

**Die Bedarfsorientierte Mindestsicherung
und ihre Auswirkungen auf die
gesetzliche Krankenversicherung**

Dr. Regina Uschner,
Diplom-Wirtschaftsjuristin (FH)

Rechtsstand: 30. September 2010

Abkürzungsverzeichnis	III
1 Einführung	1
2 Vorstellung Bedarfsorientierte Mindestsicherung	2
3 Krankenversicherung im Rahmen der Bedarfsorientierten Mindestsicherung	6
3.1 Versicherter Personenkreis	6
3.2 Meldewesen	9
3.3 Beitragswesen	10
3.4 Leistungsanspruch	12
3.5 Begünstigungen	14
4 Finanzierungsaspekte	17
5 Zusammenfassung und Ausblick.....	19
Literaturverzeichnis	21
Verzeichnis der verwendeten Gesetze und Gesetzesmaterialien	21
Verzeichnis der sonstigen Quellen	23

Abkürzungsverzeichnis

(Auf die Darstellung der im allgemeinen Sprachgebrauch üblichen Abkürzungen wurde verzichtet.)

Abs.	Absatz
Art.	Artikel
ASOK	Arbeits- und SozialrechtsKartei
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BMS	Bedarfsorientierte Mindestsicherung
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
Einbeziehungsverordnung	Verordnung des Bundesministers für soziale Verwaltung vom 28. November 1969 über die Durchführung der Krankenversicherung für die gemäß § 9 ASVG in die Krankenversicherung einbezogenen Personen
i. S. d.	im Sinne des/der/dieser
i. V. m.	in Verbindung mit
lit.	Littera
RBS 2005	Richtlinien für die Befreiung vom Service-Entgelt 2005
RBZGesVors 2010	Richtlinien für die Festsetzung und Befreiung von Zuzahlungen bei Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit und der Gesundheitsvorsorge 2010
RBZRehab 2005	Richtlinien für die Befreiung von Zuzahlungen gemäß § 31 Abs. 5 Z 27 ASVG bei Maßnahmen der Rehabilitation
Rn	Randnummer
RRZ 2008	Richtlinien für die Befreiung von der Rezeptgebühr gemäß § 31 Abs. 5 Z 16 ASVG

RZB 2005	Richtlinien für die Befreiung vom Zusatzbeitrag für Angehörige gemäß § 31 Abs. 5 Z 16a ASVG
Salzburger MindestsicherungsG	Gesetz über die Bedarfsorientierte Mindestsicherung im Bundesland Salzburg
SbgLGBl.	Landesgesetzblatt für das Land Salzburg
Sozialversicherungs- Änderungsgesetz 2010	Bundesgesetz, mit dem das Arbeitslosenversicherungsgesetz 1977, das Überbrückungshilfengesetz, das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz und das Bauern-Sozialversicherungsgesetz geändert werden (Sozialversicherungs-Änderungsgesetz 2010 – SVÄG 2010)
Staatsvertrag	Vereinbarung zwischen dem Bund und den Ländern gemäß Art. 15a B-VG über eine bundesweite Bedarfsorientierte Mindestsicherung
Z	Ziffer

1 Einführung

Mit dem Beschluss des Nationalrats am 07. Juli 2010 wurde auf Bundesebene der Grundstein für die Einführung der Bedarfsorientierten Mindestsicherung (BMS) gelegt. Bereits seit langem wurde über die Einführung dieses Fürsorgeinstruments diskutiert.¹ Ziel dieses Mittels ist es, die Armut zu bekämpfen und die betroffenen Personen wieder ins Arbeitsleben einzugliedern.²

Jedoch berührt die BMS nicht nur den Bereich der klassischen Sozialhilfe, sondern auch den Bereich der Krankenversicherung, denn sie beinhaltet den Krankenversicherungsschutz der Bezieher – in den Medien prägnant als „E-Card für alle“³ beschrieben. Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, einen Überblick über die Auswirkungen der BMS auf die Krankenversicherung zu bieten. Um den Rahmen der Abhandlung nicht zu sprengen ist eine Beschränkung auf die grundlegenden Aspekte dieser Form der Krankenversicherung geboten.

Zu Beginn der Abhandlung steht eine Einführung in die Grundzüge der BMS. Im Anschluss daran werden Fragen des Versicherungs-, Melde- und Beitragswesens in diesem Kontext erläutert. Entsprechend dem realen Ablauf - grundsätzlich erst die Anmeldung, dann der Leistungsanspruch - werden in der Folge der Umfang des Leistungsanspruchs und etwaige Begünstigungen dargestellt, die den in dieser Form Versicherten gebühren. Abschließend wird auf die Frage der Finanzierung dieser Leistungen eingegangen.

Da es sich gerade um einen Überblick handeln soll und keine Detaildarstellung, werden Ausführungen zu den Grundlagen in den einzelnen Bereichen auf ein Mindestmaß reduziert.

¹ Darstellung der Entwicklungsgeschichte in den Materialien zum Staatsvertrag, S. 3 f.

² Art. 1 Staatsvertrag.

³ OE24.at, Beschlossen – Mindestsicherung – E-Card für alle, 08. Juli 2010; DerStandard.at, Ab September – Mindestsicherung startet – E-Cards in allen Bundesländern, 31. August 2010.

Soweit in der Folge gesetzliche Regeln zitiert werden, handelt es sich hierbei jeweils um die aktuelle Fassung, in der die Regelungen zur BMS bereits erfasst sind.⁴

In der Arbeit wurde dem Grundsatz der geschlechtsneutralen Formulierung weitestgehend Rechnung getragen. Soweit aus Gründen der Lesbarkeit und Verständlichkeit der Inhalte nur die männliche Bezeichnung verwendet wurde, bezieht sie sich auf beide Geschlechter.

2 Vorstellung Bedarfsorientierte Mindestsicherung

Die BMS bezeichnet ein Fürsorgeinstrument. Systematisch ist dieses Hilfssystem dem Zweig der Sozialhilfe zuzuordnen. Der Bereich der Sozialhilfe liegt in der Kompetenz der Bundesländer.⁵ In der Vergangenheit führte dies zu starken Unterschieden in den Leistungen der einzelnen Länder. Um der Rechtszersplitterung entgegenzuwirken, wurde nun ein einheitlicher Mindeststandard für die sog. „offene Sozialhilfe“ geschaffen: Die Bedarfsorientierte Mindestsicherung.

Um auch angrenzende Kompetenzbereiche des Bundes (z. B. Sozialversicherungswesen) einzubeziehen, wurde rechtstechnisch eine Vereinbarung zwischen Bund und Ländern auf Basis des Art. 15a B-VG getroffen: Die Vereinbarung zwischen dem Bund und den Ländern gemäß Art. 15a B-VG über eine bundesweite Bedarfsorientierte Mindestsicherung (Staatsvertrag). Diese ist auf beiden Ebenen - Bund und Ländern - durch gesetzliche Regelungen umzusetzen.⁶ Auf Bundesebene erfolgt die Umsetzung der Regelungen zur BMS durch die Anpassung des ASVG sowie der weiteren betroffenen Regelungsbereiche.⁷ Auch auf Landesebene sind entsprechende Umsetzungsgesetze zu verabschieden.⁸ Als Einföhrungstermin war der 01. September 2010 vorgesehen. Termingerecht wurden die gesetzlichen Regelungen nur in den Bundesländern Salzburg, Wien und Niederösterreich geschaffen. In den anderen Bundesländern erfolgt die Umsetzung in den nächsten Monaten.⁹

⁴ Das bedeutet den Regelungsstand vom 01. September 2010.

