

**Die Krankenversicherung der ZT:
Antworten auf die meist gestellten Fragen (FAQs)**

Inhaltsverzeichnis

1. 13 Fragen und Antworten zu den sozialversicherungs- und steuerrechtlichen Grundsätzen und den Leistungen des Opting out
2. 14 Fragen und Antworten zur Gruppenkrankenversicherung (GKV)
3. 4 Fragen und Antworten zur Selbst-/Pflichtversicherung gem. §§ 14a/14b GSVG und zur Selbstversicherung gem. § 16 ASVG
4. 9 Fragen und Antworten zum Krankenversicherungsverhältnis besonderer Gruppen von ZT: Geschäftsführer einer ZT-GmbH, Nur-Gesellschafter einer ZT-GmbH, Vorstandsmitglieder einer ZT-AG, Kommanditisten einer ZT-Personengesellschaft, ZT in Karenz, „geringfügig beschäftigte“ ZT sowie ZT-Pensionisten

Verfasst von Stb. Werner Sedlacek mit Unterstützung insbesondere durch Frau Mag. Heidrun Schmalzer.

Verzeichnis der Anlagen

- Anlage 1: Gegenüberstellung der wesentlichsten Unterschiede zwischen den einzelnen Krankenversicherungs-Optionen im Rahmen des Opting out und Übersicht über die Leistungen der GKV (zu Frage 1.8)
- Anlage 2: Leistungsvergleich Überblick - Gruppen-Krankenversicherungsvertrag/SVA d. gewerblichen Wirtschaft (zu Frage 1.8)
- Anlage 3: Vergleich der Prämien zur Sonderklasse Mehrbettzimmer (zu Fragen 1.9 und 2.9 sowie zu Anlage 1)
- Anlage 4: Wechselmöglichkeiten und –sperren: Zusammenfassung der wesentlichsten Grundsätze mit Fallbeispielen (zu Frage 1.11)
- Anlage 5: 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)
- Anlage 6: Die Besonderheiten der Krankenversicherungs-Option „Selbstversicherung gem. § 16 ASVG“ (zu Frage 3.4)
- Anlage 7: Die Krankenversicherung der selbständig tätigen ZT außerhalb Österreichs (zu Fragen 1.1 und 1.8)
- Anlage 8: Die Leistungen der Krankenversicherung nach dem GSVG (zu Frage 1.8)
- Anlage 9: Das Krankenversicherungsverhältnis der Geschäftsführer und der Nur-Gesellschafter von ZT-Gesellschaften m.b.H. (zu Frage 4.1 und 4.2)
- Anlage 10: Das Krankenversicherungsverhältnis der Kommanditisten von ZT-Kommanditgesellschaften (zu Frage 4.4)
- Anlage 11: ZT im Mutterschutz und in Karenz (zu Frage 4.5)
- Anlage 12: ZT mit „geringfügigen“ Einkünften (zu Frage 4.6)
- Anlage 13: Krankenversicherung der ZT-Pensionisten und Hinterbliebenen, die ihre Pension ausschließlich nach altem Recht („WE/HB-Pension“) als „Besondere Pensionsleistung“ – unter der Bezeichnung „Ziviltechniker-Alterspension“ bzw. „Ziviltechniker-Witwen-/Witwerpension“ – von der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVAgW) erhalten (zu Frage 4.7)

Anlage 14: Die Krankenversicherung der ZT-Pensionisten¹, die erst nach dem 31.12.2012 in den Ruhestand getreten sind und daher ihre Pension in Form von zwei Teilpensionen erhalten, eine Teilpension nach altem Recht („WE-Pension“) als „Besondere Pensionsleistung“ – unter der Bezeichnung „Ziviltechniker-Alterspension“ – und eine Teilpension nach den Bestimmungen der gesetzlichen Pensionsversicherung (zu Frage 4.8)

¹ Zur besseren Übersicht wird im Rahmen dieser Anlage nur auf die Krankenversicherung der ZT-Pensionisten selbst und nicht auch auf die von Hinterbliebenen eingegangen.

Abkürzungsverzeichnis

Abs.:	Absatz
Art.:	Artikel
ASVG:	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
bAIK:	Bundeskammer der Architekten und Ingenieurkonsulenten
BGBI:	Bundesgesetzblatt
B-KUVG:	Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz
BMSVG:	Betriebliches Mitarbeiter- und Selbstständigenvorsorgegesetz
BSVG:	Bauern-Sozialversicherungsgesetz
BV:	Betriebliche Vorsorge gem. BMSVG
BVK:	Betriebliche Vorsorge-Kasse
EG:	Europäische Gemeinschaft
EKVK:	Europäische Krankenversicherungskarte
EStG:	Einkommensteuergesetz
EStR:	Einkommensteuer-Richtlinien
EU:	Europäische Union
EWR:	Europäischer Wirtschaftsraum
FN:	Fußnote
FSVG:	Bundesgesetz über die Sozialversicherung freiberuflich selbstständig Erwerbstätiger
GKK:	Gebietskrankenkasse
GKV:	Gruppenkrankenversicherung
GKVV:	Gruppenkrankenversicherungsvertrag
GS:	Gedenkschrift
GSVG:	Gewerbliches Sozialversicherungsgesetz
HVSV:	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
KBG:	Kinderbetreuungsgeld
KBGG:	Kinderbetreuungsgeldgesetz
KV:	Krankenversicherung
LStR:	Lohnsteuer-Richtlinien
pa:	per anno
PF-ÜG:	Pensionsfonds-Überleitungsgesetz (BGBI I, Nr. 4/2013)
pM:	per Monat

PV:	Pensionsversicherung
Rz:	Randzahl
SVAB:	Sozialversicherungsanstalt der Bauern
SVAgW:	Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft
UGB:	Unternehmensgesetzbuch
UV:	Unfallversicherung
VfGH:	Verfassungsgerichtshof
VO:	Verordnung
VwGH:	Verwaltungsgerichtshof
WE-Pension:	Pension aus der Wohlfahrtseinrichtung
Z:	Ziffer
ZT-AG:	Ziviltechniker-Aktiengesellschaft
ZTG:	Ziviltechnikergesetz
ZT-GmbH:	Ziviltechniker-Gesellschaft mit beschränkter Haftung
ZT-KG:	Ziviltechniker-Kommanditgesellschaft
ZT-Pension:	Ziviltechniker-Pension = die Bezeichnung der SVAgW für die Pension bzw. den Pensions-Teil, der aus dem „alten“ Recht des Wohlfahrtsfonds resultiert
:	Veränderlicher Wert in der Sozialversicherung, dh., ein Wert, der jedes Jahr angepasst wird (zB. EUR 62.160,-- = die Jahreshöchstbeitragsgrundlage 2013, die nur für 2013 gilt, der Wert wird jedes Jahr angepasst). Sinngemäß gilt dies auch für die Werte, die mit „Stand 2013“ bezeichnet sind.

Die Krankenversicherung der ZT: Antworten auf die meist gestellten Fragen (FAQ)

Dieser Fragen- und Antwortenkatalog fasst die wichtigsten Grundsätze zusammen, die für die Krankenversicherung der (als Einzelunternehmer, persönlich unbeschränkt haftende Gesellschafter, Kommanditisten oder als nicht in einem Dienstverhältnis zu ihrer ZT-GmbH stehende Geschäftsführer) selbständig tätigen ZT, ZT im Mutterschutz und in Karenz sowie der ZT-Pensionisten gelten, und geht auch auf die nach dem ASVG bestehende Krankenpflichtversicherung der bei ihrer ZT-Gesellschaft „angestellten“ Gesellschafter – insbesondere Geschäftsführer und Kommanditisten – ein. Zusätzlich werden die Auswirkungen, die die für alle ZT seit 01.01.2013 bestehende Pensionspflichtversicherung nach dem FSVG auf ihr Krankenversicherungsverhältnis hat, aufgezeigt.

Ergänzt wird der Antwortenkatalog durch Anlagen in Form von Tabellen, Gegenüberstellungen, Graphiken und weitergehenden Ausführungen, die jedem ZT eine vertiefende Information zu den ihn individuell besonders interessierenden Themen ermöglichen.

Der vorliegende Fragen- und Antwortenkatalog ist auf das Jahr 2015 aktualisiert, sodass sich die darin enthaltenen Werte auch auf dieses Jahr beziehen. Veränderliche Werte sind entweder mit der Jahreszahl oder mit * versehen. Die die Gruppenkrankenversicherung betreffenden aktuellen Werte sind aus den von der UNIQA für die einzelnen Jahre zugesandten Tarifen zu entnehmen bzw. bezüglich Krankenversicherung nach dem GSVG oder ASVG unter <http://www.sozialversicherung.at/Service/FürVersicherte/ZahlenUndFakten/AktuelleWerte> zu finden (Beitragsrechtliche Werte: Die für jedes Jahr aktualisierten Werte für §16-ASVG-Versicherte sind unter A, Pkt. 9., Krankenversicherung, lit. d), bzw. für GSVG-Versicherte unter D, Krankenversicherung inkl. Zusatzbeitrag, lit. b), nachzulesen).

1. Fragen und Antworten zu den sozialversicherungs- und steuerrechtlichen Grundsätzen und den Leistungen des Opting out

1.1 Welche sind die gesetzlichen Grundlagen für die Krankenversicherungspflicht der selbständig tätigen ZT und wo sind diese nachzulesen?

Die Krankenversicherungspflicht im Rahmen des Opting out ergibt sich aus § 5 GSVG.

Den gem. § 5 Abs 1 GSVG erforderlichen Antrag auf Opting out hat die Bundeskammer der Architekten und Ingenieurkonsulenten (bAIK) am 27.08.1999 an das

Sozialministerium gestellt, dieses hat – dem damals geltenden Wortlaut des § 5 Abs. 2 GSVG entsprechend - mit Bescheid vom 10.12.1999 festgestellt, dass die Leistungen des Gruppenkrankenversicherungsvertrages (GKV) den Leistungen der Krankenversicherung nach dem GSVG gleichartig oder zumindest annähernd gleichwertig sind, und damit den Opting out-Antrag positiv erledigt. Die vom VfGH geforderte Verordnung wurde mit dem BGBl II 471/2005 am 29.12.2005 kundgemacht und ist gemäß ihres § 2 rückwirkend mit 1.1.2000 in Kraft getreten.

Ob auf einen selbständigen **ZT, der (auch) außerhalb Österreichs tätig ist**, die sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen Österreichs oder die des anderen Staates anzuwenden sind, richtet sich im Verhältnis zu den EU-Mitgliedstaaten nach der EG-VO 883/2004 (samt Durchführungs-VO 987/2009), im Verhältnis zu anderen Staaten entweder nach einem etwaigen von Österreich abgeschlossenen zwischenstaatlichen Sozialversicherungsabkommen oder nach den jeweiligen innerstaatlichen Normen, besondere Regelungen bestehen für Island, Liechtenstein, Norwegen und die Schweiz sowie für Großbritannien und Dänemark:

Anlage 7 gibt einen kurzen Überblick über die wesentlichsten Regelungen zur Krankenversicherung der selbständig tätigen ZT außerhalb Österreichs.

1.2 *Muss ich als selbständig tätiger ZT am Opting out teilnehmen, dh, eine der vorgegebenen Optionen wählen, wenn ich schon aufgrund einer anderen Erwerbstätigkeit, Pension etc in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert bin?*

Ja. Mit dem ASRÄG 1997 wurden alle Erwerbstätigen mit den Einkünften aus ihren jeweiligen Tätigkeiten in die gesetzliche Pflichtversicherung einbezogen, wobei jede einzelne Erwerbstätigkeit durch eine Pflichtversicherung in der gesetzlichen Kranken- und Pensionsversicherung „abgedeckt“ sein muss. So wie auch für alle anderen Mitglieder der Kammern der Freien Berufe ersetzt somit das Opting out die Pflichtversicherung in der Krankenversicherung gem. § 2 Abs 1 Z 4 GSVG, nach der die selbständig tätigen ZT ohne Opting out krankenpflichtversichert wären. Deshalb wird die Gruppenkrankenversicherung (GKV) auch als „GSVG-Ersatz“ angesehen.

Unter „selbständig tätigen ZT“ sind im Rahmen des Opting Out nicht nur als Einzelunternehmer tätige ZT zu verstehen, sondern auch die persönlich unbeschränkt haftenden Gesellschafter von ZT-Personengesellschaften (§ 21ff ZTG) und alle nicht im Rahmen eines (arbeitsrechtlichen) Dienstverhältnisses im Sinne der Absätze 4 und 5 des § 14 ZTG für ihre Gesellschaft tätigen Gesellschafter (siehe Frage 4.1 bis 4.4).

1.3 Die Krankenversicherungspflicht im Rahmen des Opting out besteht wohl nur für jene ZT, die selbständig tätig sind und daraus Einkünfte aus selbständiger Arbeit erzielen?

Nein. Der Krankenversicherungspflicht des Opting out unterliegen grundsätzlich alle ZT mit aufrechter Befugnis (Art. 4 GKV), unabhängig davon, ob sie tatsächlich freiberuflich tätig sind und daraus Einkünfte - welcher Art auch immer (insbesondere als nicht weisungsgebundene Gesellschafter-Geschäftsführer einer ZT-GmbH auch lohnsteuerpflichtige Einkünfte gem. § 25 Abs. 1 Z 1 lit. b) EStG 1988 – siehe Anlage 9, Pkt. 1.3) - erzielen oder nicht.

Am Opting out teilnehmen müssen **nur jene ZT nicht**, die und solange sie **ausschließlich** als im Sinne des Arbeitsrechtes **angestellte Gesellschafter-Geschäftsführer einer ZT-GmbH mit Pflichtversicherung in der Kranken- und Unfallversicherung gem. § 7 Z 1 lit. g) ASVG** tätig sind (Art. 4 Abs. 9 GKV – siehe Frage 4.1 und Anlage 9, Pkt. 1.1 und Pkt. 2.1).

Auch ZT, die als Gesellschafter einer ZT-GmbH ohne Geschäftsführungsbefugnis („Nur-Gesellschafter“) oder als Kommanditisten im Rahmen eines Dienstverhältnisses für ihre Gesellschaft tätig sind, unterliegen nicht dem Opting Out, aber auch nicht einer gesetzlichen Krankenpflichtversicherung (siehe Frage 4.2 und Anlage 9, Pkt. 3. bzw. Frage 4.4 und Anlage 10, Pkt. 1.2.1 und Pkt. 1.3.1).

