkeiten schon über einen Krankenversicherungsschutz verfügen (siehe die beiden vorstehend unter Pkt. 3.2 dargestellten Hauptanwendungsfälle), sodass die Versicherungserklärung eher nicht aus Sicht des für das jeweilige Kalenderjahr erforderlichen Krankenversicherungsschutz abzugeben sein wird, sondern um einerseits nicht laufend Beiträge für den Fall entrichten zu müssen, dass die Versicherungsgrenze II im jeweiligen Kalenderjahr voraussichtlich nicht überschritten werden wird, und um andererseits den 9,3%igen Beitragszuschlag zu vermeiden, wenn vorauszusehen ist, dass die dafür in Betracht kommenden Einkünfte höher liegen werden, als die Versicherungsgrenze II.

3.4 Ermittlung der Beitragsgrundlage

Die Beitragsgrundlage (§ 25 GSVG) resultiert aus den Einkünften des Kalenderjahres lt. Einkommensteuerbescheid und Hinzurechnungsbeträgen, wobei die Beitragsgrundlage durch Mindestbeitragsgrundlagen (bei den „alten“ Selbständigen gem. § 2 Abs. 1 Z 1 – 3 GSVG) bzw. durch die Versicherungsgrenze I (bei den Mitgliedern der Kammern der Freien Berufe, die die Selbstversicherung gem. § 14a GSVG gewählt haben – siehe vorstehend unter Pkt. 3.2) nach unten und durch die jeweilige Jahreshöchstbeitragsgrundlage nach oben begrenzt ist.

Zur Ermittlung der Beitragsgrundlage sind die im Einkommensteuerbescheid eines Jahres aufscheinenden Einkünfte relevant.

- Vorläufige Beitragsgrundlage

Da die Einkommensteuerbescheide immer erst im Nachhinein ergehen, müssen die Beiträge zunächst von einer vorläufigen Beitragsgrundlage (§ 25a GSVG) berechnet und vorgeschrieben werden.

In den ersten drei Kalenderjahren der selbständigen Erwerbstätigkeit werden die vorläufigen Beiträge gem. § 25a Abs. 1 Z 1 GSVG von einer

Mindestbeitragsgrundlage bemessen, die sich bei ZT an der jeweils zutreffenden Versicherungsgrenze (siehe Pkt. 3.2) orientiert. Nach diesen ersten drei Jahren richtet sich die vorläufige Beitragsgrundlage nach den Einkünften des drittvorangegangenen Jahres, liegen aus dem drittvorangegangenen Kalenderjahr noch keine rechtskräftigen Einkommensteuerdaten vor, so wird die vorläufige Beitragsgrundlage von der letzten vorliegenden endgültigen Beitragsgrundlage abgeleitet (§ 25 Abs. 1 Z 2 GSVG).

Die vorläufige Beitragsgrundlage wird auf Antrag herabgesetzt, soweit dies nach den wirtschaftlichen Verhältnissen gerechtfertigt erscheint und glaubhaft gemacht wird, dass die Einkünfte im laufenden Kalenderjahr wesentlich geringer als im drittvorangegangenen Kalenderjahr sein werden (§ 25a Abs. 5 GSVG).

Die vorläufige Beitragsgrundlage darf aber die Mindestbeitragsgrundlage/Versicherungsgrenze nicht unterschreiten und auch die Höchstbeitragsgrundlage nicht übersteigen (§ 25a Abs. 1 Z 2 GSVG).

- Endgültige Beitragsgrundlage

Sobald der Einkommensteuerbescheid eines Kalenderjahres vorliegt, wird die vorläufige Beitragsgrundlage „nachbemessen“ (§ 25 Abs. 6 GSVG). Diese Nachbemessung führt zu einer Beitragsnachbelastung, wenn die aus den tatsächlich erzielten Einkünften resultierende endgültige Beitragsgrundlage höher ist als die vorläufige, im umgekehrten Fall kommt es zu einer Beitragsgutschrift.

Die Höhe der endgültigen Beitragsgrundlage eines Kalenderjahres richtet sich somit nach den im jeweiligen Kalenderjahr lt. Einkommensteuerbescheid erzielten Erwerbseinkünften. Es zählen die im Steuerbescheid ausgewiesenen Einkünfte aus selbständiger Arbeit und gegebenenfalls aus Gewerbebetrieb, soweit sie nach dem GSVG krankenversicherungspflichtig sind. Zur Ermittlung der endgültigen Beitragsgrundlage werden zu diesen Einkünften die im Beitragsjahr von der gesetzlichen Sozialversicherung vorgeschriebenen Beiträge zur Kranken-, Pensions- und einer etwaigen Arbeitslosenversicherung hinzugerechnet (§ 25 Abs. 2 Z 2 GSVG), nicht aber die Prämien zur GKV.

- Beitragsvorschreibung

Die (vorläufigen) Versicherungsbeiträge werden von der SVAgW quartalsweise vorgeschrieben. Sie sind zum Ablauf des zweiten Monats eines jeden Kalendervierteljahres, also am 28.02., 31.05., 31.08. und 30.09. fällig (§ 35 Abs. 2 GSVG) und innerhalb von (15 + 3 =) 18 Tagen ab Fälligkeit einzuzahlen. Für Beiträge, die nicht innerhalb von 18 Tagen nach ihrer Fälligkeit gezahlt werden, fallen Verzugszinsen an (§ 35 Abs. 5 GSVG).

Kommt es aufgrund der Nachbemessung zu einer Beitragsnachbelastung, so ist diese im der Feststellung der Nachbemessung folgenden Kalenderjahr in vier

gleichen Teilbeträgen zu entrichten, wobei diese Teilbeträge von der SVAgW gleichzeitig mit den laufenden Beiträgen zur Zahlung jeweils am Letzten des zweiten Monates der Kalendervierteljahre vorgeschrieben werden.