⁵ Grillberger, Österreichisches Sozialrecht, S. 133.

⁶ Berka, Lehrbuch Verfassungsrecht, Rn 463.

⁷ Siehe näher: Gerhartl, ASOK 2010, S. 270.

⁸ Beispielsweise Salzburger MindestsicherungsG.

⁹ Help.gv.at, Bedarfsorientierte Mindestsicherung.

Als Instrument der Sozialhilfe stellt die BMS eine subsidiäre Leistung dar,¹⁰ die nur in Notlagen greift, d. h. wenn die eigenen Mittel zur Deckung des notwendigen Bedarfs nicht ausreichen.

Sie umfasst gemäß Art. 3 Staatsvertrag drei Bedarfsbereiche:

1. Sicherung des Lebensunterhalts
2. Sicherung des Wohnbedarfs
3. Schutz bei Krankheit und Schwangerschaft

Die Sicherung des Lebensunterhalts sowie des Wohnbedarfs erfolgt durch pauschalisierte Geldleistungen, Art. 2 Abs. 1 Staatsvertrag. Der Schutz bei Krankheit und Schwangerschaft erfolgt durch die Einbeziehung in die Krankenversicherung.¹¹ Ergänzend sieht Art. 12 Staatsvertrag zusätzliche Geld- oder Sachleistungen bei besonderem Bedarf vor.

Bedeutsam ist, dass nur der Bereich der sog. „offenen“ Sozialhilfe abgedeckt wird. Personen in stationären Einrichtungen zählen gemäß Art. 2 Abs. 1 Staatsvertrag nicht zum Adressatenkreis der BMS.

Als Voraussetzungen für eine Leistung aus der BMS normiert Art. 4 Staatsvertrag den gewöhnlichen Aufenthalt im Inland sowie die fehlende Möglichkeit die erfassten Bedarfsbereiche zu decken. Damit ist der Anwendungskreis per se weit und erfasst alle, die sich längerfristig in Österreich aufhalten. Jedoch erfolgt eine Einschränkung dahingehend, dass nur solche Personen einen Rechtsanspruch auf eine entsprechende Leistung haben, die zu einem dauernden Aufenthalt im Inland berechtigt sind. Dies sind zum einen österreichische Staatsangehörige und ihre Familienangehörigen und zum anderen Personen anderer Staatsangehörigkeit, die einen entsprechenden Aufenthaltstitel nachweisen können. Durch das Kriterium des gewöhnlichen Aufenthalts im Inland ist jedoch sichergestellt, dass die Leistung nicht ins Ausland exportiert werden kann.

¹⁰ So ausdrücklich: Art. 2 Abs. 2 Staatsvertrag.

¹¹ Siehe ausführlich unten Kap. 3.1.

Beachtenswert ist, dass der Kreis derjenigen, die grundsätzlich die Leistungen erhalten können, weiter ist als der derjenigen, die einen Rechtsanspruch auf die Leistungen haben. Das bedeutet faktisch, dass die Leistungen auch an Personen im weiten Kreis der Adressaten erbracht werden können – jedoch nicht müssen.

Als weitere grundlegende Voraussetzung für den Bezug einer Leistung aus der BMS sieht Art. 4 Abs. 1 Staatsvertrag vor, dass die Person nicht in der Lage ist, die genannten Bedarfsbereiche selbst zu decken. Der Umfang der Bedarfsbereiche wird in Art. 3 Staatsvertrag detailliert definiert: Der Lebensunterhalt umfasst allen wiederkehrenden Aufwand für die alltäglichen Bedürfnisse sowie angemessene soziale und kulturelle Teilhabe. Der Wohnbedarf ist in angemessenem Rahmen zu decken. Auf den Umfang des krankensicherungsrechtlichen Schutzes wird in der Folge detailliert eingegangen.¹²

Weiteres wird grundsätzlich die Bereitschaft zum Einsatz der eigenen Arbeitskraft als Voraussetzung normiert, Art. 2 Abs. 1 Staatsvertrag. Diese Anforderung steht jedoch vorbehaltlich abweichender Regelungen im Staatsvertrag und wird in der Folge in Art. 14 Staatsvertrag relativiert. Die Arbeitsbereitschaft ist nur insoweit zu fordern als die Aufnahme einer unselbständigen Tätigkeit für die betreffende Person rechtlich erlaubt ist. Zusätzlich normiert Art. 14 Abs. 3 Staatsvertrag abschließend, von welchen Personengruppen der Einsatz der Arbeitsbereitschaft nicht verlangt werden darf. Hierzu zählen beispielsweise Personen, die das Regelpensionsalter nach dem ASVG bereits erreicht haben oder die Betreuungspflichten gegenüber Kleinkindern haben.

Sind alle Voraussetzungen erfüllt, so sind Höhe und Art der Leistung zu ermitteln. Wesentliches Merkmal der Sozialhilfe generell ist die Individualität, d. h. die Leistung ist von der konkreten Lebenssituation des Bedürftigen abhängig.¹³ Ist die Person nicht in der Lage den Bedarf aus eigenen Mitteln zu decken, so gebührt ihr die Unterstützung im jeweils notwendigen Maß. Das bedeutet, dass Leistungen nur im Ausmaß der fehlenden Eigenmittel gebühren. Der Leistungsgewährung

¹² Siehe unten Kap. 3.4.

¹³ Grillberger, Österreichisches Sozialrecht, S. 132.

geht eine umfassende Einkommensprüfung voraus. Hierbei sind auch die zur Verfügung stehenden Mittel Dritter sowie verwertbares Vermögen zu berücksichtigen, Art. 13 Staatsvertrag. Beachtenswert ist, dass nicht grundsätzlich alles Vermögen einzusetzen ist, sondern bestimmte Ausnahmen vorgesehen sind (z. B. Gegenstände zur Erwerbsausübung, Immobilien zur Deckung des eigenen Wohnbedarfs).

Die Konsequenz aus diesem Ansatz ist, dass nicht in jedem Falle alle Bedarfsbereiche durch Leistungen aus der BMS gedeckt werden, sondern nur diejenigen, in denen die öffentliche Unterstützung tatsächlich notwendig ist. So ist beispielsweise nur die Unterstützung im Bereich des Lebensunterhalts oder der Wohnaufwendungen möglich. Es handelt sich somit nicht um die BMS, die gewährt wird, sondern um eine Leistung aus der BMS, die gewährt wird. Selbstverständlich ist auch der Bezug mehrerer Leistungen möglich.

Berücksichtigung bei der Bemessung der Leistung findet nicht nur der Bedarf des einzelnen Beziehers. Es können auch die Bedürfnisse von Dritten zu berücksichtigen sein. Dies sieht Art. 4 Abs. 2 Staatsvertrag ausdrücklich vor: Ansprüche für Personen, die mit dem Bezieher in einem gemeinsamen Haushalt leben, Unterhaltsansprüche gegenüber diesem haben oder mit ihm in Lebensgemeinschaft leben, können ebenfalls durch den Bezieher geltend gemacht werden. Dies bedeutet die Anwendung eines anderen Bedarfssatzes. In diesen Fällen ist das Kriterium des gewöhnlichen Aufenthalts in Österreich auch durch die zu berücksichtigenden Personen zu erfüllen.¹⁴

Wie bereits zuvor erwähnt, ist die Bereitschaft die eigene Arbeitskraft einzusetzen Voraussetzung für den Bezug einer Leistung aus der BMS. Verweigert der Bezieher den Einsatz der Arbeitskraft, so sieht Art. 14 Abs. 4 Staatsvertrag als Sanktion die Kürzung der Leistungen um bis zu 50 % vor. In besonderen Ausnahmefällen kann die Leistung weiter gekürzt werden bzw. ganz entfallen. Ausgenommen von der Kürzung ist der Bereich des Wohnbedarfs sowie des Lebensunterhalts von Angehörigen.

