

## 626 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XXI. GP

Nachdruck vom 21. 6. 2001

# Regierungsvorlage

## **Bundesgesetz, mit dem das Bauern-Sozialversicherungsgesetz geändert wird (24. Novelle zum BSVG)**

Der Nationalrat hat beschlossen:

Das Bauern-Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 559/1978, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 35/2001, wird wie folgt geändert:

1. § 16 Abs. 2 lautet:

„(2) Die Meldepflichtigen haben während des Bestandes der Pflichtversicherung – ungeachtet einer Beitragsgrundlagenoption – jede für diese Versicherung bedeutsame Änderung innerhalb der im Abs. 1 festgesetzten Frist dem Versicherungsträger zu melden.“

2. Im § 20 Abs. 7 wird der Klammerausdruck „(§ 24c)“ durch den Klammerausdruck „(§ 24b)“ ersetzt.

3. Nach § 20a wird folgender § 20b samt Überschrift eingefügt:

### **„Auskunftspflicht der Auftraggeber von land-(forst-)wirtschaftlichen Nebentätigkeiten**

§ 20b. (1) Unternehmen und Körperschaften, die Dienstleistungen im Sinne der Anlage 2 in Auftrag gegeben haben, haben auf Anfrage des Versicherungsträgers binnen zwei Wochen über Personen, die für sie solche Leistungen erbracht haben, Folgendes mitzuteilen:

1. Name und Anschrift des Auftragnehmers;
2. Art der erbrachten Leistung.

(2) Personen, die Dienstleistungen im Sinne der Anlage 2 erbracht haben, sind verpflichtet, den in Abs. 1 genannten Unternehmen und Körperschaften alle Auskünfte zu erteilen, welche diese zur Erfüllung ihrer Auskunftspflicht benötigen.“

4. Im § 23 Abs. 4 wird nach dem ersten Satz folgender Satz eingefügt:

„Im Falle einer Beitragsgrundlagenoption nach Abs. 1a ist dem Vorliegen eines Einkommensteuerbescheides die Mitteilung der Abgabenbehörde gleichzuhalten, dass keine für die Einkommensteuer maßgeblichen Einkünfte aus einer Erwerbstätigkeit, die die Pflichtversicherung nach diesem Bundesgesetz begründet, vorliegen.“

5. § 23 Abs. 4a lautet:

„(4a) Bis zur endgültigen Feststellung der Beitragsgrundlage gilt als vorläufige Beitragsgrundlage im Falle

1. des Abs. 1 Z 2
  - a) bis zum erstmaligen Vorliegen eines Einkommensteuerbescheides die Mindestbeitragsgrundlage nach Abs. 10 lit. a erster Fall,
  - b) bei Vorliegen eines rechtskräftigen Einkommensteuerbescheides für ein vorangegangenes Kalenderjahr die nach Abs. 4 maßgebliche Beitragsgrundlage;
 wird kein Einkommensteuerbescheid erlassen, so gilt die vorläufige Beitragsgrundlage als endgültige;
2. einer Beitragsgrundlagenoption nach Abs. 1a bis zum Vorliegen eines rechtskräftigen Einkommensteuerbescheides für das jeweilige Beitragsjahr die nach Abs. 2 ermittelte Beitragsgrundlage unter Beachtung der Mindestbeitragsgrundlage nach Abs. 10 lit. a zweiter Fall.“

2

626 der Beilagen

6. Im § 23 Abs. 12 wird der Ausdruck „4a“ durch den Ausdruck „4b“ ersetzt.

7. § 24 Abs. 2 lautet:

„(2) Die in der Pensionsversicherung Pflichtversicherten haben, sofern sich aus den Abs. 3 und 4 nichts anderes ergibt, für die Dauer der Versicherung als Beitrag 14,5% der Beitragsgrundlage zu leisten.“

8. Der bisherige § 24c erhält die Bezeichnung „24b“.

9. § 24c samt Überschrift lautet:

**„Zusatzbeitrag in der Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung im Falle einer Beitragsgrundlagenoption**

§ 24c. (1) Pflichtversicherte, deren Beitragsgrundlage auf Grund einer Beitragsgrundlagenoption nach § 23 Abs. 1a gebildet wird, haben einen Zusatzbeitrag im Ausmaß von 3% der Summe der von ihnen zu entrichtenden Beiträge zu leisten.