Für die Dauer des Ruhens der Berechtigung besteht im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung keine Versicherungspflicht (siehe dazu Anlage 5 und insbesondere Anlage 11 im Zusammenhang mit Mutterschutz und Karenz). Dies gilt nicht für die GKV, das Ruhen der Befugnis unterbricht die Teilnahmepflicht an der GKV nicht (siehe Art. 5 Abs. 1 GKV sowie Fragen 2.4 und 2.6).

1.4 Wenn ich im Rahmen eines (einkommensteuerpflichtigen) freien Dienstverhältnisses (zB. als Geschäftsführer einer ZT-GmbH) tätig bin, kommt für mich die Pflichtversicherung gem. § 4 Abs 4 ASVG als freier Dienstnehmer in Betracht?

Nein. ZT sind infolge ihrer Kammermitgliedschaft nicht nur als freie Dienstnehmer gem. § 4 Abs 4 lit. c) ASVG sondern schon gem. § 5 Abs. 1 Z 15 ASVG generell von der Vollversicherung als Dienstnehmer nach dem ASVG ausgenommen (siehe Anlage 9, Einführung).

Als einkommensteuerpflichtige freie Dienstnehmer tätige ZT unterliegen daher immer der zwingenden Teilnahme am Opting out.

1.5 Kann ich die mir genehme Krankenversicherung aus den zur Verfügung stehenden Optionen einfach auswählen und mich bei dem – meiner Wahl entsprechend – zuständigen Versicherungsträger melden oder ist ein bestimmter Ablauf einzuhalten?

Es ist ein bestimmter Ablauf einzuhalten: Jeder selbständig erwerbstätige ZT mit aufrechter Befugnis ist zwingend in der GKV (UNIQA) versichert (Art. 4 GKVV). Will er sich im Rahmen seiner verpflichtenden Wahl für eine andere Krankenversicherungsmöglichkeit (§ 16 ASVG, §§ 14a/14b GSVG) entscheiden, muss er die Anmeldung zur ausgewählten Krankenversicherung mittels schriftlicher Bestätigung des für die ausgewählte Krankenversicherung zuständigen Versicherungsträgers (GKK oder SVAgW) seiner Kammer bzw. der UNIQA gegenüber nachweisen. Nur auf diese Weise ist es möglich, die andernfalls zwingende Einbeziehung in die GKV zu vermeiden.

1.6 Kann ich aus den zur Verfügung stehenden Optionen frei wählen, unabhängig davon, ob ich ausschließlich freiberuflich tätiger ZT bin oder aufgrund einer anderen Erwerbstätigkeit, Pension etc schon der gesetzlichen Krankenpflichtversicherung unterliege?

Nein. Ausschließlich freiberuflich tätige ZT sind (siehe die vorstehende Frage 1.5) zwingend in der GKV versichert, sofern sie sich nicht – mit entsprechender Bestätigung nachgewiesen – zu einer der Selbstversicherungen gem. § 16 ASVG oder § 14a GSVG anmelden. ZT, die schon anderweitig in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind, müssen die freiberufliche ZT-Tätigkeit zusätzlich mit der GKV „abdecken“, sofern sie sich nicht bei der SVAgW für die Pflichtversicherung gem. § 14b GSVG angemeldet und dies mittels Bestätigung nachgewiesen haben (siehe dazu auch Frage 1.11). Für diese ZT kommen die Selbstversicherungen gem. § 16 ASVG und § 14a GSVG nicht in Betracht.

Zur Vorgangsweise für den Fall, dass für einen ZT eine Pflichtversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung **neu** entsteht und er – vorübergehend oder endgültig – aus der GKV ausscheiden und zur Pflichtversicherung gem. § 14b GSVG wechseln will, siehe Frage 2.5.

1.7 Müssen alle ZT ihre Krankenversicherung aus den vorgegebenen Möglichkeiten verpflichtend wählen oder gibt es Ausnahmen?

Grundsätzlich muss jeder ZT mit aufrechter Befugnis seine Krankenversicherung aus den vorgegebenen Möglichkeiten verpflichtend wählen (siehe Frage 1.2), Ausnahmen bestehen (taxativ) nur,

- solange ZT **ausschließlich** als angestellte Gesellschafter-Geschäftsführer einer ZT-GmbH mit Pflichtversicherung in der Kranken- und Unfallversicherung gem. § 7 Z 1 lit. g) ASVG tätig sind (Art. 4 Abs. 9 GKV – siehe Anlage 9, Pkt. 1.1 und Pkt. 2.1),
- solange ZT **ausschließlich** als Gesellschafter einer ZT-GmbH ohne Geschäftsführungsbefugnis („Nur-Gesellschafter“) oder als Kommanditisten im

Rahmen eines Dienstverhältnisses für ihre Gesellschaft tätig sind (siehe Fragen 1.3 und 2.4 sowie Anlage 9, Pkt. 3. bzw. Anlage 10) oder

- wenn und solange auf einen ZT das österreichische Sozialversicherungsrecht aufgrund der VO (EG) 883/2004 (früher VO 1408/71) oder eines zwischenstaatlichen Sozialversicherungsabkommens nicht anzuwenden ist (siehe Anlage 7).

1.8 *Wie unterscheiden sich die Leistungen der GKV von jenen der gesetzlichen Krankenversicherungen? Welcher ist der für mich geeignetste Krankenversicherungsschutz? Wie sieht der Krankenversicherungsschutz außerhalb Österreichs aus?*

Diese und ähnliche Fragen lassen sich nicht losgelöst von den individuellen Vorstellungen, die der Fragesteller vom für ihn und seine Familie am besten geeigneten Krankenversicherungsschutz hat, beantworten. Dazu ist es erforderlich, dass er sich mit den Bedingungen, Kosten und Leistungen der GKV einerseits und der gesetzlichen Krankenversicherungen (ASVG, GSVG) andererseits auseinandersetzt. Besonders wird er dabei auf die Frage des Sach- oder Geldleistungsanspruches im ambulanten Bereich achten.

Die wesentlichsten Unterschiede zwischen den einzelnen Optionen sind in der **Anlage 1** in Tabellenform gegenübergestellt. Aus dieser Tabelle lässt sich folgender grober Schluss ziehen:

ZT, die Wert auf Behandlung als „Privatpatient“ und auf Bequemlichkeit im Falle von Krankenhausaufenthalten (Ein- oder Zweibettzimmer zum gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung günstigeren Zusatztarif) – insbesondere auch später im höheren Alter – legen, sollten sich für die GKV entscheiden, insbesondere wenn der Einstieg in die GKV im jüngeren Alter sehr prämiengünstig erfolgen kann.

Als Alternative kommt für diese Personengruppe die Geldleistungsberechtigung nach dem GSVG in Frage.

ZT, die einerseits den vollen Versicherungsschutz ohne Risiko von Obergrenzen (insbesondere im ambulanten Bereich) suchen, denen es damit auch nicht auf zusätzlichen – in diesem Fall teureren – Krankenversicherungsschutz (insbesondere Sonderklasse) ankommt und die überdies nicht bereit sind, Vorleistungen zu erbringen, werden die Option „Selbstversicherung gem. § 16 ASVG“ wählen. Ist diese Option nicht möglich (siehe Frage 3.3 und Anlage 7), stehen über die Selbst-/Pflichtversicherung gem. §§ 14a/14b GSVG die Sachleistungen des GSVG jedenfalls solange zur Verfügung, als die Beiträge nicht von der Höchstbeitragsgrundlage zu berechnen sind oder andernfalls auf „Sonderklasse-

Geldleistung“ und damit „Arztbesuch auf e-card“ optiert wird (siehe Fußnote c) in Anlage 1 und Anlage 8, Pkt. 1.3).

Anlage 1 enthält überdies eine Zusammenstellung der Leistungen aus der GKV in Form einer Punktation sowie einen Hinweis auf den Modus der Abrechnung von Krankheitskosten mit der UNIQA.

Einen weiteren Leistungsvergleich-Überblick „*Gruppenkrankenversicherungsvertrag – Selbst-/Pflichtversicherung gem. § 14a/§ 14b GSVG*“ bietet die von der UNIQA zur Verfügung gestellte **Anlage 2**, wobei die UNIQA die Leistungen aus der Gruppenkrankenversicherung deswegen lediglich mit dem Sachleistungsanspruch – und nicht auch mit den Geldleistungen – nach dem GSVG vergleicht, weil „Neueinsteiger“ in die Selbst-/Pflichtversicherung gem. §§ 14a/14b GSVG in den ersten drei Jahren immer Anspruch auf Sachleistungen haben (siehe *Anlage 8, Pkt. 1.1*). Bezüglich des Vergleiches „Gruppenkrankenversicherung – Geldleistungsanspruch nach dem GSVG“ siehe **Anlage 1**.

Für ZT, die sich den aus dem GSVG zu erwartenden Krankenversicherungsschutz genauer ansehen wollen, bevor sie sich für eine der Krankenversicherungsmöglichkeiten des Opting Out entscheiden, bietet die **Anlage 8** – über die Übersichten der Anlage 1 und der Anlage 2 sowie der in Anlage 1 empfohlenen Broschüren und Folder der SVAgW hinaus – eine ausführliche Darstellung der Leistungen der Krankenversicherung nach dem GSVG.

Einen Überblick, wie für in der GKV versicherte ZT der Krankenversicherungsschutz außerhalb Österreichs in einem anderen EU-Mitgliedsstaat aussieht, bietet **Anlage 7**.

1.9 *Ich habe ein behindertes Kind, welchen Einfluss kann diese Tatsache auf die Wahl des für meine Familie geeignetsten Krankenversicherungsschutzes haben?*

In einem solchen Fall ist besondere Vorsicht bei der Planung des für die Familie optimalen Krankenversicherungsschutzes geboten:

Die beitragsfreie oder –pflichtige Mitversicherung von Kindern als Angehörige ohne Gesundheitsprüfung etc. (siehe Frage 2.7) muss die UNIQA nur unter der Voraussetzung akzeptieren, dass der Beitritt der Kinder als Angehörige gleichzeitig mit der „Erstwahl“ des Hauptversicherten erfolgt. Andernfalls ist die UNIQA berechtigt, die Mitversicherung sogar ganz abzulehnen. Ist somit ein Kind zB. chronisch krank oder behindert, ist die Mitversicherung in der GKV, auch wenn sie prämienpflichtig ist, zusätzlich zu den beitragsfreien Leistungsansprüchen aus der gesetzlichen Krankenversicherung aufgrund der Tatsache zu empfehlen, dass die Prämien für Zusatzversicherungen auf Basis der GKV erheblich günstiger sind (siehe **Anlage 3**). Im Falle der Mitversicherung eines solchen Kindes in der GKV

können, um bei Medikamenten, Ärzten und Ambulanzen die finanzielle Belastung infolge der selbst zu erbringenden Vorleistungen zu vermeiden, die von der gesetzlichen Krankenversicherung angebotenen Sachleistungen in Anspruch genommen und darüberhinaus kann (insbesondere bei Krankenhausaufenthalt) auf die (Sach-)Leistungen der UNIQA zurückgegriffen werden. Um diesen „Komfort“ zu erreichen, muss sich der Betroffene schon im Rahmen der „Erstwahl“ für die GKV entscheiden und gleichzeitig auf die Freistellung seiner(s) prämienpflichtig zu versichernden Kinder(s) verzichten. Wird dies nicht zum Zeitpunkt der „Erstwahl“ beachtet, kann die Enttäuschung dann später groß sein, wenn die UNIQA von ihrem Ablehnungsrecht Gebrauch macht oder höhere Prämien fordert.

1.10 Welche Auswirkungen kann die Wahl der GKV hinsichtlich des Anspruches auf Geldleistungen, wie sie die gesetzliche Krankenpflichtversicherung gewährt (Krankengeld, Wochengeld) und die kostenlose Vorsorge(Gesunden)untersuchung haben?

Anspruch auf **Krankengeld** bietet (seit 01.01.2013) unter bestimmten Voraussetzungen nur die Selbst-/Pflichtversicherung gem. §§ 14a/14b GSVG (siehe die Fußnote k) zur Anlage 1 und Anlage 8, S. 13f.), nicht aber die Selbstversicherung gem. § 16 ASVG und auch nicht die GKV.

Anspruch auf **Wochengeld (Betriebshilfe)** besteht nur bei Wahl der Selbst-/Pflichtversicherung gem. §§ 14a/14b GSVG oder der GKV, wobei das Wochengeld aus der GKV seit 01.01.2015 der Höhe nach jenem nach dem GSVG entspricht (siehe Fußnote l) zur Anlage 1, die Anlage 11 und S. 17 der Anlage 8). Bei Wahl der Selbstversicherung gem. § 16 ASVG muss auf diesen Anspruch verzichtet werden.

Anspruch auf kostenlose **Vorsorge(Gesunden)untersuchung** haben alle in Österreich lebenden Personen, somit auch jene Kammermitglieder, die in der GKV versichert sind (siehe dazu die Fußnote m) in Anlage 1).

1.11 Kann ich jederzeit von einer einmal gewählten Option zu einer anderen Krankenversicherungs-Option wechseln, wenn mir dies aus der Sicht des Krankenversicherungsschutzes für mich und meine Familie opportun erscheint?

Nein. Der Wechsel ist nur unter bestimmten Voraussetzungen möglich: Der Gesetzgeber wollte den Versicherten nicht die freie Möglichkeit bieten, sich nach der „Rosinenmethode“ jeweils die Krankenversicherung auszusuchen, die ihnen im Augenblick als die für sie günstigste erscheint. Die Einschränkung der Wechselmöglichkeiten soll verhindern, dass eine Versichertengemeinschaft (jene der

ASVG- oder GSVG-Versicherten) nur deshalb mit besonders hohen Risiken (zB im Alter) belastet wird, weil die Versicherten frei wählen können.

Es ist daher der direkte Eintritt in die Selbstversicherung gem. § 16 ASVG nach einem etwaigen Ausscheiden aus der GKV oder dem GSVG infolge der 60-monatigen Sperrfrist des ASVG nicht möglich (siehe Frage 3.3), grundsätzlich auch nicht der Austritt eines ZT aus der Selbstversicherung gem. § 14a GSVG, solange seine Kammermitgliedschaft besteht, ausgenommen den Fall, dass Pflichtversicherung gem. § 14b GSVG eintritt (siehe Frage 3.1).