¹⁴ Materialien zum Staatsvertrag, S. 9.

Ändert sich die Vermögenssituation des Beziehers einer Leistung aus der BMS, so entfällt das Anrecht auf diese Leistung. Ändert sich die Vermögenssituation derart, dass der Bezieher später zu einem verwertbaren Vermögen gelangt, das nicht selbst erwirtschaftet wurde (z. B. Erbschaft), so kann der Träger den Ersatz der erbrachten Leistungen verlangen, Art. 15 Abs. 1 Staatsvertrag. Dieser Anspruch gilt auch gegenüber späteren Erben. Ebenso kann der Kostenersatz von Dritten verlangt werden, wenn diese verpflichtet gewesen wären, zur Bedarfsdeckung des Beziehers beizutragen, Art. 15 Abs. 1 Staatsvertrag. Damit wird wiederum das Merkmal der Subsidiarität des Sozialhilfeinstruments verdeutlicht:¹⁵ Das soziale Netz greift nur, wenn der Bedarf nicht anderweitig gedeckt werden konnte, d. h. hier durch eigene oder fremde Leistungen.

3 Krankenversicherung im Rahmen der Bedarfsorientierten Mindestsicherung

3.1 Versicherter Personenkreis

Art. 8 Abs. 1 Staatsvertrag bestimmt, dass Bezieher einer Leistung aus der BMS in die gesetzliche Krankenversicherung einzubeziehen sind, sofern sie nicht bereits pflichtversichert sind.

Grundlegend lässt sich damit festhalten, dass die Versicherung aufgrund des Bezugs einer Leistung aus der BMS nur dann greift, wenn keine anderweitige Pflichtversicherung besteht. Dies kann beispielsweise beim Bezug von Kinderbetreuungsgeld gegeben sein.¹⁶

Der Wortlaut der staatsvertraglichen Regelung „in die gesetzliche Krankenversicherung einbezogen“, weist bereits auf die praktische Umsetzung hin: § 9 ASVG räumt dem zuständigen Bundesministerium u. a. die Möglichkeit ein, Personengruppen, die keinem Erwerb nachgehen und für die keine Pflichtversicherung in der Krankenversicherung besteht, in den Schutz der Krankenversicherung einzubeziehen. Dies erfolgt durch die Verordnung über die Durchführung der Kranken-

¹⁵ So grundsätzlich zu Ersatzpflichten: Grillberger, Österreichisches Sozialrecht, S. 136.

¹⁶ § 8 Abs. 1 Z 1 lit. f) ASVG sieht eine Teilversicherung in der Krankenversicherung beim Bezug von Kinderbetreuungsgeld vor.

versicherung für die gemäß § 9 ASVG in die Krankenversicherung einbezogenen Personen (Einbeziehungsverordnung).

Voraussetzungen hierfür sind die Anhörung der entsprechenden Interessensvertretungen sowie des Hauptverbandes. Der Einbeziehung dürfen keine öffentlichen Rücksichten aus dem Gesichtspunkt der Sozialversicherung entgegenstehen, d. h. es dürfen dem jeweiligen Versicherungsträger durch die Einbeziehung keine Mehrbelastungen in finanzieller oder administrativer Form entstehen.¹⁷ Dies steht in engem Zusammenhang mit den finanziellen Aspekten, die in weiterer Folge darzustellen sind.¹⁸ Die entsprechende Verordnung bedarf gemäß § 9 ASVG der Zustimmung des Hauptausschusses des Nationalrats.

Durch die Änderung der Einbeziehungsverordnung wird den Beziehern einer Leistung aus der BMS der Weg in die gesetzliche Krankenversicherung eröffnet. Normiert wird dies in § 1 Z 20 Einbeziehungsverordnung. Ausgenommen sind diejenigen Bezieher für die eine Selbstversicherung nach § 19a ASVG besteht sowie Personen, die im Rahmen einer Pflichtversicherung als Angehörige mitversichert werden können.

Da die Selbstversicherung bei geringfügiger Beschäftigung gemäß § 19a ASVG zu einer Teilversicherung in der Kranken- und Pensionsversicherung führt und zudem einen weiteren Leistungskatalog in der Krankenversicherung eröffnet,¹⁹ ist diese Ausnahme schlüssig. Die zweite Ausnahme – Vorrangigkeit der Angehörigeneigenschaft - erweist sich hingegen als systemfremd: Allgemein ist der Anspruch als Angehöriger nach § 123 Abs. 1 ASVG subsidiär zu jeder eigenen Krankenversicherung.²⁰ Diese Besonderheit im Falle der BMS liegt darin begründet, dass die Haushaltsgemeinschaft einen wesentlichen Bezugspunkt dieser Leistung darstellt. Durch diese Ausnahme wird erreicht, dass nicht bereits geringfügige Unterstützungsleistungen diese beitragspflichtige Versicherung auslösen, wenn die Mitversicherung als Angehöriger zu günstigeren Konditionen möglich ist.

¹⁷ Sonntag, ASVG, § 9, Rn 1.

¹⁸ Siehe unten Kap. 4.

¹⁹ So erwirbt der Versicherte auch Ansprüche auf Geldleistungen in der Krankenversicherung (§ 19a Abs. 6 i. V. m. § 141 Abs. 5 ASVG Krankengeld bzw. § 162 Abs. 3a ASVG Wochengeld).

²⁰ Sonntag, ASVG, § 123, Rn 1.

Damit ergibt sich faktisch eine Rangfolge in den Möglichkeiten der Versicherung von Beziehern einer Leistung der BMS:

1. jede andere Pflichtversicherung
2. Mitversicherung als Angehöriger oder Selbstversicherung nach § 19a ASVG
3. Versicherung im Rahmen der BMS

Versichert werden die Bezieher einer Leistung aus der BMS, d. h. diejenigen, die eine Unterstützung zur Sicherung des Lebensunterhalts und/oder des Wohnbedarfs erhalten.

Wie im Rahmen aller anderen Versicherungen auch, besteht bei der Versicherung im Rahmen der BMS ebenso die Möglichkeit, Angehörige in dieser Versicherung mitzuerfassen. Aus dem ASVG ergeben sich gemäß § 123 folgende Voraussetzungen: Der Angehörige muss den gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben, darf nicht anderweitig krankenversichert sein und muss die Angehörigeneigenschaft erfüllen. Als Angehörige i. S. d. Bestimmungen zählen Ehepartner, eingetragene Partner sowie regelmäßig Kinder (u. U. mit weiteren Voraussetzungen).

Nach § 2 Abs. 1 lit. o) Einbeziehungsverordnung beginnt die Versicherung mit dem ersten Tag des Zeitraums für den eine Leistung aus der BMS zuerkannt wird. Beendet wird sie mit dem letzten Tag des Bezugsrechts, § 2 Abs. 2 lit. l) Einbeziehungsverordnung.

