

Die Besonderheiten der Krankenversicherungs-Option „Selbstversicherung gem. § 16 ASVG“ (zu Frage 3.4)

Die Selbstversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung gemäß § 16 ASVG ist für alle Personen möglich, deren Wohnsitz im Inland gelegen ist und die nicht schon in einer gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind. Diese Selbstversicherung ist im Gegensatz zur Krankenversicherungs-Option „Selbst-/Pflichtversicherung gemäß §§ 14a/14b GSVG“ (siehe Anlage 5) allgemein gültig, hat schon lange vor dem Inkrafttreten des „Opting Out“ am 01.01.2000 bestanden und ist – abgesehen von neuen Sperrfristen – unverändert geblieben, dh, sie wurde nicht extra für Zwecke des Opting out der Freien Berufe adaptiert.

Die für die Selbstversicherung gem. § 16 ASVG, die von den selbstständig erwerbstätigen ZT im Rahmen ihrer gem. § 5 GSVG zwingend zu treffenden Wahl beantragt werden kann, geltenden Bestimmungen lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Die **Wahl der Selbstversicherung** gemäß § 16 ASVG ist ebenso wie die Wahl der Selbstversicherung gemäß § 14a GSVG nur so lange möglich, als neben der selbstständigen ZT-Tätigkeit keine Pflichtversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung (zB als Dienstnehmer, Lehrbeauftragter, Landwirt, Pensionist oder auch infolge Bezuges von Kinderbetreuungs-/Weiterbildungsgeld) besteht. Andernfalls tritt – wenn nicht die GKV gewählt wird (wurde) – Pflichtversicherung gemäß § 14b GSVG ein (siehe Anlage 5, Pkt. 2.).

Die Selbstversicherung gemäß § 16 ASVG ist aber nicht nur bei ausschließlich selbstständiger ZT-Tätigkeit möglich, sondern auch, wenn aufgrund einer anderen Erwerbstätigkeit etc. (siehe vorstehend) keine Pflichtversicherung in der Krankenversicherung eintritt, zB weil die Einkünfte daraus die ASVG-Geringfügigkeitsgrenze nicht übersteigen (siehe Frage 4.6).

- **Beginn der Selbstversicherung (§ 16 Abs. 3 ASVG)**
 - Die Selbstversicherung gemäß § 16 ASVG schließt bei ZT, die nach dem ASVG (zB als angestellte Geschäftsführer einer ZT-Gesellschaft) oder nach dem B-KUVG krankenpflichtversichert sind (waren), lückenlos an das Ende dieser vorangegangenen Pflichtversicherung an, wenn der Antrag innerhalb von sechs Wochen nach dem Ende der Pflichtversicherung gestellt wird.
 - Nach einer Pflichtversicherung in der Krankenversicherung nach dem GSVG, dem BSVG, einer Selbst-/Pflichtversicherung gem. §§ 14a/14b GSVG oder nach dem Ausscheiden aus der GKV beginnt die Selbstversicherung gemäß § 16 ASVG mit dem der Antragstellung folgenden Tag, **jedoch frühestens 60 Kalendermonate nach dem Ausscheiden aus einer solchen Versicherung.**

- In allen anderen Fällen, also insbesondere bei Nichteinhaltung der vorgenannten Sechs-Wochen-Frist, beginnt die Selbstversicherung gemäß § 16 ASVG mit dem der Antragstellung folgenden Tag.
- **Leistungsanspruch** aus der Selbstversicherung gemäß § 16 ASVG besteht erst nach dem Ablauf einer Wartezeit von sechs Monaten ab Beginn der Selbstversicherung. Diese Wartezeit gilt jedoch als erfüllt, wenn
 - unmittelbar vor der Antragstellung sechs Wochen bzw
 - in den letzten zwölf Monaten vor der Antragstellung sechszwanzig Wochen Krankenversicherungszeiten nach dem ASVG oder B-KUVG vorgelegen sind.Ist diese Voraussetzung erfüllt, besteht der Leistungsanspruch bereits ab Beginn der Selbstversicherung (§ 124 ASVG).
- **Die Selbstversicherung endet gemäß § 16 ASVG Abs. 6 ASVG**
 - mit dem Wegfall der Voraussetzungen, dh, insbesondere mit Eintritt einer Pflichtversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung aufgrund einer neben der selbstständigen ZT-Tätigkeit ausgeübten Erwerbstätigkeit, Bezuges von Kinderbetreuungsgeld oder eines Pensionsbezuges, oder
 - mit dem Ende des Kalendermonates, in dem der ZT seinen Austritt erklärt, oder
 - mit dem Ende des zweiten Kalendermonates, für den keine Beiträge mehr entrichtet worden sind.