(2) Alle für die Beiträge zur Pflichtversicherung geltenden Rechtsvorschriften sind auf den Zusatzbeitrag nach Abs. 1 anzuwenden.“

10. § 31 Abs. 3 Z 2 lautet:

„2. ab 1. Jänner 1998 bei den Aufwendungen die Ausgleichszulagen, der Wertausgleich und die Leistungen für Kriegsgefangene nach dem Kriegsgefangenenentschädigungsgesetz, BGBl. I Nr. 142/2001, und bei den Erträgen der Bundesbeitrag nach Abs. 3 sowie die Ersätze für Ausgleichszulagen, für den Wertausgleich und für die Leistungen für Kriegsgefangene nach dem Kriegsgefangenenentschädigungsgesetz“

11. Im § 33c Abs. 1 wird der Ausdruck „§ 24c“ durch den Ausdruck „§ 24b“ ersetzt.

12. Dem § 34 wird folgender Abs. 4 angefügt:

„(4) Erfolgt die Bekanntgabe der Einnahmen nach § 20 Abs. 2 Z 2 nicht bis zu der in dieser Bestimmung genannten Frist, kann der Versicherungsträger einen Beitragszuschlag im Ausmaß von 10% des nachzuzahlenden Betrages vorschreiben.“

13. Der bisherige Text des § 41 erhält die Bezeichnung „(1)“; folgender Abs. 2 wird angefügt:

„(2) Zulässig ist auch die Errichtung (Gründung) von oder die Beteiligung an Vereinen, Fonds und Gesellschaften mit beschränkter Haftung im Rahmen von Finanzierungs- und Betreibermodellen, wenn sie der Verbesserung der Servicequalität oder der Erzielung von Einsparungen dient; dabei können auch Gebietskörperschaften einbezogen werden. Unter den gleichen Voraussetzungen ist die Beteiligung von natürlichen oder juristischen Personen an Vereinen, Fonds und Gesellschaften mit beschränkter Haftung, die vom Versicherungsträger errichtet (gegründet) wurden, zulässig.“

14. Im § 57a erster Satz wird nach dem Ausdruck „Teilpension“ der Ausdruck „oder auf Alterspension“ eingefügt.

15. Dem § 68 wird folgender Abs. 7 angefügt:

„(7) Der Versicherungsträger kann sich verpflichten, Geldleistungen der Länder (zB. Heizkostenzuschüsse) gegen entsprechende Abgeltung der vollen Kosten zusammen mit den Pensionen auszuführen.“

16. Im § 74 Abs. 3 wird nach dem Ausdruck „Vertragsärzten“ der Klammerausdruck „(Vertrags-Gruppenpraxen)“ eingefügt.

17. Im § 75 Z 3 wird der Ausdruck „(§§ 97, 98, 99 und 99a und 99b)“ durch den Ausdruck „(§§ 97 und 98)“ ersetzt.

18. § 75 Z 4 lautet:

„4. Teilzeitbeihilfe (§§ 99 und 99a).“

19. Im § 78 Abs. 4 wird der Punkt am Ende der Z 2 durch einen Strichpunkt ersetzt; folgende Z 3 wird eingefügt:

„3. an einem Programm der Europäischen Gemeinschaften zur Förderung der Mobilität junger Menschen teilnehmen, längstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres.“