Auch der Austritt aus der GKV, z.B. um zur Selbstversicherung gem. § 14a GSVG zu wechseln, ist grundsätzlich nicht möglich. Um aber Situationen zu vermeiden, die den ZT in eine Doppelversicherung drängen (zB GKV neben einer Pflichtversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung aufgrund einer weiteren Erwerbstätigkeit, Bezug von Kinderbetreuungsgeld, Pension), kann die GKV aus eben diesem Grunde zu dem Zeitpunkt gekündigt werden, in dem die Pflichtversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung – nachgewiesen – **neu** entsteht, allerdings mit der Verpflichtung, die ZT-Tätigkeit mit der Pflichtversicherung gem. § 14b GSVG „abzudecken“ (siehe Frage 1.6 und zu den dazu erforderlichen Bestätigungen Frage 2.5 sowie Anlage 5, Pkt. 2.).

Die Wechsellmöglichkeiten und –sperren zwischen den einzelnen Optionen sind in der **Anlage 4** zusammengestellt, einerseits in Form der Zusammenfassung der wesentlichsten diesbezüglichen Grundsätze und andererseits anhand von graphisch dargestellten und zusätzlich erläuterten Fallbeispielen.

1.12 Wer trägt die Verantwortung dafür, dass die Krankenversicherungspflicht im Rahmen des Opting out von den ZT eingehalten wird?

- Für (ausgenommen Ärzte) alle Mitglieder der Kammern der Freien Berufe gelten die folgenden gesetzlichen Regelungen: Aufgrund des abgeschlossenen GKVV müssen (mussten) alle selbständig tätigen ZT – so wie auch (die Ärzte ausgenommen) die selbständig tätigen Mitglieder der anderen Kammern der Freien Berufe – zwingend der GKV beitreten, wenn sie nicht nachweisen (nachgewiesen haben), dass sie sich zu einer der im Rahmen des „Opting Out“ möglichen gesetzlichen Krankenversicherungen angemeldet haben (siehe Frage 1.5).

Die Verantwortung dafür, dass die selbständig tätigen Mitglieder der Kammern der Freien Berufe ihre Krankenversicherungspflicht auch tatsächlich lückenlos einhalten, tragen daher im Wesentlichen die Kammern, da die gesetzlichen Krankenversicherungsträger – von den ZT abgesehen (siehe nachstehend) – nicht darüber informiert sind, welche Mitglieder die GKV gewählt haben.

Um es den Kammern der Freien Berufe zu erleichtern bzw zum Teil überhaupt erst zu ermöglichen, dieser Verantwortung nachzukommen, sieht einerseits der GKV entsprechende Informationspflichten für Versicherte, UNIQA und Kammern vor (Art. 4 Abs. 2, 5 und 7, Art. 5 Abs.4 und 6, Art. 6), andererseits ermöglicht es § 5 Abs 4 GSVG den Kammern, die Einhaltung der Krankenversicherungspflicht auch jener Mitglieder, die sich nicht für die GKV entschieden haben, über eine Anfrage beim HVSV zu überprüfen: Die Erläuterungen zu diesem § 5 Abs. 4 GSVG halten die Verantwortung der Kammern der Freien Berufe wörtlich wie folgt fest:

„Diese Online-Abfrage soll eingerichtet werden, um den Kammern ihre Verantwortung dafür, dass ihre jeweiligen Mitglieder die Verpflichtung, ihre Einkünfte aus dieser Tätigkeit nach einer der von § 5 GSVG gegebenen Möglichkeiten zu versichern und laufend versichert zu halten, auch tatsächlich einhalten, zu erleichtern. ...“

Um aber auch der SVAgW zu ermöglichen, die Selbstversicherung gem. § 14a GSVG (siehe Anlage 5, Pkt. 1.) umzusetzen, haben ihr die Kammern bis spätestens Ende Jänner eines jeden Jahres eine Liste der per 01. Jänner dieses Jahres eingetragenen Mitglieder zu übermitteln und alle Änderungen hinsichtlich der Mitglieder einmal monatlich bekanntzugeben (§ 229e GSVG).

Darüber hinaus hat die SVAgW in letzter Zeit gesetzlich immer mehr die Möglichkeit erhalten, mit amtswegiger Einbeziehung in die Selbst-/Pflichtversicherung gem. §§ 14a/14b GSVG vorgehen zu können.

So hat die SVAgW seit 01.01.2011 das Recht, alle aus der Pflichtversicherung gem. § 14b GSVG ausscheidenden Mitglieder der Kammern der Freien Berufe automatisch in die Selbstversicherung gem. § 14a ASVG einzubeziehen, wenn (bzw. seit 01.01.2013: *solange*) sie zum Zeitpunkt des Ausscheidens aus der Pflichtversicherung gem. § 14b GSVG nicht (nachgewiesen) der Krankenvorsorgeeinrichtung ihrer Kammer (Gruppenkrankenversicherung) beitreten bzw. beigetreten sind (§ 14a Abs. 3 GSVG). Sinngemäß gilt dies seit 01.01.2013 auch für alle Fälle, in denen für Mitglieder der Kammern der Freien Berufe die Selbstversicherung gem. § 16 ASVG geendet hat (§ 14a Abs. 4 GSVG).

- **Seit 01.01.2013 neue – ausschließlich die ZT betreffende – gesetzliche Grundlage für die SVAgW, die lückenlose Einhaltung der Krankenversicherungspflicht zu prüfen, und deren mögliche Auswirkung:**

Die vorstehenden Ausführungen zur Einhaltung der Krankenversicherungspflicht betreffend und dazu, wer die Verantwortung dafür zu tragen hat, ist für

die ZT mit dem Pensionsfonds-Überleitungsgesetz (PF-ÜG) seit 01.01.2013 eine wesentliche Änderung eingetreten, die einerseits den Länderkammern die Verantwortung für die lückenlose Einhaltung der Krankenversicherungspflicht genommen und diese an die SVAgW übertragen, andererseits aber die Situation für jene ZT verschärft hat, die ihre selbständige ZT-Tätigkeit bis dahin nicht mit einer der im Rahmen des „Opting Out“ möglichen Krankenversicherungsmöglichkeiten abgedeckt hatten:

Es sind aufgrund des PF-ÜG sowohl die Bundeskammer als auch die Länderkammern der ZT verpflichtet, neben den zur Einbeziehung der ZT in die Pensionspflichtversicherung nach dem FSVG erforderlichen Daten der SVAgW auch mitzuteilen, welche ZT der GKV angehören (§ 20g FSVG).

Damit ist die SVAgW erstmals in die Lage versetzt, die lückenlose Einhaltung der Krankenversicherungspflicht der Mitglieder einer der Kammern der Freien Berufe – nämlich der ZT – zu überprüfen: Jene ZT, die weder der GKV beigetreten noch nach § 16 ASVG selbstversichert sind, müssen zur Selbst-/Pflichtversicherung gem. §§ 14a/14b GSVG angemeldet sein.

Soweit daher Ziviltechniker ihre Einkünfte aus der selbständigen ZT-Tätigkeit in der Vergangenheit nicht mit einer der im Rahmen der Krankenversicherungspflicht gem. § 5 („Opting Out“) zur Verfügung stehenden Möglichkeiten (GKV, Selbstversicherung gem. § 16 ASVG, Selbst-/Pflichtversicherung gem. §§ 14a/14b GSVG) „abgedeckt“ hatten, mussten sie damit rechnen, dass die SVA diesbezüglich auf sie zukommen und die jeweiligen Pflichtbeiträge nicht nur für die Zukunft sondern im Rahmen der Verjährungsfrist zumindest für drei Jahre auch für die Vergangenheit zur Zahlung vorschreiben wird. Dies ist in der Zwischenzeit auch schon weitgehend erfolgt (zur rückwirkenden Einbeziehung in die Selbst-/Pflichtversicherung gem. §§ 14a/14b GSVG im Rahmen der Verjährungsfrist siehe *Sedlacek*, ASoK, Heft 4/2013, 129).

1.13 *Prämien zu einer privaten Krankenversicherung können allgemein nur als beschränkt abzugsfähige Sonderausgaben steuerlich berücksichtigt werden, gilt dies auch für die im Rahmen der Krankenversicherungspflicht des Opting Out gem. § 5 GSVG zur GKV geleisteten Prämien oder sind diese als Betriebsausgaben voll abzugsfähig?*

Die im Rahmen des Opting Out verpflichtend zu leistenden Krankenversicherungsbeiträge und –prämien sind als Betriebsausgaben bzw. – im Falle von Einkünften aus nichtselbständiger Arbeit insbesondere als Geschäftsführer einer ZT-GmbH (siehe Anlage 9, Pkt. 1.3) – als Werbungskosten wie folgt steuerlich abzugsfähig:

- Beiträge zu den Selbstversicherungen gem. § 16 ASVG und § 14a GSVG sowie zur Pflichtversicherung gem. § 14b GSVG gem. §§ 4 Abs. 4 Z 1 lit. a) bzw. 16 Abs. 1 Z 4 lit. a) EStG 1988,
- die Prämien zur GKV gem. §§ 4 Abs. 1 Z 1 lit. b) bzw. 16 Abs. 1 Z 4 lit. e) EStG 1988.

Die steuerliche Abzugsfähigkeit der Prämien zur GKV beruht darauf, dass die GKV im Rahmen der Krankenversicherungspflicht des Opting Out gem. § 5 GSVG als „GSVG-Ersatz“ (siehe Frage 1.2) anzusehen ist.

Da aber die vorstehend zu den Prämien zur GKV zitierten Gesetzesstellen die Abzugsfähigkeit solcher Prämien auf die Höhe von Pflichtbeiträgen in der gesetzlichen Krankenversicherung einschränkt, die GKV aber aufgrund des ihr zugrundeliegenden Kapitaldeckungsverfahrens nicht mit der nach dem Umlageverfahren konzipierten gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar ist und daher insbesondere der Zutritt zur GKV im höheren Alter ebenso entsprechend höhere Prämien verursacht, wie die vom „Gesetzgeber“ aus der Sicht der Gleichwertigkeit der GKV gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung geforderte prämiensfreie Mitversicherung eines Angehörigen (siehe Frage 2.10), wurde – um die volle steuerliche Absetzbarkeit der Prämien zur GKV auch für diese beiden Konstellationen zu erreichen – zusätzlich sowohl ein **Alters-** als auch ein **Angehörigenzuschlag** vorgesehen.

Die im Rahmen des Opting Out verpflichtend zu leistenden Prämien/Beiträge sind steuerlich im gleichen Maße als Betriebsausgaben/Werbungskosten abzugsfähig, unabhängig davon ob sie zur Gruppenkrankenversicherung oder zu einer der im Opting Out vorgesehenen gesetzlichen Krankenversicherungen geleistet werden:

Die gesamte steuerliche Regelung zur Abzugsfähigkeit der Beiträge zur Gruppenkrankenversicherung ist den EStR 2000, Rz 1254 bis Rz 1266, die Begrenzung des Betriebsausgabenabzuges von Prämien zur GKV nach oben den Rz 1257 und 1258, der Alterszuschlag den Rz 1260 und 1261 und der Angehörigenzuschlag den Rz 1263 und 1264 zu entnehmen, wobei die in der Rz 1257 enthaltenen Grenzbeträge vom BMF jährlich valorisiert werden.

Die in den EStR 2000 enthaltenen Begrenzungen des Betriebsausgabenabzuges von Prämien zur GKV haben lediglich den Zweck, hinsichtlich der Höhe der Betriebsausgaben eine Gleichstellung mit den nach dem GSVG zu entrichtenden Beiträgen herzustellen, nachdem die GKV als „GSVG-Ersatz“ anzusehen ist (siehe in diesem Sinne Frage 1.2 und EStR 2000, Rz 1257).

Die Prämien zu den fakultativen Ergänzungstarifen (insbesondere Sonderklasse) sind – abgesehen vom Tarif „ZukunftsBonus“ – nicht als Betriebsausga-

ben/Werbungskosten abzugsfähig und können lediglich als beschränkt abzugsfähige Sonderausgaben (= „Topfsonderausgaben“) steuerlich berücksichtigt werden (EStR 2000, Rz 1262).

Bei den Prämien zum **ZukunftsBonus** (siehe Frage 2.13 und Anlage 1) handelt es sich nicht um solche für eine über die Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung hinausgehende Sonderleistung im Sinne der EStR 2000, Rz 1262, sondern lediglich um das (freiwillige) Vorziehen späterer Prämienzahlungen zur GKV, dh., die Zahlung eines Teiles der nach Vollendung des 65. Lebensjahres zu leistenden Pflichtprämien wird schon in die Aktivzeit vorgezogen. Die Prämien zum Tarif „ZukunftsBonus“ sind daher als Teil der Pflichtprämien zur GKV als Betriebsausgaben/Werbungskosten abzugsfähig, die Freiwilligkeit des Tarifes betrifft nur den Zeitpunkt der Zahlung (siehe dazu sinngemäß auch EStR 2000, Rz 4623, zur Vorauszahlung einer zu erwartenden Nachzahlung von GSVG-Pflichtbeiträgen).

Dass die Prämien zum Tarif „ZukunftsBonus“ als Betriebsausgaben/Werbungskosten abzugsfähig sein müssen, auch wenn sie in den EStR 2000 nicht ausdrücklich genannt sind, geht auch daraus hervor, dass die im Rahmen dieses Tarifes unter bestimmten Voraussetzungen vorgesehene Leistung „Sterbegeld“ als „nachträgliche Einkünfte“ gem. § 22 Abs. 1 Z 4 iVm. § 32 Z 2 EStG 1988 steuerpflichtig ist (EStR 2000, Rz 1063 und Rz 1299).

2. Fragen und Antworten zur Gruppenkrankenversicherung (GKV)

2.1 Welche ZT unterliegen zwingend der Teilnahmepflicht am mit der UNIQA Versicherungen AG bestehenden Gruppenkrankenversicherungsvertrag (GKVV)?

Der GKV unterliegen alle selbständig erwerbstätigen ZT, wenn sie sich nicht für eine der möglichen anderen von § 5 GSVG vorgegebenen Optionen (§ 16 ASVG oder § 14a/14b GSVG) entscheiden.