Als zuständiger Versicherungsträger wird die örtlich zuständige Gebietskrankenkasse normiert. Die örtliche Zuständigkeit bestimmt sich in diesem Fall nach dem Sitz des jeweiligen Trägers der Sozialhilfe, § 3 lit. n) Einbeziehungsverordnung. Der Träger der Sozialhilfe ist das jeweilige Bundesland.²¹ Örtlich zuständig i. S. d. § 30 ASVG ist folglich die entsprechende Gebietskrankenkasse für das jeweilige Bundesland.

²¹ Vgl. beispielsweise § 34 Salzburger MindestsicherungsG.

Qualitativ wird dem Bezieher der reine Krankenversicherungsschutz gewährt, d. h. es handelt sich um eine Teilversicherung nur in diesem Zweig der Sozialversicherung.

3.2 Meldewesen

Die Leistungen der BMS werden durch die jeweils zuständigen Sozialhilfeträger gewährt. Wie bereits zuvor erwähnt,²² liegt der Bereich der Sozialhilfe in der Kompetenz der Bundesländer. Durch die jeweiligen Landesgesetze wird die administrative Abwicklung der BMS an die Bezirksverwaltungsbehörden übertragen.²³

Im Gegensatz zur bisher üblichen Selbstversicherung gilt bei einer Einbeziehung nach § 9 ASVG nicht das Antragsprinzip. Der Bezieher der BMS hat daher keinen Antrag auf Krankenversicherung zu stellen, sondern der zuständige Sozialhilfeträger hat den Bezieher zur Krankenversicherung anzumelden. Entsprechend § 4 Abs. 2 lit. q) Einbeziehungsverordnung haben diese Träger die in §§ 33 f. ASVG angeführten Meldepflichten zu erfüllen. Die zuständigen Behörden der Länder treten folglich an die Stelle des Dienstgebers im Sinne dieser Bestimmungen.

§ 33 ASVG regelt die An- und Abmeldung der Pflichtversicherten wie folgt: Für Dienstgeber gilt allgemein, dass diese ihre Dienstnehmer regelmäßig vor Arbeitsantritt anzumelden haben und binnen 7 Tagen nach Ende der Pflichtversicherung abzumelden haben. Die Anmeldung kann gemäß § 33 Abs. 1a ASVG auch schrittweise durch eine Mindestangabenmeldung vor Arbeitsantritt und eine vollständige Meldung nach Arbeitsantritt erfolgen. Gemäß § 34 ASVG ist der Dienstgeber zudem verpflichtet, jede für die Versicherung bedeutsame Änderung binnen 7 Tagen mitzuteilen. Sämtliche Meldungen (An-, Ab- und Änderungsmeldung) haben an den zuständigen Krankenversicherungsträger zu erfolgen.

Für die Krankenversicherung aus der BMS bedeutet dies Folgendes: Dem Arbeitsbeginn gleich steht der erste Tag des Bezugs einer Leistung aus der BMS. Liegen zu diesem Tag die Voraussetzungen vor, um die Person in die Kranken-

²² Siehe oben Kap. 2.

²³ Vgl. beispielsweise § 20 Abs. 1 Salzburger MindestsicherungsG.

versicherung einzubeziehen,²⁴ so greift die Meldepflicht. Das bedeutet die zuständige Behörde hat mit diesem Tag die Anmeldung vorzunehmen.

Dies gilt gleichermaßen für die Abmeldung. Spätestens 7 Tage nach dem letzten Tag für den eine Leistung aus der BMS gebührte, ist die betreffende Person durch die zuständige Behörde abzumelden.

Als meldepflichtige Änderungen nennt § 34 ASVG beispielsweise eine Änderung der Beitragsgrundlage. Dies kommt im Bereich der BMS insbesondere dann in Betracht, wenn eine Änderung in der Bedarfsgemeinschaft vorliegt, d. h. ein anderer Richtsatz als Beitragsgrundlage anzuwenden ist.²⁵ Ausgelöst werden kann dies beispielsweise durch die Geburt eines Kindes. In derartigen Fällen sind von den zuständigen Behörden die Meldungen ebenfalls binnen 7 Tagen vorzunehmen.

Alle Meldungen sind an den zuständigen Krankenversicherungsträger zu erstatten.

3.3 Beitragswesen

Art. 8 Abs. 2 Staatsvertrag sieht vor, dass die Länder für die zu versichernden Bezieher einer Leistungen aus der BMS den Krankenversicherungsbeitrag zu leisten haben. Als Beitragsschuldner wird folglich auch in § 6 Abs. 8 Einbeziehungsverordnung das jeweils zuständige Bundesland definiert. Mithin gewähren die Länder den Schutz aus der Krankenversicherung durch die Übernahme der Versicherungsbeiträge.²⁶ Den Versicherten selbst trifft keine Zahlungsverpflichtung. Das bedeutet auch, dass sich die Einbeziehung in die Krankenversicherung aus der BMS nicht auf die Höhe der Geldleistung auswirkt, die der Bezieher erhält.

Der Beitrag ist in der Höhe zu entrichten, wie sie von und für Ausgleichszulagenbezieher im ASVG vorgesehen ist, Art. 8 Abs. 2 Staatsvertrag. Dies wird in der Einbeziehungsverordnung entsprechend durch § 5 Abs. 1a umgesetzt: Die Bei-

²⁴ Siehe oben Kap. 3.1 (keine andere Pflichtversicherung, keine Versicherung als Angehöriger und keine Selbstversicherung bei geringfügiger Beschäftigung).

²⁵ Nähere Erläuterungen zur Beitragsgrundlage siehe unten Kap. 3.3.

²⁶ So ausdrücklich: § 12 Salzburger MindestsicherungsG.

tragsgrundlage bildet der um ein Sechstel erhöhte anwendbare Ausgleichszulagensatz. Praktisch erfolgt die Berechnung folgender Maßen:

$$\begin{array}{l} \text{anwendbarer Ausgleichszulagensatz gemäß § 293 Abs. 1 ASVG} \\ + \text{ ggf. Erhöhungsbetrag Kinder gemäß § 293 Abs. 1 ASVG} \\ \hline = \text{ Zwischensumme} \\ + \text{ 1/6 der Zwischensumme} \\ \hline = \text{ monatliche Beitragsgrundlage} \end{array}$$

Die Beitragsgrundlage in der Krankenversicherung ist folglich von der Höhe des tatsächlichen Leistungsbezugs losgelöst. Unabhängig davon, ob Lebenshaltung oder Wohnbedarf ganz oder nur zum Teil durch Leistungen aus der BMS gedeckt werden, ist stets der für die jeweilige Konstellation anwendbare Richtsatz als Beitragsgrundlage heranzuziehen. Eine geringere Leistung aus der BMS nimmt folglich keinen Einfluss auf die Beitragsschuld des jeweiligen Bundeslandes. Es handelt sich gleichsam um eine „fiktive“ Beitragsgrundlage.

§ 5 Abs. 4a Einbeziehungsverordnung bestimmt als Beitragssatz jenen Prozentsatz

„der im § 73 Abs. 1 Z 1 und Abs. 1a ASVG festgesetzt ist, erhöht um jenen Hebesatz, der nach § 73 Abs. 2 ASVG für die nach § 8 Abs.1 Z 1 lit. a) ASVG krankenversicherten Personen gilt“.