## 626 der Beilagen

3

20. Im § 78 Abs. 8 wird der Ausdruck „Abs. 2 Z 1“ durch den Ausdruck „Abs. 2 Z 1, Abs. 4 Z 3“ ersetzt.
21. Im § 80 Abs. 2 wird der Ausdruck „§ 447f Abs. 6 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes“ durch den Ausdruck „§ 447f Abs. 7 ASVG“ ersetzt.
22. Im § 80 Abs. 2 zweiter Satz wird der Ausdruck „freiberuflich tätige Ärzte und Dentisten“ durch den Ausdruck „niedergelassene Ärzte, Dentisten und Gruppenpraxen“ ersetzt.
23. Im § 81 Abs. 1 zweiter Satz wird nach dem Ausdruck „Vertragspartner“ der Ausdruck „ , Vertrags-Gruppenpraxen“ eingefügt.
24. § 85 Abs. 1 erster Satz lautet:  
„Die ärztliche Hilfe wird durch Vertragsärzte und Vertrags-Gruppenpraxen, durch Wahlärzte und Wahl-Gruppenpraxen (§ 88 Abs. 1) sowie durch Ärzte in eigenen Einrichtungen des Versicherungsträgers und in Vertragseinrichtungen (§ 80) gewährt.“
25. Im § 85 Abs. 1 Z 3 wird der Klammerausdruck „(§ 1 Abs. 2 Z 1 des Ärztegesetzes 1984, BGBl. Nr. 373)“ durch den Klammerausdruck „(§ 2 Abs. 2 Z 1 des Ärztegesetzes 1998)“ ersetzt.
26. Im § 85 Abs. 2 erster Satz wird nach dem Ausdruck „Ärzten“ der Ausdruck „oder Gruppenpraxen“ eingefügt.
27. Im § 85 Abs. 2 zweiter Satz wird nach dem Ausdruck „Vertragsärzten“ der Ausdruck „(Wahlärzten) bzw. einer oder mehreren Vertrags-Gruppenpraxen (Wahl-Gruppenpraxen)“ eingefügt.
28. § 85 Abs. 2 dritter Satz lautet:  
„Insoweit Zuzahlungen zu den Leistungen vorgesehen sind, müssen diese in den Ambulatorien, bei den freiberuflich tätigen Vertragsärzten und in den Vertrags-Gruppenpraxen gleich hoch sein.“
29. Im § 85 Abs. 3 wird nach dem Ausdruck „Vertragsarzt“ der Ausdruck „ , in einer Vertrags-Gruppenpraxis“ eingefügt.
30. § 88 Abs. 3 erster Satz lautet:  
„Bei im Inland eingetretenen Unfällen, plötzlichen Erkrankungen und ähnlichen Ereignissen kann der nächsterreichbare Arzt (Dentist) oder die nächsterreichbare Gruppenpraxis, erforderlichenfalls auch die nächsterreichbare Krankenanstalt in Anspruch genommen werden, falls ein Vertragsarzt (Vertragsdentist), eine Vertrags-Gruppenpraxis, eine Vertragskrankenanstalt oder eine eigene Einrichtung des Versicherungsträgers für die ärztliche Hilfe (Anstaltspflege) nicht rechtzeitig die notwendige Hilfe leisten kann.“
31. Im § 88 Abs. 5 wird der Klammerausdruck „(§ 3c des Ärztegesetzes 1984)“ durch den Klammerausdruck „(§ 44 Abs. 1 des Ärztegesetzes 1998)“ und der Ausdruck „praktischer Arzt“ durch den Ausdruck „Arzt für Allgemeinmedizin“ ersetzt.
32. Im § 93 Abs. 3 wird der Ausdruck „§ 447f Abs. 6 ASVG“ durch den Ausdruck „§ 447f Abs. 7 ASVG“ ersetzt.
33. § 95 Abs. 2 erster Satz lautet:  
„Chirurgische und konservierende Zahnbehandlungen, Kieferregulierungen und der unentbehrliche Zahnersatz werden durch Vertragsärzte oder Vertrags-Gruppenpraxen, Wahlärzte oder Wahl-Gruppenpraxen (§ 88 Abs. 1), Vertragsdentisten, Wahldentisten (§ 88 Abs. 1) sowie in eigenen Einrichtungen (Ambulatorien) des Versicherungsträgers und in Vertragseinrichtungen (§ 80) gewährt.“
34. Im § 95 Abs. 4 erster Satz wird der Ausdruck „und bei den Vertragsärzten und Vertragsdentisten“ durch den Ausdruck „ , bei den Vertragsärzten und Vertragsdentisten sowie bei den Vertrags-Gruppenpraxen“ ersetzt.
35. § 95 Abs. 5 lautet:  
„(5) Bei der Inanspruchnahme eines Vertragszahnarztes, Vertragsdentisten, einer Gruppenpraxis, einer eigenen Einrichtung des Versicherungsträgers sowie einer Vertragseinrichtung ist ein Zahnbehandlungsschein im Sinne des § 153 Abs. 4 erster und zweiter Satz ASVG vorzulegen.“
36. Im § 97 Abs. 8 entfällt der Ausdruck „oder Teilzeitbeihilfe (§ 99)“.
37. § 99 lautet:  
„§ 99. (1) Anspruch auf Teilzeitbeihilfe hat die Mutter oder der Vater, die (der) auf Grund einer Erwerbstätigkeit nach diesem Bundesgesetz in der Krankenversicherung pflichtversichert ist, wenn sie