Konnte (kann) sich somit ein ZT im Rahmen seiner „Erstwahl“ für die Selbstversicherung gemäß § 16 ASVG entscheiden und hat er diese Entscheidung auch tatsächlich getroffen (trifft er diese Entscheidung auch), kann die Krankenversicherungs-Option „Selbstversicherung gemäß § 16 ASVG“ so lange aufrecht bleiben, als

- nicht eine Pflichtversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung aufgrund einer anderen Erwerbstätigkeit oder Bezuges von Kinderbetreuungs-/Weiterbildungsgeld oder einer Pension eintritt oder
- er diese Selbstversicherung nicht dadurch freiwillig beendet, dass er entweder seinen Austritt erklärt oder die Beiträge nicht mehr entrichtet.

Scheidet ein ZT aufgrund eines dieser Gründe aus der Selbstversicherung gemäß § 16 ASVG aus, wird er seit 01.01.2013 von der SVAgW für den Fall, dass er seine Berechtigung nicht gleichzeitig ruhend stellt, amtswegig in die Selbstversicherung gem. § 14a GSVG einbezogen, wenn (bzw. seit 01.01.2013: *solange*) er nicht der Gruppenkrankenversicherung beitrifft (§ 14a Abs. 4 GSVG).

Ist ein ZT daraufhin in der Selbst-/Pflichtversicherung gemäß §§ 14a/14b GSVG oder im GKV „gelandet“, besteht für ihn später aufgrund der vorgenannten 60 Monate Sperrfrist des § 16 Abs. 3 Z 2 ASVG keine Möglichkeit mehr, auf direktem Wege in die Selbstversicherung gemäß § 16 ASVG zurückzukehren.

- Der **Beitragsatz** zur Selbstversicherung gemäß § 16 ASVG beträgt 7,55%, wobei die Beiträge - von der Höchstbeitragsgrundlage (2015 = € 5.139,60* pM) berechnet – € 388,04* p.M. x 12 = € 4.656,48 pa (= Wert 2015) betragen.

Es besteht die Möglichkeit, die Beitragsgrundlage und damit den Beitrag auf Antrag herabsetzen zu lassen, wenn dies aufgrund der wirtschaftlichen Verhältnisse gerechtfertigt erscheint (§ 76 Abs 2 ASVG). Die wirtschaftlichen Verhältnisse werden für diesen Zweck aufgrund des Gesamteinkommens (also inkl Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, aus Kapitalvermögen etc) und etwaiger Unterhaltsansprüche beurteilt, wobei die Beitragsgrundlagen-Untergrenze EUR 716,70 p.M. beträgt, der niedrigste Beitrag somit EUR 54,11 p.M. x 12 = EUR 649,32 p.a. (= Werte 2015).

Die Herabsetzung der Beitragsgrundlage für die Selbstversicherung gemäß § 16 ASVG auf Antrag ist in der Richtlinie des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger über „*die Beurteilung der Voraussetzungen für eine Herabsetzung der Beitragsgrundlage für Selbstversicherte in der Krankenversicherung und über Form und Inhalt diesbezüglicher Anträge – RBGKV 2010*“ geregelt (§§ 31 Abs 5 Z 9 iVm 76 Abs 2 und 3 ASVG), wobei diese Richtlinie im Internet verlautbart wird, zuletzt betraf dies die Wiederverlautbarung der Richtlinie, <http://www.avsv.at>, Nummer 145/2012 vom 20.12.2012 mit Wirkung seit 01.01.2013).

- **Keine Mitversicherung als Angehörige:** Selbstständig tätige ZT können – wie die Mitglieder aller anderen kammervetretenen Freien Berufe – **nicht** in der gesetzlichen Krankenversicherung ihrer Ehegatten mitversichert sein (§ 123 Abs 9 lit. a) ASVG, § 56 Abs. 9 lit. a) B-KUVG, § 83 Abs. 6 lit. a) GSVG, § 78 Abs. 6 lit. a) BSVG).