§ 73 ASVG regelt die Beiträge zur Krankenversicherung für Pensionisten (Übergangsgeldbezieher). Gemäß § 73 Abs. 1 Z 1 ASVG sind von der jeweiligen Pension 5 % als Krankenversicherungsbeitrag einzubehalten. § 73 Abs. 1a ASVG bestimmt, dass zusätzlich ein Ergänzungsbeitrag in Höhe von 0,1 % zur Finanzierung der unfallbedingten Leistungen in der Krankenversicherung einzubehalten ist. Gemäß § 73 Abs. 2 ASVG haben die Pensionsversicherungsträger PVA und SVA insgesamt 180 % des Krankenversicherungsbeitrags der Pensionisten an den Hauptverband der Sozialversicherungsträger zu überweisen. Der „Aufschlag“ von 80 % zum einbehaltenen Krankenversicherungsbeitrag entspricht quasi dem „Dienstgeberbeitrag“.

Bezogen auf die BMS bedeutet dies, dass der Beitragssatz die Summe der o. g. Prozentsätze ist. Dieser lässt sich wie folgt berechnen:

Krankenversicherungsbeitrag allgemein (5 % x 180 %)	9 %
+ Beitrag zur Finanzierung unfallbedingter Leistungen in der KV	0,1 %
<hr/>	
= Beitragssatz	9,1 %

Die weitere Beitragsermittlung erfolgt nach den allgemeinen Grundsätzen: Der monatliche Krankenversicherungsbeitrag ist das Produkt aus Beitragsgrundlage und Beitragssatz.

Zu beachten ist, dass in diesen Fällen aufgrund der besonderen Schutzbedürftigkeit kein Zusatzbeitrag für Angehörige zu entrichten ist. Eine entsprechende Befreiung besteht auf Basis der Richtlinien zur Befreiung vom Zusatzbeitrag für Angehörige (RZB 2005) des Hauptverbandes. Gemäß dieser sind alle Personen befreit, deren Einkommen den anwendbaren Ausgleichszulagenrichtsatz nicht übersteigt. Da der entsprechende Ausgleichszulagenrichtsatz die Basis für die Bemessung der Leistung aus der BMS ist, greift dieser Befreiungstatbestand. Zudem wird in der RZB 2005 von der Zahlung des Zusatzbeitrags für Angehörige auch befreit, wer aufgrund der sozialen Schutzbedürftigkeit von der Zahlung der Rezeptgebühr befreit ist. Wie in Kap. 3.5 noch näher erläutert wird, gilt dies ebenso für Bezieher einer Leistung aus der BMS.

Im Weiteren weist die Abwicklung der Krankenversicherungsbeiträge für Bezieher von Leistungen aus der BMS keine Besonderheiten auf. Daher wird auf eine weitergehende Darstellung verzichtet.

3.4 Leistungsanspruch

Der Schutz bei Krankheit, Schwangerschaft und Entbindung zählt zu den Bedarfsbereichen der Mindestsicherung. Art. 3 Abs. 3 Staatsvertrag definiert diesen Bereich näher, indem festgehalten wird, dass dieser Schutz alle Sachleistungen und Vergünstigungen umfasst, die Beziehern einer Ausgleichszulage aus der Pensionsversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung zukommen.

Aus dieser Bestimmung geht eindeutig hervor, dass sich der Leistungsanspruch auf reine Sachleistungen beschränkt. Ein Anspruch auf Geldleistungen besteht nicht. Damit werden bereits auf staatsvertraglicher Ebene die bisherigen gesetzlichen Regelungen für Personen, die gemäß § 9 ASVG in die Krankenversicherung einbezogen wurden, berücksichtigt. Diese Personengruppe wird ausdrücklich vom Bezug von Krankengeld (§ 138 Abs. 2 lit. d) ASVG) und Wochengeld (§ 162 Abs. 5 Z 1 ASVG) ausgeschlossen. Dies gilt somit auch für Bezieher einer Leistung aus der BMS. Die Ausnahme von Geldleistungen erscheint auch sachgerecht: Diese Leistungen dienen dazu, den Einkommensausfall auszugleichen, der durch Krankheit oder Geburt eines Kindes entsteht. In allen Fällen der Einbeziehung nach § 9 ASVG handelt es sich um schutzwürdige Personen für die gerade kein Versicherungsschutz aufgrund einer Erwerbstätigkeit besteht. Mithin verursachen Krankheit oder Geburt keinen Einkommensausfall, den es abzudecken gilt.

Neben den Pflichtleistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung kommen auch freiwillige Leistungen in Betracht.²⁷ Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit sowie zur Krankheitsverhütung i. S. d. §§ 155 f. ASVG sind grundsätzlich – unter Ausübung des pflichtgemäßen Ermessens - auch Beziehern von Leistungen aus der BMS zu gewähren.

Wie alle Versicherten erhalten die versicherten Bezieher von Leistungen aus der BMS ebenfalls die E-Card als Anspruchsnachweis. Mit dieser können die Leistungen der Vertragspartner in Anspruch genommen werden.

Endet die Versicherung, so kann es nach den allgemeinen Regeln zu einer weiteren Leistungsverpflichtung des Krankenversicherungsträgers kommen. Da es sich nicht um eine Pflichtversicherung aufgrund eines Beschäftigungsverhältnisses handelt, greift in diesen Fällen nicht die 6-wöchige Schutzfrist gemäß § 122 Abs. 2 Z 2 ASVG. Allerdings ist die allgemeine 6-wöchige Toleranzfrist anwendbar, § 122 Abs. 3a ASVG. Das bedeutet sofern die Person keinen Anspruch auf Leistungen aus einer anderen gesetzlichen Krankenversicherung oder einer Krankenfürsorgeeinrichtung hat, besteht in dieser Zeit Anspruch auf Leistungen

²⁷ Das bedeutet auch, dass Bezieher einer Leistung aus der Bedarfsorientierten Mindestsicherung grundsätzlich auch Anspruch auf Leistungen aus dem Unterstützungsfonds haben.

aus dem Versicherungsfall der Krankheit sowie Anspruch auf Leistungen der chirurgischen und konservierenden Zahnbehandlung.

Zudem können auch nach beendeter Versicherung Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft anfallen, wenn die Voraussetzungen des § 122 Abs. 3 ASVG erfüllt sind. Dies setzt voraus, dass die 32. Woche vor dem Eintritt des Versicherungsfalls in den Bestand der Pflichtversicherung fällt und die Pflichtversicherung mindestens 13 Wochen bzw. drei Kalendermonate ununterbrochen aufrecht war.

Sind Angehörige in die Versicherung einzubeziehen, so besteht für diese ein Leistungsanspruch entsprechend den gesetzlichen Vorgaben.

3.5 Begünstigungen

Wie bereits zuvor erwähnt,²⁸ sind versicherten Beziehern von Leistungen aus der BMS die gleichen Begünstigungen zu gewähren wie Ausgleichszulagenbeziehern.

Die Begünstigung von Ausgleichszulagenbeziehern in der Krankenversicherung liegt in ihrer sozialen Schutzbedürftigkeit begründet. Aufgrund des geringen Einkommens wird diese Personengruppe von diversen Gebühren und Kostenbeteiligungen befreit. Die Befreiung vom Zusatzbeitrag für Angehörige beruht ebenfalls auf der sozialen Schutzbedürftigkeit.²⁹

Systematisch erfolgen die Befreiungen durch Richtlinien des Hauptverbandes. Zu dessen Aufgaben zählt gemäß § 31 Abs. 3 Z 3 ASVG die

„Erstellung von Richtlinien zur Förderung oder Sicherstellung der gesamtwirtschaftlichen Tragfähigkeit, der Zweckmäßigkeit und der Einheitlichkeit der Vollzugspraxis der Sozialversicherungsträger“.