Dies gilt auch für alle ZT, die ihre Befugnis ruhend stellen, solange sie die GKV nicht gekündigt haben (siehe Frage 2.6), und für die Gesellschafter-Geschäftsführer einer ZT-GmbH, die nicht **ausschließlich** als im Sinne des Arbeitsrechtes „angestellte“ Dienstnehmer gem. § 7 Z 1 lit. e) ASVG kranken- und unfallpflichtversichert sind (siehe Frage 1.3) oder ausnahmsweise als gem. § 5 Abs. 2 ASVG geringfügig beschäftigt gelten (siehe Anlage 12).

Der GKV unterliegen auch ZT, die als Gesellschafter einer ZT-GmbH ohne Geschäftsführungsbefugnis („Nur-Gesellschafter“) oder als Kommanditisten nicht im Rahmen eines Dienstverhältnisses für ihre Gesellschaft tätig sind (siehe Pkt. 1.3 und Anlage 9, Pkt. 3.).

- 2.2 Ich verfüge zwar über die ZT-Befugnis, übe meinen Beruf aber nicht bzw. nur in sehr geringem Umfang aus, weil ich als Universitätsprofessor, Lehrbeauftragter, etc. mit Pflichtversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung tätig bin. Wie kann ich die Zahlung von Prämien/Beiträgen und insbesondere die zwingende Teilnahme an der GKV möglichst vermeiden?**

Nur durch Anmeldung zur Pflichtversicherung gem. § 14b GSVG. Es gilt die kleine Versicherungsgrenze II (Wert 2015: € 405,98* p.M.), sodass neben ASVG-, B-KUVG oder BSVG-Pflicht Beitragspflicht nach dem GSVG nicht entsteht, solange etwaige Einkünfte aus der selbständigen ZT-Tätigkeit diese Grenze nicht übersteigen (siehe Anlage 5, Pkt. 2. und Pkt. 3.2 sowie Anlage 12).

- 2.3 Ich übe nicht nur meinen Beruf als ZT selbständig aus sondern bin auch anderweitig erwerbstätig. Welche Auswirkungen hätte es, wenn ich mich im Rahmen des Opting out zunächst für die Pflichtversicherung gem. § 14b GSVG entscheide, um eine doppelte Beitragspflicht (in der gesetzlichen Krankenversicherung und in der GKV) zu vermeiden, und erst später, sobald ich ausschließlich als selbständiger ZT tätig sein werde, in die GKV wechsele?**

Nach dem Ende der Pflichtversicherung gem. § 14b GSVG ist der Wechsel in die GKV als „Zweitwahl“ möglich. Allerdings kann die UNIQA den Beitritt im Rahmen der „Zweitwahl“ von einer Gesundheitsprüfung und besonderen Bedingungen (höhere Prämien) abhängig machen oder diesen überhaupt ablehnen. Darüber hinaus gelten die allgemeinen Wartezeiten. Auch die Einstiegsprämie kann sich aufgrund des in der Zwischenzeit höheren Alters erhöht haben.

Ist der Umstieg in die GKV von Beginn an beabsichtigt und (in den nächsten sechs Jahren) absehbar, so ist, um sich die Vorteile der „Erstwahl“ zu erhalten, der Abschluss einer Anwartschaftsversicherung zu empfehlen, diese „kostet“ 15% der Vollprämie (siehe dazu auch die Frage 2.7).

- 2.4 Endet die GKV automatisch, wenn ich meine Berechtigung ruhend melde, um z.B. die Pension zu beziehen, oder wenn ich bei aufrechter Berechtigung in Karenz trete?**

Nein. Die GKV endet in diesen Fällen nicht automatisch, kann aber unter bestimmten Voraussetzungen gekündigt werden (siehe Fragen 2.5 – 2.7).

Die GKV endet automatisch nur

- wenn die Befugnis gemäß § 17 ZTG - ausgenommen durch den Verlust der Eigenberechtigung - erlischt oder aberkannt wird (Art. 5 GKVV iVm. § 4 Abs. 2 der Satzung Krankenversicherung),
- im Falle des Ablebens des ZT grundsätzlich auch bezüglich mitversicherter Angehöriger (siehe Art. 5 Abs. 3 GKVV) oder

- sobald das österreichische Sozialversicherungsrecht aufgrund der VO (EG) 883/2004 (früher VO 1408/71) oder eines zwischenstaatlichen Sozialversicherungsabkommens nicht mehr anzuwenden ist (siehe Anlage 7).

Nicht ausdrücklich vorgesehen ist, dass die GKV auch automatisch endet, wenn ein ZT nur mehr **ausschließlich** als angestellter Gesellschafter-Geschäftsführer einer ZT-GmbH (mit Krankenpflichtversicherung gem. § 7 Z 1 lit. g) ASVG) tätig ist (siehe Fragen 1.3, 1.7 und 2.1), der ZT hat aber infolge des Neuentstehens der ASVG-Krankenpflichtversicherung die Möglichkeit, den GKV zu kündigen (siehe Fragen 2.5 – 2.7), anderenfalls bleibt er freiwillig auch weiterhin (zusätzlich) in der GKV versichert.

Auch ZT, die als Gesellschafter einer ZT-GmbH ohne Geschäftsführungsbefugnis („Nur-Gesellschafter“) oder als Kommanditist im Rahmen eines Dienstverhältnisses für ihre Gesellschaft tätig sind, unterliegen als solche nicht dem Opting Out aber auch nicht einer gesetzlichen Krankenpflichtversicherung (siehe Fragen 1.3, 1.7 und 2.1) und werden daher aufgrund einer entsprechend qualifizierten Erklärung aus der GKV zu entlassen sein, sofern sie dieser nicht (weiterhin) freiwillig angehören wollen.

2.5 Kann ich die GKV kündigen, wenn für mich eine Pflichtversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung neu entsteht und ich die Kosten für die dadurch entstehende doppelte Krankenversicherung (GKV + gesetzliche Krankenversicherung) vermeiden möchte?

Ja. Dies ist unter Nachweis der neu entstandenen Pflichtversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung möglich. Insbesondere wird dieser Fall eintreten, wenn ein ZT ein Dienstverhältnis (zB als angestellter GF einer ZT-GmbH oder im Falle eines Lehrauftrages) neu beginnt, Kinderbetreuungsgeld bezieht oder Landwirt mit Pflichtversicherung nach dem BSVG wird.

Allerdings ist in einem solchen Fall die freiberufliche ZT-Tätigkeit mit der Pflichtversicherung gem. § 14b GSVG „abzudecken“.

Für die Praxis: In der Praxis wird der **Nachweis einer neu entstandenen Pflichtversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung** im Einvernehmen mit der SVAgW nach folgender Vorgangsweise vorgenommen: Die UNIQA nimmt die Kündigung der GKV nur unter der Voraussetzung zur Kenntnis, dass der in der GKV versicherte ZT die neu entstandene Pflichtversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung mittels Vorlage der entsprechenden Versicherungsbestätigung seiner Kammer bzw. der UNIQA gegenüber nachweist. Der ZT hat sich gleichzeitig mit dem Ausscheiden aus der GKV bei der SVAgW zur Pflichtversicherung gem. § 14b GSVG anzumelden, um seine selbständige Tätigkeit als ZT weiterhin krankenversichert zu halten. Kommt er dieser Verpflichtung

nicht nach, wird ihn die SVAgW von Amts wegen in die Pflichtversicherung gem. § 14b GSVG einbeziehen, sobald sie die dafür erforderlichen Einkommensteuerdaten von der Abgabenbehörde elektronisch übermittelt erhält und sie überdies über den automatischen Datenabgleich mit den Länderkammern darüber informiert wurde, dass er aus der GKV ausgeschieden ist. In diesem Fall werden die Krankenversicherungsbeiträge einschließlich eines 9,3%igen Beitragszuschlages rückwirkend zur Zahlung vorgeschrieben.

Die UNIQA ist verpflichtet, die zuständige ZT-Kammer vom Ausscheiden eines ZT aus dem GKV zu informieren.

Für ZT, die ihre Befugnis (zukünftig) nur mehr **ausschließlich** als „angestellte“ Gesellschafter-Geschäftsführer mit Krankenpflichtversicherung gem § 7 Z 1 lit. g) ASVG ausüben, gelten die diesbezüglichen Ausführungen zur Frage 2.4 ebenso wie für ZT, die als Gesellschafter ohne Geschäftsführungsbefugnis („Nur-Gesellschafter“) oder als Kommanditisten im Rahmen eines arbeitsrechtlichen Dienstverhältnisses für ihre Gesellschaft tätig sind..

2.6 Kann ich die GKV kündigen, wenn meine ZT-Befugnis (vorübergehend) ruht, um für die Zeit des Ruhens meiner Berechtigung die Prämien zu sparen?

Die Kündigung der GKV ist in diesem Falle nur möglich, wenn eine **neu** entstandene Pflichtversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung (z.B. aufgrund eines Lehrauftrages oder eines Aufsichtsrat-Mandates aber auch infolge Bezuges von Kinderbetreuungsgeld – zu letzterem siehe Frage 4.5 und Anlage 11) nachgewiesen wird (siehe Art. 5 Abs. 4 GKV und Frage 2.5). Kann dieser Nachweis nicht erbracht werden, ist die weitere Teilnahme an der GKV auch während des Ruhens der Berechtigung zwingend, weil andernfalls der ZT über keinen Krankenversicherungsschutz verfügen würde: Die „Mitversicherung“ in der gesetzlichen Krankenversicherung beim Ehegatten ist für Mitglieder der Kammern der Freien Berufe ausgeschlossen, unabhängig davon, ob die Berechtigung ruht oder nicht (§ 123 Abs. 9 lit. a) ASVG, § 56 Abs. 9 lit. a) B-KUVG, § 78 Abs. 6 lit. a) BSVG und § 83 Abs. 6 lit a) GSVG).

2.7 Ich werde in nächster Zeit vorübergehend in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sein, möchte daher die GKV aus diesem Grunde kündigen und mich gem. § 14b GSVG krankenversichern, um für den Zeitraum der gesetzlichen Krankenversicherung die doppelte Krankenversicherung (GKV und gesetzliche Krankenversicherung) zu vermeiden. Kann ich später wieder in die GKV zurückkehren, wenn ja, zu denselben Bedingungen wie bei meiner „Erstwahl“?

Nur im Rahmen der „Erstwahl“ verzichtet die UNIQA in Bezug auf den ZT und seine zum selben Zeitpunkt in die Mitversicherung einbezogenen Angehörigen auf

eine Gesundheitsprüfung, auf ihr Ablehnungsrecht und auf Prämienzuschläge wegen erhöhtem Gesundheitsrisiko, sowie auf die vorgesehenen Wartezeiten (ausgenommen die neunmonatige Wartezeit vor einer Entbindung). Erfolgt der Eintritt in die GKV hingegen erst nach einem Wechsel von einer anderen Option als „Zweitwahl“, stehen diese Begünstigungen nicht zu (siehe Art. 4, Abs. 6 und Art. 9 GKV).

Ist jedoch zum Zeitpunkt der Kündigung der GKV in absehbarer Zeit (spätestens in sechs Jahren) beabsichtigt, wieder in die GKV zurückzukehren, können die aufgrund der „Erstwahl“ erworbenen Rechte mittels Abschlusses einer „Anwartschaftsversicherung“ erhalten bleiben. Dies gilt nicht nur für die vorgenannten Begünstigungen sondern es bleibt auch das ursprüngliche Einstiegsalter und die damit verbundene Prämie erhalten. Die Anwartschaftsversicherung „kostet“ 15% der Prämie (siehe dazu auch die Frage 2.3).

Als „Erstwahl“ gilt auch, wenn ein ZT aus der GKV und damit aus dem System des „Opting Out“ ausgeschieden ist, weil er seine Befugnis nur mehr „ausschließlich“ als „angestellter“ Gesellschafter-Geschäftsführer mit Krankenpflichtversicherung gem. § 7 Z 1 lit. g) ASVG, als Gesellschafter ohne Geschäftsführungsbefugnis („Nur-Gesellschafter“) oder als Kommanditist im Rahmen eines Dienstverhältnisses für seine Gesellschaft ausübt (siehe Frage 2.4), später aber als (auch) selbständig tätiger ZT wieder der GKV beiträgt. Zur Prämienberechnung wird allerdings für den Fall, dass keine Anwartschaftsversicherung abgeschlossen worden ist, das aktuelle (höhere) Einstiegsalter herangezogen.

2.8 Wie wird die Erstprämie berechnet? Wie wirkt sich dabei eine bestehende private Krankenversicherung aus?

Die Einstufung bei Eintritt in die GKV erfolgt nach dem Alter und zwar nach der „Semestermethode“: Innerhalb von sechs Monaten nach Vollendung eines bestimmten Lebensalters bleibt dieses für die Einstufung erhalten, sind bereits mehr als sechs Monate vergangen, gilt das nächsthöhere Lebensalter.

Besteht zum Zeitpunkt des Eintrittes in die GKV bei der UNIQA oder einem anderen österreichischen Krankenversicherer eine private Krankenversicherung, welcher Art auch immer, und wird diese aus Anlass des Eintrittes in die GKV gekündigt, so wirkt sich dies insofern prämiemindernd aus, als die UNIQA die aus dieser Versicherung bereits erworbene Alterungsrückstellung anrechnet. Es entsteht so eine „Mischprämie“ aus dem aktuellen Eintrittsalter und dem Alter zum Zeitpunkt des Eintrittes in die gekündigte private Krankenversicherung.

Beispiel:

Ein jetzt 30-jähriger ZT tritt nach 10-jährigem privaten Krankenversicherungsvertrag mit allen aus diesem Vertrag erworbenen Rechten (= Alterungsrückstellung)

in die GKV ein, die Einstufung erfolgt nicht mit der Prämie, die ein jetzt 20-jähriger Versicherter zu zahlen hätte, aber auch nicht mit jener des jetzt 30-Jährigen, sondern zu einer dazwischen liegenden „Mischprämie“.

Diese „Mischprämie“ wird für jeden Einzelfall versicherungsmathematisch berechnet und bewirkt, dass die im Rahmen des vor der GKK bestandenen privaten Krankenversicherungsvertrages erworbene Alterungsrückstellung voll übernommen wird.

2.9 *Bleibt die Prämie zur GKV anlässlich meines Eintrittes ihrer Höhe nach unverändert oder steigt sie mit dem Alter an?*

Die ursprüngliche Einstiegsprämie bleibt unverändert, sie erhöht sich niemals aufgrund des in der Zwischenzeit höheren Alters. Individuelle Prämienerrhöhungen ergeben sich nur aufgrund der Anpassung an die jeweils geänderten Wertverhältnisse, wie sie erstmals zum 1.1.2006 und danach jedes Jahr erfolgt ist.