(er) mit dem Kind in Hausgemeinschaft lebt und das Kind überwiegend selbst pflegt oder es sich in einer Krankenanstalt in Pflege befindet. Der Vater hat nur dann Anspruch auf Teilzeitbeihilfe, wenn die Mutter, die Anspruch auf Karenzgeld oder Teilzeitbeihilfe nach dem KGG, auf Karenzurlaubsgeld nach dem KUG, auf gleichartige Leistungen auf Grund landesgesetzlicher Vorschriften oder auf Teilzeitbeihilfe nach diesem Bundesgesetz oder nach § 102b Abs. 1 GSVG hat, keine dieser Leistungen zur Gänze oder für einen bestimmten Zeitraum bezieht oder wenn die Mutter einen Anspruch auf solche Leistungen nicht hat. Nimmt der Vater die Teilzeitbeihilfe in Anspruch, so ist dem Versicherungsträger nachzuweisen, dass die Mutter eine in diesem Abs. genannte Leistung nicht bezieht.

(2) Für den Anspruch nach Abs. 1 steht der Geburt eines Kindes die Annahme eines Wahlkindes oder die Übernahme in unentgeltliche Pflege gleich, sofern die Übernahme in Pflege in der Absicht erfolgt, das Kind als Wahlkind anzunehmen.

(3) Teilzeitbeihilfe gebührt auf Antrag im Anschluss an die Leistung nach § 98, bei Fehlen einer solchen ab dem Tag der Geburt, in den Fällen des Abs. 2 jedoch frühestens ab dem Tag, an dem das Kind in unentgeltliche Pflege genommen wird, bis zur Vollendung des 18. Lebensmonates des Kindes.

(4) Die Teilzeitbeihilfe beträgt 94 S täglich. Mit 1. Jänner eines jeden Jahres ist dieser Betrag mit dem jeweiligen Anpassungsfaktor (§ 47) zu vervielfachen.“

38. § 99a Z 2 lautet:

„2. des Bezuges von Teilzeitbeihilfe nach dem GSVG, von Karenzgeld oder Teilzeitbeihilfe nach dem KGG, von Karenzurlaubsgeld nach dem KUG und von gleichartigen Leistungen auf Grund landesgesetzlicher Vorschriften,“

39. Im § 142 Abs. 1 erster Satz entfallen die lit. a und b sowie die Ausdrücke „in den Fällen der lit. a 25 vH und“ sowie „b und“.

40. Im § 142 Abs. 3 erster Satz entfällt der Ausdruck „in den Fällen des Abs. 1 lit. a und b“.

41. § 149l samt Überschrift lautet:

#### „Entschädigung aus mehreren Versicherungsfällen

**§ 149l.** (1) Wird ein Versehrter neuerlich durch einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit geschädigt und erreicht die Gesamtminderung der Erwerbsfähigkeit aus Versicherungsfällen nach diesem Bundesgesetz mindestens 20% (bei einer Berufskrankheit im Sinne des § 148e Abs. 2 50%), so ist spätestens vom Beginn des dritten Jahres nach dem Eintritt des letzten Versicherungsfalles an die Gesamtrente festzustellen. Bei einer verspäteten Feststellung der Gesamtrente sind die bis zur Wirksamkeit der Gesamtrentenbildung ausbezahlten Betriebsrenten als zu Recht erbracht anzusehen. Liegt die Leistungshöhe der in die Gesamtrente einzubeziehenden Betriebsrente über der Leistungshöhe der Gesamtrente, so gebührt die Gesamtrente in der Höhe dieser Betriebsrente. Eine abgefundene Betriebsrente ist bei Bildung der Gesamtrente so zu berücksichtigen, dass die Gesamtrente um den Betrag gekürzt wird, der dem Grad der abgefundenen Rente zu Grunde gelegten Minderung der Erwerbsfähigkeit entspricht.