In § 31 Abs. 5 ASVG werden in der Folge die Bereiche definiert, zu denen der Hauptverband Richtlinien aufzustellen hat. Diese Richtlinien sind für alle ihm angeschlossenen Sozialversicherungsträger verbindlich, § 31 Abs. 6 ASVG. Diese Systematik ermöglicht eine vergleichsweise flexible Anpassung der Befreiungstat-

²⁸ Siehe oben Kap. 3.4.

²⁹ Siehe oben Kap. 3.3.

bestände, da diese keiner umfangreichen Gesetzesänderung bedürfen, sondern sich durch Beschlussfassung der zuständigen Hauptverbandsgrerien realisieren lassen. Lediglich im Falle einer Kompetenzgrundlage für einen neuen Sachbereich ist eine gesetzliche Anpassung des ASVG von Nöten.

Als praktisch bedeutsamer Anwendungsfall ist die Befreiung von der Rezeptgebühr zu nennen. § 136 Abs. 3 ASVG sieht grundsätzlich vor, dass für jedes auf Rechnung des Versicherungsträgers verordnete Heilmittel eine Rezeptgebühr zu zahlen ist. Bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit des Versicherten ist hierzu eine Befreiung durch eine Richtlinie des Hauptverbandes vorzusehen, § 136 Abs. 5 ASVG. Gemäß § 3 Abs. 1 Z 1 Richtlinie für die Befreiung von der Rezeptgebühr (RRZ 2008) sind Personen, die eine Ausgleichszulage zu einer Pension aus der Pensionsversicherung beziehen in besonderem Maß sozial schutzbedürftig. Daher sind sie ohne Antrag von der Rezeptgebühr zu befreien.

Neben der Rezeptgebühr sind von den Versicherten grundsätzlich Kostenanteile zu Heilbehelfen zu entrichten, § 137 Abs. 2 ff. ASVG. Auch in diesen Fällen sind Ausnahmen aufgrund der sozialen Schutzbedürftigkeit geboten. Aufgrund der Sachnähe bezieht sich § 137 Abs. 4 lit. b) ASVG auf die Regelungen zur Befreiung von der Rezeptgebühr. Mittelbar findet somit auch hier die RRZ 2008 Anwendung. Dies bedeutet eine Befreiung von den Kostenanteilen für Bezieher einer Ausgleichszulage nach den zuvor erläuterten Bestimmungen. Gemäß § 154 Abs. 1 ASVG gilt dies sinngemäß auch für die Kostenbeteiligung bei Hilfsmitteln.

Als weitere Gebühr ist von den Versicherten jährlich ein E-Card-Service-Entgelt in Höhe von 10,00 € zu entrichten, § 31c Abs. 2 ASVG. Die Ausnahmen von der Zahlungsverpflichtung sind in dieser Norm abschließend angeführt. Ausdrücklich befreit werden Personen, die in den Anwendungsbereich einer Richtlinie nach § 31 Abs. 5 Z 16 fallen. Hierzu zählen die Richtlinien für die Befreiung vom Service-Entgelt (RBS 2005). Bezieher einer Ausgleichszulage werden nicht ausdrücklich in den befreiten Personenkreis einbezogen. Jedoch gilt gemäß § 3 RBS 2005, dass Personen, die aufgrund sozialer Schutzbedürftigkeit von der Rezeptgebühr befreit sind, auch vom Service-Entgelt befreit sind. Durch diese Ver-

knüpfung der RBS 2005 mit der RRZ 2008 kommt dieser Befreiungstatbestand auch für Ausgleichszulagenempfänger zum Tragen.

Ferner kommen Zuzahlungen der Versicherten zu Maßnahmen der Rehabilitation in Betracht. Werden solche Maßnahmen durch einen Krankenversicherungsträger gewährt, ist gemäß § 154a Abs. 7 ASVG ein entsprechender Tagessatz zu entrichten. Wie in den vorherigen Fällen, ist es Aufgabe des Hauptverbandes Richtlinien zur Befreiung von diesen Zuzahlungen aufgrund der besonderen sozialen Schutzwürdigkeit aufzustellen, § 31 Abs. 5 Z 27 ASVG. Dies ist durch die Richtlinie zur Befreiung von Zuzahlungen bei Maßnahmen der Rehabilitation (RBZRehab 2005) erfolgt. § 2 Abs. 1 Z 2 RBZRehab 2005 normiert ausdrücklich die Befreiung von Ausgleichszulagenbeziehern.

Neben den Pflichtleistungen kommen auch für Ausgleichszulagenbezieher freiwillige Leistungen der Krankenversicherungsträger in Betracht. Hierzu zählen Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit und Gesundheitsvorsorge. Für derartige Maßnahmen sind ebenfalls Zuzahlungen der Versicherten vorgesehen, § 155 Abs. 3 ASVG. Diese Zuzahlungsverpflichtungen werden durch die Richtlinie für die Festsetzung und Befreiung von Zuzahlungen bei Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit und Gesundheitsvorsorge (RBZGesVors 2010) näher geregelt. § 4 Abs. 1 Z 2 RBZGesVors 2010 sieht eine Befreiung für Ausgleichszulagenempfänger vor.

Im Einflussbereich der ASVG-Krankenversicherungsträger sind folglich im selben Umfang Befreiungen für die Bezieher von Leistungen aus der BMS einzuräumen. Das heißt diese sind ebenfalls von der Erbringung folgender Leistungen zu befreien:

- Rezeptgebühr
- Kostenanteil Heilbehelfe/Hilfsmittel
- E-Card-Service-Entgelt
- Zuzahlungen Maßnahmen der Rehabilitation
- Zuzahlungen Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit und Gesundheitsvorsorge

Mit Wirkung zum 01. September 2010 wurden die Befreiungstatbestände in den entsprechenden Richtlinien erweitert.³⁰

Als Exkurs sei an dieser Stelle noch die Zuzahlung zur Anstaltspflege erläutert. Im Falle der Gewährung von Anstaltspflege aus dem Versicherungsfall der Krankheit ist nach dem ASVG ein Kostenbeitrag für Angehörige an die jeweilige Krankenanstalt zu zahlen.³¹ Bislang ist keine Befreiung von dieser Pflicht normiert – auch nicht im Falle der sozialen Schutzbedürftigkeit. Damit sind auch mitversicherte Angehörige von Beziehern einer Leistung aus der BMS nicht befreit. In diesen Fällen könnte jedoch ein Sonderbedarf i. S. d. Art. 12 Staatsvertrag gegeben sein, der durch den Sozialhilfeträger gedeckt werden kann.

Versicherte haben nach den Krankenanstaltengesetzen einen Kostenbeitrag an die Krankenanstalt bzw. deren Träger zu leisten.³² Im Gegensatz zum Kostenbeitrag nach dem ASVG entfällt dieser Beitrag, wenn eine soziale Schutzbedürftigkeit vorliegt. Dies wird ausdrücklich durch die Landeskrankenanstaltengesetze geregelt. Diese sehen eine Befreiung vor, wenn der Pflegling nachweislich von der Rezeptgebühr befreit ist.³³ Über die RRZ 2008 greift diese Regelung wieder für Ausgleichszulagenbezieher. Im Zuge der Adaptierung der RRZ 2008 an die Regelungen zur BMS sind auch Bezieher einer solchen Leistung befreit.