Allerdings wird (nur) für den auf die jährliche Wertanpassung entfallenden Prämienteil das jeweils aktuelle Alter herangezogen, sodass sich das höher werdende Alter zwar nicht auf die ursprüngliche Einstiegsprämie selbst aber über die jährliche Wertanpassung letztendlich doch – wenn jedes Jahr auch nur geringfügig, so doch über die Jahre gesehen empfindlich – prämienerhöhend auswirkt. Siehe dazu das nachfolgende Beispiel und den unter Pkt. 2.13 zur Prämienentlastung im höheren Alter empfohlenen fakultativen Tarif „ZukunftsBonus“.

Beispiel: Wird bei einem im Alter von 30 Jahren beigetretenen ZT im Alter von 35 Jahren eine Prämienanpassung erforderlich, so wird (nur) für das neu hinzukommende „Stückchen“ der Versicherung die Prämie des 35-Jährigen berechnet, das ursprüngliche „Stück“ Versicherung bleibt mit dem Alter des 30-jährigen berechnet. Wird im Alter von 40 Jahren eine weitere Anpassung erforderlich, so wird wiederum auf diese Weise vorgegangen und (nur) das neu hinzukommende „Stückchen“ Versicherung mit dem Alter des 40-jährigen berechnet. Die beiden zuvor bestehenden Teile der Versicherung bleiben mit 30 bzw 35 Jahren unverändert. Auf diese Weise hat sich bei dem nunmehr schon 50-jährigen Versicherten die angesprochene „Mischprämie“ ergeben.

Ergänzungstarife zur GKV: Die vorstehenden Ausführungen gelten sinngemäß auch für die die GKV ergänzenden fakultativen Tarife (**Sonderklasse – Mehrbettzimmer, Sonderklasse – Einbettzimmer**, Ambulante Behandlung und Zahnbehandlung – siehe Art. 12 Abs. 4 GKV). Die Prämien zu den Ergänzungstarifen „Sonderklasse Mehrbettzimmer“ und „Sonderklasse Einbettzimmer“ sind auf Basis der GKV deshalb zum Teil wesentlich niedriger, als auf Basis des Sachleistungsanspruches nach dem ASVG und dem GSVG oder auch auf Basis des Geldleistungsanspruches nach dem GSVG (siehe den Prämienvergleich in **Anlage 3**), weil

die GKV schon Leistungen beinhaltet, die im Rahmen der Pflichtversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung erst mit den Sonderklasse-Tarifen abgedeckt werden.

Unisex-Prämien neu seit 21.12.2012: Aufgrund einer EU-Richtlinie darf bei Neupolizierungen seit 21.12.2012 nicht mehr zwischen Männer und Frauen unterschieden werden, die Prämien für Männer und Frauen müssen gleich hoch sein. Dies betrifft nur die ab diesem Zeitpunkt neu abgeschlossenen Ergänzungstarife, an den bereits bestehenden Tarifen für Männer und Frauen ändert sich diesbezüglich nichts und die Prämien zur Gruppenkrankenversicherung der ZT sind davon deshalb nicht berührt, weil sie von Beginn an als Unisex-Prämien vereinbart worden sind (siehe auch Anlage 3).

2.10 *Bin mit der Prämienzahlung ausschließlich ich in der GKV versichert oder – sowie in der gesetzlichen Krankenversicherung – auch meine Familienangehörigen?*

Mit der Prämienzahlung besteht Versicherungsschutz für den ZT und einen (prämienfrei) mitversicherten Angehörigen, weitere Angehörige sind prämienpflichtig.

Der „Gesetzgeber“ hatte, um die annähernde Gleichwertigkeit der Leistungen aus der GKV gegenüber jenen aus der gesetzlichen Krankenversicherung feststellen zu können, die prämienfreie Mitversicherung zumindest eines Angehörigen gefordert.

Schon allein aus diesem Grunde lässt sich die Prämie zur GKV ihrer Höhe nach nicht mit den Prämien zu – möglicherweise schon vor der Wahl des GKV bestanden – privaten Krankenversicherungen vergleichen, wenn diese nur dem Versicherten selbst (wenn auch im Vergleich mit der GKV annähernd gleichwertigen) Versicherungsschutz geboten haben.

2.11 *Kann ich Angehörige, insbesondere meine Kinder, für die ich im Rahmen der GKV Prämien zu leisten habe, unabhängig davon, ob für sie ein anderweitiger Krankenversicherungsschutz besteht, auf Antrag von der Mitversicherung in der GKV freistellen lassen, um mir die Prämien zu ersparen?*

Nein. Angehörige iSd. Art 4 Abs. 4 iVm. Art. 1 GKVV, insbesondere Kinder, sind bei Wahl der GKV in dieser **zwingend** mitversichert, eine Freistellung auf Antrag kommt nur unter der Voraussetzung in Betracht, dass die Kinder (oder sonstigen Angehörigen) selbst über eine Pflichtversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung verfügen oder dass und solange für sie beitragsfreie Leistungsansprüche als Angehörige in der gesetzlichen Krankenversicherung oder einer etwaigen anderen GKV (insbesondere des Ehegatten) **nachgewiesen** bestehen. **Dies gewährleistet, dass Angehörige (insbesondere Kinder) jedenfalls über einen Krankenversicherungsschutz verfügen, erst damit ist die Forderung des § 5**

GSVG nach der Gleichartigkeit oder zumindest annähernden Gleichwertigkeit der Leistungen aus der GKV erfüllt.

2.12 Welche Folgen kann es haben, wenn ein ZT mit seinen Prämienzahlungen zur GKV in Verzug gerät?

Bei Zahlungsverzug mahnt die UNIQA zunächst mit dem Hinweis, dass für den Fall, dass die Prämienzahlung nicht innerhalb von 14 Tagen erfolgt, „der Vertrag außer Deckung gerät“, also ein Krankenversicherungsschutz nicht mehr besteht.

Wird diese Zahlungsfrist nicht eingehalten, klagt die UNIQA. Sind die Prämien auch im Klagswege nicht mehr einbringbar, hat die UNIQA das außerordentliche Recht, den GKV gegenüber dem betroffenen ZT zu kündigen, dh, der ZT hat dann nicht nur keinen Versicherungsschutz mehr sondern scheidet überhaupt aus der GKV aus.

Der ZT, der mit seinen Prämienzahlungen in Verzug ist, verletzt seine ihm von § 5 GSVG vorgegebene Verpflichtung, die von ihm gewählte und seiner Kammer gemeldete Krankenversicherung während der Dauer seiner Kammermitgliedschaft aufrecht zu erhalten und die laufenden Prämien jeweils pünktlich zu entrichten.

2.13 Welche Auswirkung hätte der Abschluss des fakultativen Zusatztarifes „Zukunftsbonus“? Wem ist der Abschluss dieses Zusatztarifes zu empfehlen?

Die Erfahrungen der letzten Jahre haben gezeigt, dass die Prämien zur GKV während der Aktivzeit – insbesondere in den jüngeren Jahren – zum Teil wesentlich niedriger liegen als die Beiträge zu den gesetzlichen Krankenversicherungen (§ 16 ASVG, §§ 14a/14b GSVG). Neben den aus der GKV zu erwartenden Leistungen und dem Status als „Privatpatient“ trägt auch diese Tatsache dazu bei, dass sich sehr viele Mitglieder der Freien Berufe – im einen oder anderen Freien Beruf fast alle neuen Mitglieder – für die GKV entscheiden.

Wird jedoch im Alter lediglich die jeweils zutreffende gesetzliche Pension bezogen, richten sich die Beiträge zu den gesetzlichen Krankenversicherungen grundsätzlich nach der Höhe des Pensionsbezuges und sind zum Teil auch vom Beitragsatz her niedriger als in der Aktivzeit, die Prämien zur Gruppenkrankenversicherung laufen jedoch in der in der Aktivzeit gewohnten Höhe weiter, unberührt von im Ruhestand niedrigeren Einkünften.

Insbesondere für jene Teilnehmer an der GKV, die im höheren Alter lediglich ihre Pension beziehen und neben der Pension nicht mehr aktiv tätig sind, können die Prämien zur GKV zu einer finanziellen Belastung werden, die sie nicht mehr tragen wollen (können). In dieser Situation versuchen sie dann – soweit dies für sie möglich ist – von der GKV in die Selbst-/Pflichtversicherung gem. §§ 14a/14b GSVG zu wechseln, gerade für den Rest des Lebens, während dessen die Leistungen der GKV sehr wertvoll wären und vermehrt in Anspruch genommen wer-

den würden: Im Rahmen des „Kapitaldeckungsverfahrens“, nachdem die GKV aufgebaut ist, wird mit den in jüngeren Jahren geleisteten Prämien vorgesorgt, um dann im Alter die in einem höheren Ausmaß erforderlichen Leistungen erhalten zu können.

Um dieser Frage der Finanzierung der Prämien im Alter vorzubeugen, wurde mit 01.01.2010 der „ZukunftsBonus“ als zusätzlicher fakultativer Tarif dem GKVV angeschlossen:

Die Wahl dieses Tarifes ermöglicht es, die Prämienzahlungen während der Aktivzeit zu erhöhen und dafür ab dem vollendeten 65. Lebensjahr von einem dann möglicherweise niedrigeren Einkommen auch eine niedrigere Prämie zu zahlen.

Für die Dauer des Bezuges eines gesetzlichen Pflegegeldes ab Stufe 4 vor Vollendung des 65. Lebensjahres sind für den Zukunftsbonus keine Prämien zu leisten, gleichzeitig tritt für diesen Zeitraum die vereinbarte Prämientlastung auch schon vor Vollendung des 65. Lebensjahres ein.

Verstirbt der Hauptversicherte vor dem 65. Lebensjahr, kommt es zur Auszahlung eines „Sterbegeldes“, wenn der Tarif Zukunftsbonus seit mindestens einem Jahr bestanden hat.

Die wichtigsten Vorteile des Zukunftsbonus lassen sich wie folgt kurz zusammenfassen:

- Geringere Prämienzahlung ab dem vollendeten 65. Lebensjahr infolge
- Prämientlastung in garantierter Höhe, welche sich durch die mit diesem Tarif verbundene Gewinnbeteiligung erhöht.
- Wertsicherung der Garantieleistung durch Indexierung, aber mit jederzeitigem Widerspruchsrecht.
- Prämientlastung schon vor dem vollendeten 65. Lebensjahr bei Eintritt einer Pflegebedürftigkeit ab Stufe 4.
- Auszahlung eines „Sterbegeldes“ im Falle des Ablebens vor dem vollendeten 65. Lebensjahr.

Die weiteren Details sind dem Tarif „ZukunftsBonus 2005“ zu entnehmen, zur steuerlichen Absetzbarkeit siehe Frage 1.13.

Allen Mitgliedern der Freien Berufe, die sich für die GKV entscheiden wollen, ist zu empfehlen, die Variante GKV samt Zusatztarif „ZukunftsBonus“ zu wählen, wenn sie für die später im Ruhestand aus der Pension zu leistenden Prämien nicht in anderer Weise vorsorgen wollen.

2.14 Welchen Vorteil bietet das „UNIQA-Fitnessprofil“?

Da Prävention billiger als Heilen ist, hat die UNIQA ihr „UNIQA FitnessProfil“ entwickelt, mit dem die Belastungsgrenzen, vor allem aber Stärken und Schwächen –

abgestimmt auf das Alter und die persönliche Situation – abgeklärt werden. Im Rahmen dieses Profils werden Rumpfkraft, Ausdauer, Beweglichkeit und Koordination untersucht sowie der Körperfettgehalt ermittelt und eine computerunterstützte Wirbelsäulenuntersuchung durchgeführt.

Als Belohnung gewährt die UNIQA im Falle der Absolvierung des Fitnessprofils dem Versicherten pro erreichten Punkt 20 Cent „FitnessBonus“, wobei max. 1000 Punkt erreichbar sind.

Beispiel: Werden z.B. 772 Punkte erreicht, wird ein Betrag von EUR 154,40 gutgeschrieben. Das FitnessProfil kann einmal pro Kalenderjahr durchgeführt werden.

Die UNIQA hat diese neue Leistung mit 01.01.2013 prämiennneutral in die GKV integriert, nähere Details können dem Brief der UNIQA entnommen werden, mit dem jedem an der GKV teilnehmenden ZT die Prämienanpassung für das Jahr 2013 mitgeteilt worden ist.

3. Fragen und Antworten zur Selbst-/Pflichtversicherung gem. §§ 14a/14b GSVG und zur Selbstversicherung gem. § 16 ASVG

3.1 *Welcher Unterschied besteht zwischen der Selbstversicherung gem. § 14a und der Pflichtversicherung gem. § 14b GSVG?*

Die Selbstversicherung gem. § 14a GSVG kann nur von jenen ZT gewählt werden, die ausschließlich den ZT-Beruf selbständig ausüben, während die Pflichtversicherung gem. § 14b GSVG bei jenen – nicht in der GKV versicherten – ZT automatisch eintritt, die zusätzlich (infolge einer weiteren Erwerbstätigkeit, Bezug von Kinderbetreuungsgeld, einer Pension, etc) in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind.

Während die Pflichtversicherung gem. § 14b GSVG mit Wegfall der zusätzlichen Krankenpflichtversicherung endet und der ZT von der SVAgW automatisch in die Selbstversicherung gem. § 14a GSVG einbezogen wird, wenn (seit 01.01.2013: *solange*) er nicht nachgewiesen der GKV beiträgt (siehe Frage 1.11 und Anlage 4), endet die Selbstversicherung gem. § 14a GSVG grundsätzlich nur mit Beendigung der Kammermitgliedschaft oder Eintritt der Pflichtversicherung gem. § 14b GSVG.

Die Versicherungsgrenze I gilt im Falle der Selbstversicherung gem. § 14a GSVG nicht, die Versicherungsgrenze II ist jedoch bei bestehender Pflichtversicherung gem. 14b GSVG anzuwenden (siehe Anlage 5).

3.2 Welche Auswirkung hat es für mich, wenn ich als selbständig tätiger ZT, der aufgrund einer anderen Erwerbstätigkeit schon in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert ist, im Rahmen des Opting out die Pflichtversicherung gem. § 14b GSVG wähle und nicht die GKV?