(2) Eine Gesamtrente gemäß Abs. 1 ist auch zu bilden, wenn neben einer Betriebsrente ein Anspruch auf eine Versehrtenrente besteht, für die gemäß § 28 ASVG die Sozialversicherungsanstalt der Bauern leistungszuständig ist. Abs. 1 vorletzter Satz ist entsprechend anzuwenden.

(3) Wird das rentenbegründende Gesamtausmaß der Minderung der Erwerbsfähigkeit für die erstmalige Feststellung einer Dauerrente oder einer Gesamtrente zwar nicht aus Versicherungsfällen nach diesem Bundesgesetz, aber unter Berücksichtigung

- a) eines Arbeitsunfalles oder einer Berufskrankheit nach den §§ 175 bis 177 ASVG oder
- b) eines Dienstatunfalles oder einer Berufskrankheit nach den §§ 90 bis 93 B-KUVG oder
- c) einer anerkannten Schädigung nach dem KOVG 1957 oder nach dem HVG oder nach dem Opferfürsorgegesetz oder
- d) einer anerkannten Schädigung nach dem Verbrechenopfergesetz oder
- e) eines Unfalles oder einer Krankheit nach § 76 Abs. 2 bis 4 des Strafvollzugsgesetzes oder
- f) von Schäden, für die nach Maßgabe des Impfschadengesetzes Entschädigung zu leisten ist, oder
- g) von Schädigungen, die von einer auf landesgesetzlichen Vorschriften beruhenden Unfallfürsorgeeinrichtung anerkannt sind,

erreicht, sind solche Versicherungsfälle nach diesem Bundesgesetz auf Antrag ab dem Zeitpunkt, zu dem eine Dauerrente (Gesamtrente) spätestens festzustellen gewesen wäre, gesondert zu entschädigen.

## 626 der Beilagen

5

(4) Bis zur Feststellung einer Gesamtrente nach Abs. 1 ist der letzte Versicherungsfall gesondert zu entschädigen, wenn und solange er eine Minderung der Erwerbsfähigkeit im rentenbegründenden Ausmaß (§ 149d Abs. 1 und 2) verursacht hat. Hat der neuerliche Versicherungsfall für sich allein keine Minderung der Erwerbsfähigkeit im rentenbegründenden Ausmaß verursacht, so ist dieser Versicherungsfall rückwirkend unter Bedachtnahme auf § 149d Abs. 3 zu entschädigen, wenn er zum Zeitpunkt der Feststellung der Gesamtrente zu einer Erhöhung der Gesamtminderung der Erwerbsfähigkeit um mindestens 5% geführt hat. Dies gilt jeweils auch, wenn nur ein Versicherungsfall (Arbeitsunfall oder Berufskrankheit) vorliegt und diesem eine anerkannte Schädigung nach einer der im Abs. 3 angeführten gesetzlichen Vorschriften vorangegangen ist.“

42. Im § 149m Abs. 4 letzter Satz wird der Ausdruck „in der Fachzeitschrift „Soziale Sicherheit““ durch den Ausdruck „im Internet“ ersetzt.

43. Im § 181 Einleitung wird nach dem Ausdruck „Psychotherapeuten,“ der Ausdruck „Gruppenpraxen,“ eingefügt:

44. Im § 181 Z 1 wird nach dem Ausdruck „Ärzten“ der Ausdruck „und zu den Gruppenpraxen“ eingefügt und der Ausdruck „abgeschlossener“ durch den Ausdruck „jeweils abgeschlossener“ ersetzt.

45. Dem § 206a wird folgender Satz angefügt:

„Das Gleiche gilt für Beschlüsse der Verwaltungskörper über Finanzierungs- und Betreibermodelle im Sinne des § 41 Abs. 2.“

46. Im § 215 erster Satz wird der Ausdruck „binnen vier Monaten“ durch den Ausdruck „unverzüglich“ und der Ausdruck „in der Fachzeitschrift „Soziale Sicherheit““ durch den Ausdruck „im Internet“ ersetzt.