4 Finanzierungsaspekte

Wie in Kap. 3.1 ausgeführt, werden die Bezieher einer Leistung aus der BMS im Rahmen des § 9 ASVG in die Krankenversicherung einbezogen. § 9 ASVG sieht ausdrücklich vor, dass die Einbeziehung nur unter der Voraussetzung möglich ist, dass dem keine „öffentlichen Rücksichten vom Gesichtspunkt der Sozialversicherung entgegenstehen“. Mithin darf mit der Einbeziehung keine negative Auswirkung auf das Sozialversicherungssystem einhergehen.

³⁰ § 3 Abs. 1 Z 7 RRZ 2008; § 2 Abs. 1 Z 5 RBZRehab 2005, § 4 Abs. 1 Z 5 RBZGesVors 2010.

³¹ § 447f Abs. 7 ASVG für LKF-finanzierte Krankenanstalten, § 150 Abs. 3 ASVG für nicht-LKF-finanzierte Krankenanstalten.

³² Vgl. beispielsweise § 62 Abs. 1 Salzburger KrankenanstaltenG.

³³ Vgl. beispielsweise § 62 Abs. 1 lit. b) Salzburger KrankenanstaltenG.

Der erweiterte Versichertenkreis bedeutet höhere Aufwendungen insbesondere im Rahmen der Leistungserbringung. Sind diese Mehraufwendungen nicht durch die Beitragszahlungen gedeckt, so ergibt sich eine finanzielle Mehrbelastung der Versicherungsträger. Eine derartige Lösung wäre rechtlich fragwürdig.³⁴

Dem wird bereits auf staatsvertraglicher Ebene entgegnet: Art. 8 Abs. 3 Staatsvertrag normiert die Deckung des gesamten Leistungsaufwands durch den Bund. Dies bedeutet, dass die Differenz zwischen der Beitragsleistung der Länder und den tatsächlichen Aufwendungen für einbezogene Leistungsempfänger der BMS und ihren anspruchsberechtigten Angehörigen durch den Bund zu tragen ist. Damit wird das Ziel der Kostenneutralität im Rahmen der Leistungsaufwendungen für den betroffenen Krankenversicherungsträger erreicht.

Detailliert wird dies im Rahmen des neuen § 75a ASVG geregelt. Dieser ist im Rahmen des Sozialversicherungs-Änderungsgesetzes 2010 in das ASVG eingeführt worden. An das In-Kraft-Treten des § 75a ASVG ist auch die Rechtskraft der geänderten Einbeziehungsverordnung geknüpft.³⁵ Damit wurde rechtstechnisch eine Finanzierungslücke der Krankenversicherungsträger vermieden.

Aus Sicht der Krankenversicherungsträger bedeutet dies, dass der Leistungsaufwand zwischen Bund und Ländern geteilt wird: Die Länder zahlen die Beiträge und der Bund die Differenz.

Der vom Bund zu leistende Kostenersatz ist an den Hauptverband zu überweisen, der wiederum die Aufteilung auf die entsprechenden Krankenversicherungsträger vornimmt. Basis der Aufteilung unter den Krankenversicherungsträgern ist das Verhältnis des Aufwands der Träger.

Ausweislich der Gesetzgebungsmaterialien wird von einem jährlichen Aufwandsersatz des Bundes von mehr als 22 Mio. € ausgegangen.³⁶ Eine Vorfinanzierung dieses Aufwands durch die gesetzlichen Krankenkassen über ein Jahr hinweg würde eine erhebliche Belastung darstellen, die auch die Kostenneutralität in

³⁴ Sonntag, § 9 ASVG, Rn 1.

³⁵ § 8 Abs. 2 Einbeziehungsverordnung.

³⁶ Erläuterung Sozialversicherungs-Änderungsgesetz 2010, S. 3.

Frage stellen lässt. Daher findet sich in § 75a Abs. 2 ASVG der Anspruch der Krankenversicherungsträger auf einen monatlichen Vorschuss dieser Ersatzleistung. Damit ist die Basis für eine nahezu kostenneutrale Finanzierung dieses Aufwands geschaffen.

Jedoch bedeutet die Einbeziehung in die Krankenversicherung nicht nur einen erhöhten Leistungsaufwand, sondern auch einen erhöhten Verwaltungsaufwand. Der Ersatz dieses Verwaltungsaufwands ist derzeit gesetzlich nicht vorgesehen.

§ 9 ASVG bestimmt ausdrücklich, dass der Einbeziehung keine öffentlichen Rücksichten vom Gesichtspunkt der Sozialversicherung entgegenstehen dürfen. Auch in der Literatur wird ausdrücklich festgehalten, dass dem jeweiligen Versicherungsträger keine Mehrbelastungen in finanzieller oder administrativer Art erwachsen dürfen, die seine Leistungsfähigkeit gegenüber den sonstigen Pflichtversicherten einschränken würden.³⁷ Die Verwaltungsaufwendungen für die Durchführung dieser Versicherungsform, insbesondere die Aufwendungen zum Aufbau, werden zwar die finanzielle Leistungsfähigkeit der Versicherungsträger nicht unmittelbar gefährden, allerdings beachtlich sein. Ein Ersatz dieser Aufwendung erscheint im Sinne der gesamten Versichertengemeinschaft daher durchaus geboten.

5 Zusammenfassung und Ausblick

Ziel dieser Arbeit war es, die Auswirkungen des Instruments der BMS auf die gesetzliche Krankenversicherung darzustellen. Die Auswirkungen dieser Versicherungsform sind vielfältig und gehen über die eingangs erwähnte „E-Card für alle“ weit hinaus. Die Frage der Einführung dieses Instruments wurde bereits lange diskutiert, letztlich kam die Entscheidung relativ kurzfristig. Der Beschluss im Nationalrat erfolgte erst im Juli 2010 – als Umsetzungstermin war Anfang September 2010 geplant. In den Ländern, die zeitgerecht auch die landesgesetzlichen Regelungen geschaffen hatte, standen alle Beteiligten unter großem Zeitdruck.

Im Bereich des Versicherungs- und Meldewesens waren die Voraussetzungen für die korrekten Meldungen zu schaffen und ein funktionierendes laufendes System aufzubauen. Leistungsrechtlich ergeben sich reine Sachleistungsansprüche. Als Anspruchsnachweis war die zeitgerechte Erstellung und Versendung der E-Cards

³⁷ Sonntag, ASVG, § 9, Rn 1.

sicherzustellen. Weitreichend sind die Befreiungstatbestände, die es in allen notwendigen Systemen einzupflegen gilt.

Um keine finanziellen Nachteile aus der Versicherung dieses Personenkreises zu ziehen, ist es für die Krankenversicherungsträger von besonderer Bedeutung, den Leistungsaufwand für diese Versichertengruppe vollständig zu erfassen. Die technischen Voraussetzungen hierfür zu schaffen und dabei den datenschutzrechtlichen Aspekten hinreichend Rechnung zu tragen ist eine wesentliche Herausforderung.

Insgesamt ist durch den Bundesersatz sichergestellt, dass den Krankenversicherungsträgern die Leistungsaufwendungen für diesen Personenkreis ersetzt werden. Ein Ersatz der Verwaltungskosten ist derzeit nicht vorgesehen, erscheint jedoch angebracht.