Für diese Variante spricht, dass die Begünstigungen der Mehrfachversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Differenzvorschreibung, Beitragserstattung – siehe Anlage 5, Pkt. 3.1) zustehen, also eine Beitragsbelastung über die jeweilige Jahreshöchstbeitragsgrundlage hinaus nicht eintreten kann.

Dies gilt im Verhältnis „gesetzliche Krankenversicherung und GKV“ nicht, sodass es letztendlich auf die Höhe der Prämien zur GKV ankommt, welche Variante die kostengünstigere ist.

Von den Leistungen her wäre die GKV zu bevorzugen, weil die UNIQA einen etwaigen vom gesetzlichen Krankenversicherungsträger nicht übernommenen Teil der Krankheitskosten trägt und die Prämien für die Sonderklasse erheblich niedriger sind (siehe Anlage 3).

Beachtet werden sollte aber auch die Tatsache, dass die Kosten für die Krankenversicherung im Alter – insbesondere nach Eintritt in den Ruhestand – in vielen Fällen niedriger sein werden, als die Prämien zur GKV. Im Falle der Entscheidung für die GKV ist daher zu empfehlen, auch diesbezüglich für das Alter vorzusorgen, z.B. mit dem fakultativen Tarif „ZusatzBonus“ (siehe dazu Frage 2.13).

3.3 Ist es möglich, von der Selbstversicherung gem. § 14a GSVG, von der Pflichtversicherung gem. § 14b GSVG oder von der GKV in die Selbstversicherung gem. § 16 ASVG zu wechseln.

Nein, weil dies die 60 Monate Sperrfrist des § 16 Abs 3 Z 2 lit c) ASVG nicht zulässt und damit eine lückenlose Einhaltung der im Rahmen des Opting Out bestehenden Versicherungspflicht nicht möglich wäre. Der direkte Wechsel von der Selbstversicherung gem. § 14a GSVG oder von der GKV zur Selbstversicherung gem. § 16 ASVG ist auch schon deshalb nicht möglich, weil die Selbstversicherung gem. § 14a GSVG grundsätzlich nur mit Erlöschen der Berufsberechtigung oder Eintritt der Pflichtversicherung gem. § 14b GSVG endet und auch die GKV nur gekündigt werden kann, wenn eine Pflichtversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung aufgrund einer anderen Erwerbstätigkeit/Bezuges von Kinderbetreuungsgeld/Pension neu entsteht, eine solche Pflichtversicherung aber wieder die Selbstversicherung gem. § 16 ASVG ausschließt (siehe Frage 1.6).

3.4 Wie bzw. wo kann ich mich über die die Selbst-/Pflichtversicherung der §§ 14a/14b GSVG sowie die Selbstversicherung gem. § 16 ASVG regelnden Bestimmungen einfach und schnell informieren?

Selbst-/Pflichtversicherung gem. §§ 14a/14b GSVG: Einen groben Überblick geben die von der SVAgW jedes Jahr aktualisiert herausgegebenen Broschüren und Folder.

Für den interessierten ZT sind über diese Broschüren und Folder hinaus die für ihn und seine Krankenversicherung im Rahmen des Opting Out wichtigsten Regelungen des Versicherungs- und Beitragsrechtes nach dem GSVG (wie Mehrfachversicherung, Versicherungsgrenzen, Ermittlung der Beitragsgrundlagen) und die Besonderheiten der Selbst-/Pflichtversicherung gem. §§ 14a/14b GSVG in der **Anlage 5** zusammengefasst, die Leistungen aus dem GSVG sind in der Anlage 8 ausführlich dargestellt.

Selbstversicherung gem. § 16 ASVG: Die im Zusammenhang mit dem Opting Out wichtigsten Regelungen sind der **Anlage 6** zu entnehmen, hinsichtlich Leistungen wird auf die Homepage des HVSV verwiesen (www.sozialversicherung.at).

4. Fragen und Antworten zum Krankenversicherungsverhältnis besonderer Gruppen von ZT: Geschäftsführer einer ZT-GmbH, Nur-Gesellschafter einer ZT-GmbH, Vorstandsmitglieder einer ZT-AG, Kommanditisten einer ZT-Personengesellschaft, ZT in Karenz, „geringfügig beschäftigte“ ZT sowie ZT-Pensionisten

Die unter den vorstehenden Punkten 1. – 3. gestellten Fragen und dazu gegebenen Antworten einschließlich der die Antworten ergänzenden Anlagen sollten den selbständig erwerbstätigen ZT die Planung ihres Krankenversicherungsschutzes ermöglichen, wenn sie den ZT-Beruf als Einzelunternehmer oder im Rahmen von ZT-Personengesellschaften als persönlich unbeschränkt haftende Gesellschafter (siehe Frage 1.2) ausüben.

Anders ist dies bei den oben genannten besonderen Gruppen von ZT, weil bei diesen – insbesondere bei Geschäftsführern einer ZT-GmbH und bei Kommanditisten einer ZT-Personengesellschaft – vorab geklärt werden muss, unter welchen Voraussetzungen sie als „selbständig erwerbstätig“ im Sinne des GSVG gelten und damit am Opting Out teilnehmen können/müssen.

Darüberhinaus wird auf die besondere Situation insbesondere jener ZT hingewiesen, die Wochen-/Kinderbetreuungsgeld beziehen, sowie die der ZT-Pensionisten, deren zukünftiges Krankenversicherungsverhältnis deshalb anders aussehen wird als bisher, weil die seit 01.01.2013 eingetretene neue Pflichtversicherung in der Pensionsversicherung nach dem FSVG dazu führt, dass seit 2013 in den Ruhestand getretene (und zukünftig tretende) ZT zwei unterschiedliche Teilpensionen erhalten (werden), eine Teilpension noch nach dem Recht des

Wohlfahrtsfonds und die zweite Teilpension als Pension aus der gesetzlichen Sozialversicherung.

4.1 Ich plane, eine ZT-GmbH zu errichten und den ZT-Beruf zukünftig als Geschäftsführer dieser GmbH auszuüben. Unter welchen Voraussetzungen bin ich in der Krankenversicherung nach dem AVSG teilpflichtversichert und unter welchen habe ich die Möglichkeit, weiterhin meine Krankenversicherung – z.B. die GKV – im Rahmen des „Opting Out“ zu wählen?

Diese Frage ist aufgrund der nicht sehr übersichtlichen Gesetzeslage und der umfangreichen Judikatur, die zu den unterschiedlichen Konstellationen, in denen der Geschäftsführer für seine GmbH tätig werden kann, ergangen ist, leider nicht mit einem oder zwei Sätzen zu beantworten:

Das Krankenversicherungsverhältnis ist von mehreren Faktoren abhängig, die es erforderlich machen, sich näher mit dem steuer-, sozialversicherungs- und zivilrechtlichen Anstellungsverhältnis von GmbH-Geschäftsführern auseinanderzusetzen.

Dazu soll die **Anlage 9** dienen, die es einerseits mit zwei Tabellen dem ZT-Geschäftsführer erleichtern soll, einen ersten Überblick über die möglichen Varianten seines Anstellungsverhältnisses zu gewinnen, wobei unter „Anstellungsverhältnis“ jedes Vertragsverhältnis eines Geschäftsführers mit der GmbH, für die er tätig wird, zu verstehen ist, unabhängig davon, ob es sich dabei um einen Arbeitsvertrag, freien Dienstvertrag oder einen anderen denkbaren zivilrechtlichen Vertrag handelt.

Andererseits soll die ausführliche Auseinandersetzung mit den einzelnen möglichen Varianten dem Geschäftsführer die Information bieten, unter welchen Voraussetzungen das von ihm aus steuer- und sozialversicherungsrechtlicher Sicht gewünschte Anstellungsverhältnis – ausgehend von seiner gesellschaftsrechtlichen Situation – erreichbar ist.

Die **Anlage 9** gibt somit Auskunft darüber, dass zunächst zu klären ist, ob der Geschäftsführer

- an der ZT-GmbH nicht wesentlich (bis inkl. 25 %: siehe Pkt. 1.) oder wesentlich (höher als 25 %: siehe Pkt. 2.) beteiligt und
- aufgrund seiner Beteiligung der Generalversammlung gegenüber weisungsgebunden (siehe Pkt. 1.1 und Pkt. 1.2 bzw. Pkt. 2.1) oder nicht weisungsgebunden (siehe Pkt. 1.3 bzw. Pkt. 2.2) ist und
- die Weisungsbindung aufgrund der Beteiligung auch nach dem mit der GmbH abgeschlossenen Anstellungsvertrag besteht (siehe Pkt. 1.1 und Pkt. 2.1) oder dieses Weisungsrecht der Generalversammlung mit dem Anstellungsvertrag genommen worden ist, sodass der Geschäftsführer – trotz auf-

grund der Beteiligung der Generalversammlung gegenüber bestehender Weisungsbindung – tatsächlich nicht weisungsgebunden ist (siehe Pkt. 1.2).

Die eingangs gestellte Frage lässt sich dann aufgrund der Anlage 9 wie folgt beantworten:

- Der Geschäftsführer einer ZT-GmbH ist in der **Pensionsversicherung** – so wie auch alle anderen ZT – in allen fünf besprochenen Konstellationen seit 01.01.2013 gem. § 2 Abs. 1 Z 3 FSVG pflichtversichert (zur einzigen diesbezüglichen Ausnahme siehe Anlage 9, FN 9).
- Bezüglich **Krankenversicherung** unterliegt der ZT-Geschäftsführer bei drei Varianten (Pkt. 1.2, Pkt. 1.3 und Pkt. 2.2) dem Opting Out und kann daher an der GKV teilnehmen oder eine der beiden möglichen gesetzlichen Krankenversicherungen (siehe Frage 1.5) wählen. Dies gilt auch für die in den Punkten 1.1. und 2.1 dargestellten Konstellationen, allerdings nur für den Fall, dass der Geschäftsführer nicht im Rahmen eines arbeitsrechtlichen - sondern lediglich steuerlichen – Dienstverhältnisses für die ZT-GmbH tätig wird.
- Allerdings besteht mit Ausnahme der in Pkt. 1.2 dargestellten Konstellation in allen Fällen Dienstgeberbeitrags- und Kommunalsteuerpflicht.

Aus steuer- und sozialversicherungsrechtlicher Sicht wird es daher – unter zusätzlicher Berücksichtigung des Standesrechtes der ZT als Freier Beruf – vorteilhaft sein, die im Rahmen des Punktes 1.2 dargestellte Konstellation anzustreben, nach der der an der ZT-GmbH nicht wesentlich beteiligte Geschäftsführer aufgrund seiner Beteiligung der Generalversammlung gegenüber weisungsgebunden ist, dieses Weisungsrecht der Generalversammlung aber mit den im (schriftlichen) Anstellungsvertrag getroffenen Vereinbarungen wieder genommen wird.

Um dieses Ergebnis zu erreichen, ist es unerlässlich, die in der Anlage 9, Pkt. 1.2, ausführlich dargestellten Voraussetzungen nicht nur vertraglich sondern auch nach den tatsächlichen Verhältnissen zu erfüllen, dh., die Verträge (Gesellschafts- und Anstellungsvertrag) müssen so gefasst sein, dass der Geschäftsführer etwaigen Weisungen der Generalversammlung nicht folgen muss, wobei die in den Verträgen getroffenen Vereinbarungen auch tatsächlich in der vereinbarten Form „gelebt“ werden müssen.

- 4.2 *Ich werde in eine bestehende ZT-GmbH, für die ich derzeit im Werkvertrag tätig bin, dadurch stärker eingebunden sein, dass ich dieser GmbH als Gesellschafter beitrete, allerdings ohne zu deren Geschäftsführer bestellt zu werden. Kann sich dadurch an meinem Krankenversicherungsverhältnis etwas ändern, insbesondere auch für den Fall, dass mir Prokura erteilt werden würde?***

Im Regelfall nicht. Es wird allerdings die Tätigkeit für die ZT-GmbH ab dem Zeitpunkt der Beteiligung in aller Regel nicht mehr als im Rahmen eines Werkvertrages („Zielschuldverhältnis“) erfolgend anzusehen sein, sondern ein Dauerschuldverhältnis vorliegen: Insbesondere ZT, denen Prokura erteilt wird, werden sich schon aus diesem Grunde auf unbestimmte Zeit zur Tätigkeit für die GmbH verpflichten, das Vertragsverhältnis eines solchen ZT wird daher entweder in einem (einkommensteuerpflichtigen) freien Dienstvertrag oder in einem (lohnsteuerpflichtigen) Arbeitsvertrag bestehen (siehe dazu **Anlage 9**, Pkt. 3.1.5).

Für den Fall, dass zukünftig ein freier Dienstvertrag vorliegt, ändert sich am bisherigen Krankenversicherungsverhältnis ebenso wenig wie an der Pensionsversicherungspflicht gem. § 2 Abs. 1 Z 3 FSVG.

Ein Arbeitsvertrag würde zwar an der Pflichtversicherung in der Pensionsversicherung gem. § 2 Abs. 1 Z 3 FSVG nichts ändern, es würde aber die Krankenversicherungspflicht wegfallen, weil für im Rahmen eines Dienstverhältnisses für ihre ZT-GmbH tätig werdende Nur-Gesellschafter – wie mit der entsprechenden Begründung unter Pkt. 3.1.3 der Anlage 9 dargestellt – weder Krankenpflichtversicherung nach dem ASVG noch Krankenversicherungspflicht im Rahmen des Opting Out besteht.

Folgt man alleine dem Wortlaut des GKV (Art. 4 Abs. 1), nach dem alle ZT mit aufrechter Befugnis dem GKV unterliegen, wären allerdings von der Teilnahmepflicht an der GKV auch alle in einem Dienstverhältnis zu ihrer GmbH stehenden ZT erfasst.

Abgesehen davon können ZT dem GKV auch freiwillig beitreten (Art. 4, Abs. 8), ZT können daher eine bestehende Versicherung in der GKV aufrechterhalten, auch wenn die Tätigkeit zukünftig im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses erfolgen sollte.

4.3 *Wie sieht das Krankenversicherungsverhältnis der Vorstandsmitglieder von Ziviltechniker-Aktiengesellschaften aus? Können sie an der Gruppenkrankenversicherung teilnehmen?*

Grundsätzlich sind Vorstandsmitglieder von Aktiengesellschaften aufgrund der Sonderbestimmung des § 4 Abs. 1 Z 6 ASVG ausdrücklich pflichtversichert, wenn sie nicht schon als Dienstnehmer gem. § 4 Abs. 2 ASVG der Pflichtversicherung unterliegen, weil ihre Bezüge lohnsteuerpflichtig sind (§ 4 Abs. 2 ASVG, 3. Satz, zur Lohnsteuerpflicht von Vorstandsmitgliedern trotz aktienrechtlicher Weisungsungebundenheit siehe ua. FN 17 zur Anlage 9).