Ob das Modell der BMS an sich in dieser Form ein Erfolgsrezept zur Überbrückung von individuellen Notlagen wird, wird sich erst in der Zukunft weisen. Änderung und Adaptierungen werden sich jedoch erwartungsgemäß eher im Bereich der klassischen Sozialhilfeleistungen bewegen. Da die grundlegenden Strukturen für die Versicherung in der Krankenversicherung nun bereits aufgebaut sind, sollten Änderungen die Tätigkeit der Krankenversicherungsträger in diesem Bereich nicht mehr stark tangieren.

Literaturverzeichnis

- Berka, Walter Lehrbuch Verfassungsrecht, 2. Auflage 2008
(zitiert: Berka, Lehrbuch Verfassungsrecht, Rn)
- Gerhartl, Andreas Eckpunkte der Mindestsicherung, ASOK 08/2010, S. 270 ff.
(zitiert: Gerhartl, ASOK 2010, S.)
- Grillberger, Konrad Österreichisches Sozialrecht, 7. Auflage 2008
(zitiert: Grillberger, Österreichisches Sozialrecht, S.)
- Sonntag, Martin ASVG – Allgemeines Sozialversicherungsgesetz, 2010
(Hrsg.) (zitiert: Sonntag, ASVG, §, Rn)

Verzeichnis der verwendeten Gesetze und Gesetzesmaterialien

ASVG – Allgemeines Sozialversicherungsgesetz, zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 64 v. 18. August 2010

Bundesgesetz, mit dem das Arbeitslosenversicherungsgesetz 1977, das Überbrückungshilfengesetz, das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz und das Bauern-Sozialversicherungsgesetz geändert werden (Sozialversicherungs-Änderungsgesetz 2010 – SVÄG 2010), BGBl. I Nr. 63 v. 18. August 2010; abrufbar unter:
http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2010_I_63/BGBLA_2010_I_63.pdf (letzter Abruf: 28.09.2010)
(zitiert: Sozialversicherungs-Änderungsgesetz 2010)

Erläuterungen zum Sozialversicherungs-Änderungsgesetz 2010; abrufbar unter:
http://www.parlament.gv.at/PG/DE/XXIV/ME/ME_00128/fname_179737.pdf (letzter Abruf: 28.09.2010)
(zitiert: Erläuterungen zum Sozialversicherungs-Änderungsgesetz 2010, S.)

Gesetz über die Bedarfsorientierte Mindestsicherung im Bundesland Salzburg (Salzburger Mindestsicherungsgesetz – MSG), SbgLGBl. 63 v. 30. August 2010; abrufbar unter:
<http://service.salzburg.gv.at/publix/Index?cmd=dokumentansehen&prodextern=true&veroeffentlichungid=3084&gruppeldap=lgbl> (letzter Abruf 28.09.2010)
(zitiert: Salzburger MindestsicherungsG)

Materialien der Regierungsvorlage zur Vereinbarung zwischen dem Bund und den Ländern gemäß Art. 15a B-VG über eine bundesweite Bedarfsorientierte Mindestsicherung; abrufbar unter:
http://www.parlament.gv.at/PG/DE/XXIV/II/I_00677/fname_184382.pdf (letzter Abruf: 28.09.2010)
(zitiert: Materialien zum Staatsvertrag, S.)

Richtlinien für die Befreiung vom Service-Entgelt 2005 (RBS 2005); verlautbart unter www.avsv.at Nr. 111/2005 am 05. November 2005, zuletzt geändert durch www.avsv.at Nr. 6/2008 am 30. Jänner 2008 (zitiert: RBS 2005)

Richtlinien für die Befreiung vom Zusatzbeitrag für Angehörige gemäß § 31 Abs. 5 Z 16a ASVG (RZB 2005); verlautbart unter www.avsv.at Nr. 143/2005 am 26. November 2005 (zitiert: RZB 2005)

Richtlinien für die Befreiung von der Rezeptgebühr gemäß § 31 Abs. 5 Z 16 ASVG (RRZ 2008); verlautbart unter www.avsv.at Nr. 5/2008 am 30. Jänner 2008, zuletzt geändert durch www.avsv.at Nr. 517/2010 am 24. August 2010 (zitiert: RRZ 2008)

Richtlinien für die Befreiung von Zuzahlungen gemäß § 31 Abs. 5 Z 27 ASVG bei Maßnahmen der Rehabilitation (RBZ Rehab 2005); wiederverlautbart durch www.avsv.at Nr. 146/2005 am 26. November 2005, zuletzt geändert durch www.avsv.at Nr. 519/2010 am 24. August 2010 (zitiert: RBZ Rehab 2005)

Richtlinien für die Festsetzung und Befreiung von Zuzahlungen bei Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit und der Gesundheitsvorsorge 2010 (RBZGesVors 2010); verlautbart unter www.avsv.at Nr. 52/2010 am 6. Mai 2010, zuletzt geändert durch www.avsv.at Nr. 518/2010 am 24. August 2010 (zitiert: RBZGesVors 2010)

Salzburger Krankenanstaltengesetz 2000 – SKAG, zuletzt geändert SbgLGBl. 109 v. 30. Dezember 2008; abrufbar unter: <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=LrSbg&Gesetzesnummer=20000045> (letzter Abruf: 28.09.2010) (zitiert: Salzburger KrankenanstaltenG)

Vereinbarung zwischen dem Bund und den Ländern gemäß Art. 15a B-VG über eine bundesweite Bedarfsorientierte Mindestsicherung; Beschluss des Nationalrats v. 07. Juli 2010; abrufbar unter: http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXIV/BNR/BNR_00275/fname_191358.pdf (letzter Abruf: 28.09.2010) (zitiert: Staatsvertrag)

Verordnung des Bundesministers für soziale Verwaltung vom 28. November 1969 über die Durchführung der Krankenversicherung für die gemäß § 9 ASVG. in die Krankenversicherung einbezogenen Personen, zuletzt geändert BGBl. II Nr. 262 v. 18.08.2010; abrufbar unter: <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10008229> (letzter Abruf: 19.09.2010) (zitiert: Einbeziehungsverordnung)

Verzeichnis der sonstigen Quellen

DerStandard.at, Ab September – Mindestsicherung startet – E-Cards in allen Bundesländern, 31. August 2010, abrufbar unter:
<http://derstandard.at/1282978554446/Ab-September-Mindestsicherung-startet---E-Cards-in-allen-Bundeslaendern> (letzter Abruf 28.09.2010)
(zitiert: DerStandard.at, Ab September – Mindestsicherung startet – E-Cards in allen Bundesländern, 31. August 2010)

Help.gv.at, Bedarfsorientierte Mindestsicherung, Stand: 01.09.2010; abrufbar unter: <http://www.help.gv.at/Content.Node/169/Seite.1693903.html> (letzter Abruf: 28.09.2010)
(zitiert: Help.gv.at, Bedarfsorientierte Mindestsicherung)

OE24.at, Beschlossen – Mindestsicherung – E-Card für alle, 08. Juli 2010; abrufbar unter:
<http://www.oe24.at/oesterreich/politik/Mindestsicherung-E-Card-fuer-alle/891031>
(letzter Abruf: 28.09.2010)
(zitiert: OE24.at, Beschlossen – Mindestsicherung – E-Card für alle, 08. Juli 2010)