Dieses Sozialversicherungsverhältnis gilt allerdings **nicht für die Vorstandsmitglieder einer ZT-AG**, weil die Ziviltechniker gem. § 5 Abs. 2 Z 15 ASVG ausdrücklich von der Vollversicherung nach § 4 ASVG ausgenommen sind.

Auch die in der Kranken- und Unfallversicherung mögliche Teilversicherung gem. § 7 Z 1 lit. g) ASVG kommt nicht in Betracht, weil von dieser Teilversicherung nur die im Sinne des Arbeitsrechtes „angestellten“ Geschäftsführer erfasst sind: Auch unter der Voraussetzung, dass Vorstandsmitglieder als „Geschäftsführer“ angesehen werden würden, kann die Teilversicherung gem. § 7 Z 1 lit. g) ASVG in Bezug auf Vorstandsmitglieder niemals eintreten, weil Vorstandsmitglieder aufgrund der aktienrechtlichen Bestimmungen weisungsungebunden tätig sind und daher nicht in einem arbeitsrechtlichen Dienstverhältnis stehen können.

Aus dieser Sicht unterliegen Vorstandsmitglieder einer ZT-AG auch dann nicht der Pflichtversicherung nach dem ASVG, wenn sie mit ihren Bezügen lohnsteuerpflichtig sind. Die Krankenversicherung der Vorstandsmitglieder einer ZT-AG richtet sich daher jedenfalls – auch im Falle der Lohnsteuerpflicht – nach den „Opting Out“-Bestimmungen, wie sie für jeden selbständig tätigen ZT gelten (siehe Frage 1.3).

Aufgrund der Tatsache, dass – wie vorstehend dargestellt – § 4 Abs. 1 Z 6 ASVG auf Vorstandsmitglieder einer ZT-AG nicht anwendbar ist, fallen diese Vorstandsmitglieder auch nicht unter die Pflichtversicherung gem. § 1 Abs. 1a BMSVG, sie können sich aber freiwillig an der „Selbständigenvorsorge für freiberuflich Selbständige“ beteiligen (5. Teil des BMSVG).

4.4 *Wie wirkt sich die Beteiligung als Kommanditist an einer ZT-Kommanditgesellschaft auf mein Krankenversicherungsverhältnis aus, wenn ich*

a) als Dienstnehmer für die Gesellschaft tätig bin,

b) den ZT-Beruf als selbständig tätiger Kommanditist ausübe oder

c) mich deshalb als Kommanditist beteilige, um trotz aufrechter Berufsbezugnis die mir bereits zustehende vorzeitige Alterspension/Korridorpension aus der gesetzlichen Pensionsversicherung beziehen zu können?

Die Antworten der – sich mit dem Krankenversicherungsverhältnis der Kommanditisten von ZT-Kommanditgesellschaften auseinandersetzenden – **Anlage 10** zu diesen Fragen lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Das ZTG lässt die Ausübung des ZT-Berufes auch in der Rechtsform einer Kommanditgesellschaft zu, wobei ZT selbst Kommanditisten sein können. Es ist sogar denkbar, dass sich ein ZT als Kommanditist beteiligt, als solcher zur Geschäftsführung berufen und mit Prokura ausgestattet wird, damit er die Gesellschaft nach außen hin vertreten kann (siehe die FN 1 der Anlage 10).

- **Zu Frage a)**

Da ZT auch im Rahmen eines Dienstverhältnisses zur Gesellschaft, an der sie beteiligt sind, tätig werden dürfen (§ 14 Abs. 4 und Abs. 5 ZTG) und Kommanditisten unter der Voraussetzung Dienstnehmer sein können, dass ihre Beteiligung dem Regelstatut der §§ 161ff UGB entspricht, stellt sich die Frage nach dem Krankenversicherungsverhältnis eines solchen ZT völlig zu Recht:

Während ZT, die im Rahmen eines Dienstverhältnisses zu ihrer Gesellschaft tätig werden, ebenso wie alle selbständig tätigen ZT der Pflichtversicherung in der Pensionsversicherung gem. § 2 Abs. 1 Z 3 FSVG unterliegen, sind sie von keiner Krankenversicherung erfasst – weder von der Teilversicherung gem. § 7 Z 1 lit g) ASVG noch vom für die selbständig tätigen ZT geltenden Opting Out – und daher nicht krankenversicherungspflichtig (siehe Anlage 10, Pkt. 1.2.1 und 1.3.1).

- **Zu Frage b)**

Alle anderen für ihre Gesellschaft tätigen bzw. als „selbständig erwerbstätig“ geltenden ZT unterliegen neben der Pflichtversicherung in der Pensionsversicherung gem. § 2 Abs. 1 Z 3 FSVG auch der Versicherungspflicht in der Krankenversicherung, d.h., dem Opting Out mit den drei Wahlmöglichkeiten (siehe Anlage 10, Pkt. 1.2.2 und Pkt. 1.3.2).

- **Zu Frage c)**

Für den Bezug einer vorzeitigen Alters- oder Korridor pension aus der gesetzlichen Pensionsversicherung ist u.a. Voraussetzung, dass keine Pflichtversicherung in der gesetzlichen Pensionsversicherung besteht. Es sind somit für einen ZT die Einkünfte aus einer Kommanditbeteiligung immer dann pensions-schädlich, wenn sie als Beitragsgrundlage zur Pensionspflichtversicherung gem. § 2 Abs. 1 Z 3 FSVG heranzuziehen sind, wie dies bei den beiden vorstehenden Fragen zu a) und b) der Fall ist.

Nur unter der Voraussetzung, dass der Kommanditist weder für die Gesellschaft in welcher Form immer tätig ist noch als „selbständig erwerbstätig“ im Sinne des GSVG/FSVG gilt, bleiben seine Einkünfte aus der Kommanditbeteiligung pensions- und krankenversicherungsfrei: Dies ist ausschließlich dann der Fall, wenn seine Beteiligung dem Regelstatut der §§ 161f UGB entspricht und er für die Gesellschaft auch in keiner Weise tätig wird (siehe Anlage 10, Pkt. 1.2.3 und Pkt. 1.3.3).

Insbesondere in jenen Fällen, in denen ZT-Kommanditisten ihre Berufsbe-fugnis neben dem Bezug einer vorzeitigen Alters- oder Korridor pension aus der gesetzlichen Pensionsversicherung weiterhin aufrecht halten, wird die

SVAgW genau prüfen, ob der ZT nicht doch noch im Rahmen der Gesellschaft tätig ist, weil dies aufgrund der aufrechten Berufsbefugnis vermutet werden muss (siehe dazu die beiden letzten Absätze der Anlage 10).

Der **Anlage 10** kann auch das Krankenversicherungsverhältnis berufsfremder Kommanditisten entnommen werden, je nachdem, welche der drei vorstehenden Konstellationen auf den jeweiligen berufsfremden Kommanditisten zutreffen.

4.5 Ich bin derzeit ausschließlich als selbständige ZT tätig, werde aber demnächst

a) in den Mutterschutz (mit Wochengeld) und nachfolgend

b) in die gesetzliche Karenz (mit Kinderbetreuungsgeld)

übertreten. Welchen Einfluss hat dies auf mein Krankenversicherungsverhältnis als selbständig tätige ZT bzw. (umgekehrt), die von mir im Rahmen des Opting Out gewählte Krankenversicherung auf diese Geldleistungsansprüche?

Zunächst ist darauf hinzuweisen, dass das Wochengeld grundsätzlich aus der Krankenversicherung geleistet wird und daher die Frage, ob ein solcher Anspruch besteht, und wenn ja, in welcher Höhe, von der im Rahmen des Opting Out gewählten Krankenversicherung abhängt.

Das Kinderbetreuungsgeld ist hingegen in einem gesonderten Gesetz geregelt, nämlich im Kinderbetreuungsgeldgesetz (KBGG), das den KinderbetreuungsgeldbezieherInnen einen eigenen Krankenversicherungsschutz in Form einer auf dem Kinderbetreuungsgeld-Bezug beruhenden Pflichtversicherung in der Krankenversicherung bietet.

Die gestellten Fragen sind daher unterschiedlich wie folgt zu beantworten:

- **Zu Frage a)/Wochengeld**

Wesentlich ist, dass ZT, die im Rahmen des Opting Out die Selbstversicherung gem. § 16 ASVG gewählt haben, kein Wochengeld zusteht, während das aus der Selbst-/Pflichtversicherung gem. §§ 14a/14b GSVG und der GKV gewährte Wochengeld seit 01.01.2015 praktisch gleich hoch ist.

Da ZT, die gem. **§ 16 ASVG** krankenselbstversichert sind, keinen Anspruch auf Wochengeld haben, ändert sich am Krankenversicherungsverhältnis während der Dauer des Mutterschutzes auch nichts.

Im Falle der Kranken-Selbstversicherung gem. **§ 14a GSVG** liegt es in der Entscheidung der ZT, ob sie ihre Berufsbefugnis für die Dauer des Wochengeldbezuges ruhend meldet, damit sie keine Krankenversicherungsbeiträge entrichten muss und den mit dem Wochengeldbezug verbundenen gesetzlichen Krankenversicherungsschutz beansprucht, oder ob sie auf die Ru-

hendmeldung verzichtet und weiterhin in der gewohnten Form beitragspflichtig bleibt.

Hat die ZT die **GKV** gewählt, besteht ihr Anspruch auf Wochengeld gegenüber der UNIQA, die Verpflichtung, die Prämien zur GKV laufend zu entrichten, bleibt aber während des Wochengeldbezuges bestehen.

Detaillierte Ausführungen zum Wochengeldanspruch und zu dessen Höhe sowie zur Auswirkung des Wochengeldbezuges auf die im Rahmen des Opting Out möglichen Krankenversicherungen enthält die **Anlage 11**.

- **Zu Frage b)/Kinderbetreuungsgeld**

Der Übertritt in die gesetzliche **Karenz** alleine führt noch nicht zu einer Änderung des bestehenden Krankenversicherungsverhältnisses, sondern erst die Tatsache, dass der Bezug von Kinderbetreuungsgeld mit einer Teilpflichtversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung verbunden ist, kann sich auf das Krankenversicherungsverhältnis auswirken, je nachdem, welche Krankenversicherung im Rahmen des Opting Out zum Zeitpunkt des Eintrittes dieser Pflichtversicherung besteht:

Für ZT, die sich im Rahmen des Opting Out für die **Selbstversicherung gem. § 16 ASVG** oder die **Selbstversicherung gem. § 14a GSVG** entschieden haben, enden diese beiden Versicherungen aufgrund der im Sinne des § 28 KBGG mit dem Bezug von Kinderbetreuungsgeld verbundenen gesetzlichen Krankenversicherung. Wird die Befugnis zur selbständigen Ausübung des ZT-Berufes zu diesem Zeitpunkt nicht ruhend gestellt, tritt automatisch Pflichtversicherung gem. § 14b GSVG ein.

Für ZT, die bereits vor dem Bezug von Kinderbetreuungsgeld der **Pflichtversicherung gem. § 14b GSVG** unterlegen sind, bleibt diese Pflichtversicherung solange weiter bestehen, als die Befugnis nicht ruhend gemeldet wird.

Die Ruhendmeldung der Befugnis führt gem. § 4 Abs. 1 Z 1 GSVG zur Ausnahme von der Pflichtversicherung gem. § 14b GSVG, Krankenversicherungsschutz ist für den Zeitraum des Kinderbetreuungsgeld-Bezuges aufgrund der mit diesen zusammenhängenden Pflichtversicherung gem. § 28 KBGG gegeben.

Zu beachten ist, dass im Fall der § 14b GSVG-Pflichtversicherung auch bei aufrechter Befugnis nicht immer Beiträge bezahlt werden müssen, sondern nur dann, wenn die Einkünfte aus der ZT-Tätigkeit die Geringfügigkeitsgrenze (2015: EUR 4.871,76 p.a.) übersteigen.

Für ZT, die sich im Rahmen des Opting Out für die GKV entschieden haben, **endet die GKV** mit dem Eintritt in die gesetzliche Karenz und dem Bezug von Kinderbetreuungsgeld **nicht**. Es besteht jedoch die Möglichkeit, die GKV

aufgrund der gemäß § 28 KBGG neu eintretenden gesetzlichen Krankenversicherung zu kündigen, wobei die Kündigung der GKV zwingend mit dem Wechsel zur Pflichtversicherung gem. § 14b GSVG verbunden ist, wenn die Befugnis zur selbständigen Ausübung des ZT-Berufes nicht zu dem Zeitpunkt ruhend gestellt wird, in dem die gesetzliche Krankenversicherung aufgrund des Bezuges des Kinderbetreuungsgeldes neu entsteht.

Die **Anlage 11** enthält unter ihrem Pkt. 2. detailliertere Ausführungen zum Krankenversicherungsschutz während des Bezuges von Kinderbetreuungsgeld und auch darüber, wie das Krankenversicherungsverhältnis im Rahmen des Opting Out nach Ende des Bezuges von Kinderbetreuungsgeld aussieht bzw. aussehen kann. Zum besseren Verständnis enthält die Anlage 11 unter ihrem Pkt. 2.2 auch eine schematische Darstellung des Krankenversicherungsverhältnisses während und nach dem Ende des Bezuges von Kinderbetreuungsgeld.

4.6 Welchen Einfluss kann es auf mein Krankenversicherungsverhältnis haben, wenn ich

- a) als ZT nur geringfügige Einkünfte aus der Berufsausübung habe und aufgrund einer anderen – meine Haupttätigkeit darstellenden – Erwerbstätigkeit schon in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert bin, oder**
- b) neben der selbständigen Ausübung des ZT-Berufes über geringfügige Einkünfte aus einer Tätigkeit als Aufsichtsrat, Vortragender u.ä. erziele?**

Im Falle von „geringfügigen“ Einkünften muss einerseits unterschieden werden, welche Einkünfte „geringfügig“ sind (die ZT-Einkünfte oder die anderen) und andererseits, ob die Geringfügigkeitsgrenze des ASVG oder eine der beiden Versicherungsgrenzen des GSVG anzuwenden bzw. anwendbar sind.

Wichtig ist, zu beachten, dass Einkünfte bis zur Geringfügigkeitsgrenze des ASVG und zur „kleinen“ Versicherungsgrenze II des GSVG krankenversicherungsfrei bleiben (können), während die im Falle der Selbstversicherung gem. § 14a GSVG zur Anwendung kommende „große“ Versicherungsgrenze I nicht dazu führen kann, dass die Einkünfte aus der ZT-Tätigkeit beitragsfrei bleiben, diese Versicherungsgrenze ist vielmehr wie eine „Mindestbeitragsgrundlage“ anzusehen (siehe dazu ausführlich die Anlagen 5 und 6).

Die Antworten auf die vorstehenden Fragen lassen sich nach **Anlage 12** wie folgt zusammenfassen:

- **Zu Frage a)**

Die Einkünfte aus der selbständigen ZT-Tätigkeit bleiben, wenn sie die „kleine“ Versicherungsgrenze II (Wert 2015: EUR 405,98 p.M. x 12 = EUR 4.871,76 pa.) nicht übersteigen, versicherungsfrei.

Dies gilt nur für den Fall nicht, dass es sich auch bei der Haupttätigkeit um eine Erwerbstätigkeit als „Neuer Selbständiger“ im Sinne des § 2 Abs. 1 Z 4 GSVG handelt (siehe die Antwort zur nachstehenden Frage b) sinngemäß).

Erwerbstätigkeiten als „Neue Selbständige“ sind für den Bereich der Krankenversicherung selbständige Erwerbstätigkeiten, die nicht als Mitglied einer der Kammern der gewerblichen Wirtschaft oder als Landwirt ausgeübt werden, zB. auch als nicht nach dem ASVG pflichtversicherter (nicht beteiligter) Geschäftsführer einer GmbH oder als im Rahmen eines freien Dienstvertrages tätig werdender Gesellschafter-Geschäftsführer einer GmbH, die nicht einer der Kammern der gewerblichen Wirtschaft angehört.

- **Zu Frage b)**

Neben der selbständigen Erwerbstätigkeit als ZT ausgeübte Erwerbstätigkeiten mit geringfügigen Einkünften bleiben grundsätzlich versicherungsfrei, wenn sie die Geringfügigkeitsgrenze des ASVG (Wert 2015: EUR 405,98 p.M.) bzw. die „keine“ Versicherungsgrenze II des GSVG (siehe vorstehend) – je nachdem, welche dieser Grenzen aufgrund der Art der Einkünfte im Einzelfall anzuwenden ist – versicherungsfrei.

Handelt es sich bei den geringfügigen Einkünften allerdings um Einkünfte als „Neuer Selbständiger“ iSd. § 2 Abs. 1 Z 4 GSVG – dies trifft z.B. bei Aufsichtsräten zu, aber auch bei Vortragenden, die nicht der Pflichtversicherung nach dem ASVG unterliegen – sind die gesamten Einkünfte (also die Einkünfte als ZT und die anderen Einkünfte) der „kleinen“ Versicherungsgrenze II gegenüberzustellen. Nur dann, wenn die Gesamteinkünfte die Versicherungsgrenze nicht übersteigen, bleiben sie versicherungsfrei, andernfalls unterliegen die geringfügigen Einkünfte aus der Tätigkeit als Aufsichtsrat oder Vortragender der Pflichtversicherung gem. § 2 Abs. 1 Z 4 GSVG.

4.7 Ich beziehe meine bisherige Pension aus dem Wohlfahrtsfonds („WEPension“) zukünftig von der SVAgW, ändert diese Tatsache etwas an meinem bestehenden Krankenversicherungsverhältnis?

ZT-Pensionisten erhalten ihre bisherige Pension aus der Wohlfahrtseinrichtung seit dem Jahr 2014 als „Besondere Pensionsleistung“ gem. § 20c FSVG, wobei die SVAgW diese Pension zum besseren Verständnis und zur leichteren Abgren-

zung von den Pensionen aus der gesetzlichen Pensionsversicherung unter der Bezeichnung „**Ziviltechniker-Alterspension**“ auszahlt.

Am bestehenden Krankenversicherungsverhältnis ändert dies nichts:

Neben der mit Februar 2014 eingetretenen Änderung der auszahlenden Stelle wird lediglich neu sein, dass die bisher im Vorhinein überwiesenen Pensionen zukünftig – so wie alle Pensionen aus der gesetzlichen Sozialversicherung – im Nachhinein geleistet werden, dh., erstmalig die Pension für Februar 2014 erst am 01. März 2014, für März 2014 am 1. April 2014 usw.

Um zu vermeiden, dass zwischen der noch von der Wohlfahrtseinrichtung schon Ende Dezember 2013 überwiesenen Pension für Jänner 2014 und der erst am 01. März 2014 von der SVAgW ausgezahlten Februar-Pension keine Unterbrechung der Pensionsleistungen eintritt, haben ZT-Pensionisten am 01. Februar 2014 einen Pensionsvorschuss in Höhe ihrer Pension erhalten, der dadurch ausgeglichen wird, dass für den Sterbemonat keine Pension mehr zusteht.

Das Krankenversicherungsverhältnis sieht für diese ZT-Pensionisten daher unverändert wie folgt aus, wobei die zukünftig von der SVAgW unter der Bezeichnung „Ziviltechniker-Alterspension“ überwiesene „Besondere Pensionsleistung“ **nachfolgend als „WE-Pension“** bezeichnet wird:

- ZT-Pensionisten, die weiterhin ausschließlich ihre WE-Pension beziehen, müssen in der gesetzlichen Krankenversicherung – so wie schon bisher – grundsätzlich (siehe dazu aber die FN 3 der Anlage 13) nicht mehr selbstversichert sein, sie können sich aber in der Krankenversicherung gem. § 16 ASVG oder gem. § 14a GSVG freiwillig selbstversichern.

Die Teilnahmepflicht an der GKV bleibt allerdings bestehen, wenn der ZT zum Zeitpunkt des Eintrittes in den Ruhestand GKV-krankensichert war (zur Möglichkeit, die GKV zu kündigen, siehe nachstehend und die Fragen 2.5 – 2.7).

- **Pflichtversicherung hinsichtlich der WE-Pension besteht hingegen auch in der gesetzlichen Krankenversicherung** für den Fall, dass infolge Erwerbstätigkeit, einer zusätzlichen Pension aus der gesetzlichen Sozialversicherung oder aus anderen Gründen neben der WE-Pension Pflichtversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung eintritt (eingetreten ist). Eine solche Pflichtversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung führt dazu, dass auch von der WE-Pension Pflichtversicherungsbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung zu leisten sind.

Für ZT-Pensionisten, die sich für die GKV entschieden haben, besteht in einem solchen Fall die Möglichkeit, die GKV zu kündigen, um die eintretende Doppelversicherung (gesetzliche Krankenversicherung neben GKV) zu ver-

meiden, allerdings hinsichtlich der WE-Pension mit der Folge der Pflichtversicherung gem. § 14b GSVG.

Eine systematische Übersicht über das Krankenversicherungsverhältnis der ZT-Pensionisten, die weiterhin ausschließlich ihre WE-Pension, wenn auch als „Besondere Pensionsleistung“ unter dem Titel „Ziviltechniker-Alterspension“ von der SVAgW ausgezahlt, beziehen, enthält die **Anlage 13**.

4.8 Ich bin als aktiver ZT seit 01.01.2013 nach dem FSVG pensionspflichtversichert, wie wird aufgrund dieser Tatsache mein Krankenversicherungsverhältnis aussehen, wenn ich in den Ruhestand treten werde?

ZT, die nach dem 31.12.2012 in den Ruhestand getreten sind oder zukünftig treten werden, erhalten zwei Teilpensionen, eine noch nach dem Recht des Wohlfahrtsfonds und eine zweite Teilpension berechnet nach den Bestimmungen der gesetzlichen Pensionsversicherung. Die Teilpension nach dem „alten“ Recht des Wohlfahrtsfonds wird als „Besondere Pensionsleistung“ gem. § 20c (wenn Pensionsantrag bis 31.12.2013 spätestens auf Stichtag 01.01.2014) oder gem. § 20d FSVG (wenn Pensionsantrag nach dem 31.12.2013 auf Stichtage ab 01.02.2014) gewährt, wobei die SVAgW diese „Besonderen Pensionsleistungen“ zum besseren Verständnis und zur leichteren Abgrenzung von anderen Pensionen bzw. Pensions-Teilen unter der Bezeichnung „Ziviltechniker-Alterspension“ (**nachfolgend als „WE-Pension“ oder „WE-Teilpension“ bezeichnet**) auszahlt.

Für in den ersten Jahren seit 2013 in den Ruhestand (getretene) tretende ZT (hat) wird die WE-Pension den Hauptteil des gesamten Pensionsbezuges (gebildet) bilden, je später ein ZT – vom Jahr 2013 aus gesehen – in den Ruhestand tritt, desto niedriger wird die WE-Pension und höher die Pension aus der gesetzlichen Sozialversicherung sein, bis zu dem Zeitpunkt, in dem jene ZT in den Ruhestand treten werden, die erst nach dem 31.12.2012 die Befugnis zur Ausübung des ZT-Berufes erworben haben und ihre Pension daher zur Gänze als Pension aus der gesetzlichen Sozialversicherung beziehen werden.

Bei der zweiten Teilpension wird es sich um eine FSVG-Pension handeln, wenn der ZT in den letzten 15 Jahren vor dem Pensionseintritt ausschließlich als ZT erwerbstätig war. Bei ZT, die in diesem Zeitraum nicht ausschließlich ihren ZT-Beruf ausgeübt haben sondern aufgrund einer anderen Erwerbstätigkeit (zB. als Lehrbeauftragter) im Rahmen der „Mehrfachversicherung“ (siehe Anlage 5, Pkt. 3.1) auch der Pensionspflichtversicherung nach dem ASVG unterlegen sind, ist es durchaus denkbar, dass sie nicht eine FSVG- sondern eine ASVG-Pension erhalten (siehe Anlage 14, FN 3 zur tabellarischen Übersicht).

Die Unterscheidung, ob FSVG- oder ASVG-Pension ist deshalb von Bedeutung, weil ASVG-Pensionen immer zur Pflichtversicherung in der gesetzlichen Kranken-

versicherung führen, während es bei FSVG-Pensionen darauf ankommt, wieviel Versicherungsmonate der ZT während seines gesamten Versicherungsverlaufes im Rahmen der gesetzlichen Pensionsversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert war (siehe Anlage 14, FN 4 zur tabellarischen Übersicht).

Die Kombination „WE-Teilpension + Teilpension aus der gesetzlichen Sozialversicherung mit oder ohne Krankenpflichtversicherung“ kann für den ZT-Pensionisten unter Berücksichtigung seines Krankenversicherungsverhältnisses im Rahmen des Opting Out zum Zeitpunkt des Eintrittes in den Ruhestand (GKV, Selbstversicherung gem. § 16 ASVG oder Selbst-/Pflichtversicherung gem. §§ 14a/14b GSVG) zu den unterschiedlichsten Konstellationen führen.

Zu diesen beiden getrennt zu haltenden Teilpensionen, die jede für sich auf einer anderen gesetzlichen Grundlage und daher auch auf einem getrennten Bescheid der SVAgW beruht, können dann noch für das Krankenversicherungsverhältnis relevante Erwerbstätigkeiten des ZT-Pensionisten treten, wobei diese entweder der gesetzlichen Krankenpflichtversicherung oder auch, wenn es sich um weitere ZT-Tätigkeit handelt, dem Regime des Opting Out unterliegen.

Die daraus resultierenden Konstellationen zeigt die **Anlage 14** nicht nur auf, sie informiert auch, wie es zur jeweiligen Konstellation kommen kann und gibt dem ZT-Pensionisten einen Überblick darüber, wie sein Krankenversicherungsverhältnis, je nachdem welche Konstellation vorliegt, aussieht und welche Möglichkeiten er gegebenenfalls hat, um dieses zu ändern (zB. die Möglichkeit, die GKV infolge einer neu entstandenen Pflichtversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung kündigen zu können, um eine Doppelversicherung – gesetzliche Krankenversicherung neben GKV – zu vermeiden).

4.9 Können ZT-Pensionisten auch die im Rahmen des Opting Out freiwillig geleisteten Krankenversicherungsbeiträge zu den Selbstversicherungen gem. § 16 ASVG oder § 14a GSVG als Werbungskosten/Betriebsausgaben steuerlich voll absetzen?

Während es sich bei den Prämien zur GKV idR. um Pflichtbeiträge handeln wird, ist dies bei den anderen Optionen im Rahmen des Opting Out nicht immer der Fall. Die von ZT-Pensionisten geleisteten Beiträge sind nur insoweit Pflichtbeiträge, als es sich um Beiträge zur Pflichtversicherung gem. § 14b GSVG oder um Prämien zur GKV handelt, weil die Teilnahmepflicht an der GKV mit dem Eintritt in den Ruhestand nicht endet (Art. 5, Abs. 1 GKVV und § 4 Abs. 2 der Satzung Krankenversicherung).

Beiträge, die ZT-Pensionisten zur Selbstversicherung gem. § 16 ASVG oder zur Selbstversicherung gem. § 14a GSVG leisten, sind hingegen nicht jedenfalls

Pflichtbeiträge, weil ZT-Pensionisten für den Fall, dass sie ausschließlich ihre „WE-Pension“ beziehen, im Rahmen des Opting out grundsätzlich nicht mehr in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind (siehe Frage 4.7).

Die von ZT-Pensionisten freiwillig zu den Selbstversicherungen gem. § 16 ASVG oder § 14a GSVG geleisteten Beiträge sind jedoch als freiwillige „Beiträge zu einer inländischen gesetzlichen Krankenversicherung“ ebenfalls gem. § 16 Abs. 1 Z 4 lit. e) EStG 1988 als Werbungskosten oder gegebenenfalls auch gem. § 4 Abs. 4 Z 1 lit. b) EStG 1988 als Betriebsausgaben abzugsfähig (siehe dazu EStR 2000, Rz 1266).

Nur freiwillig zur GKV geleistete Prämien (siehe Art. 4 Abs. 8 GKVV) können steuerlich nicht als Werbungskosten/Betriebsausgaben sondern nur als beschränkt abzugsfähige Sonderausgaben steuerlich geltend gemacht werden (EStR 2000, Rz 1262).