47. Im § 215a Abs. 3 zweiter Satz wird der Ausdruck „in der Fachzeitschrift „Soziale Sicherheit““ durch den Ausdruck „im Internet“ ersetzt.

48. Im § 217 Abs. 2 wird der Ausdruck „§ 23 Abs. 1 Z 2 und 3“ durch den Ausdruck „§ 23 Abs. 1 Z 2 und 3 sowie Abs. 1a“ ersetzt.

49. Im § 217 Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:

„Wird im Falle einer Beitragsgrundlagenoption nach § 23 Abs. 1a ein Einkommensteuerbescheid mangels eines einkommensteuerrechtlich maßgeblichen Einkommens nicht erlassen, so haben die Abgabenbehörden dies dem Versicherungsträger mitzuteilen.“

50. Nach § 217 Abs. 2 wird folgender Abs. 2a eingefügt:

„(2a) Der Versicherungsträger hat nach Maßgabe des Abs. 4 eine Beitragsgrundlagenoption nach § 23 Abs. 1a sowie deren Widerruf unter Angabe des Namens (Familiennamen und Vorname), der Anschrift und der Versicherungsnummer des Versicherten an die Abgabenbehörden des Bundes zu übermitteln.“

51. Im § 217 Abs. 4 wird der Ausdruck „Abs. 2“ durch den Ausdruck „Abs. 2 und 2a“ ersetzt.

52. § 255 Abs. 21 wird aufgehoben.

53. Im § 263 Abs. 1a wird der Ausdruck „2002“ durch den Ausdruck „2003“ ersetzt.

54. Im § 270 Abs. 1 Z 1a wird der Ausdruck „2002“ durch den Ausdruck „2003“ ersetzt.

55. Im § 270 Abs. 5 Z 1 wird der Ausdruck „§ 121 Abs. 2“ durch den Ausdruck „§ 121 Abs. 3“ ersetzt.

56. § 272 lautet:

„§ 272. § 80a samt Überschrift in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 2/2000 tritt mit 1. Jänner 2000 in Kraft und mit Ablauf des 31. Dezember 2002 außer Kraft.“

57. Nach dem § 276 Abs. 2a wird folgender Abs. 2b eingefügt:

„(2b) Zeiten vor dem 1. Jänner 2001, in denen bei einem früheren Wirksamkeitsbeginn des § 2 Abs. 1 Z 4 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 92/2000 eine Pflichtversicherung bestanden hätte, sind auch bei der Erfüllung der Voraussetzungen des § 107 Abs. 1 Z 1 aus diesem Grunde keine Ersatzzeiten.“

58. Im § 277 Abs. 5 wird der Ausdruck „§ 24c“ durch den Ausdruck „§ 24b“ ersetzt.

59. § 277 Abs. 6 wird aufgehoben.

60. § 277 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 5/2001 erhält die Bezeichnung „§ 277a“.

6

626 der Beilagen

61. Nach § 278 wird folgender § 278a samt Überschrift angefügt:

**„Schlussbestimmungen zu Art. 3 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 35/2001**

**§ 278a.** (1) § 80 Abs. 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 35/2001 tritt rückwirkend mit 1. März 2001 in Kraft.

(2) § 85a tritt rückwirkend mit Ablauf des 28. Februar 2001 außer Kraft.“

62. Nach § 279 wird folgender § 280 samt Überschrift angefügt:

**„Schlussbestimmungen zum Bundesgesetz BGBl. I Nr. xxx/2001 (24. Novelle)**

**§ 280.** (1) Es treten in Kraft:

1. mit 1. August 2001 die §§ 16 Abs. 2, 20b, 34 Abs. 4, 41, 68 Abs. 7, 74 Abs. 3, 75 Z 3 und 4, 78 Abs. 4 Z 2 und 3 sowie Abs. 8, 80 Abs. 2 in der Fassung der Z 22, 81 Abs. 1, 85 Abs. 1 bis 3, 88 Abs. 3 und 5, 95 Abs. 2, 4 und 5, 97 Abs. 8, 99, 99a Z 2, 142 Abs. 1 und 3, 149I samt Überschrift, 181 Einleitung und Z 1, 206a, 263 Abs. 1a sowie 270 Abs. 1 Z 1a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2001;
2. mit 1. Jänner 2002 die §§ 149m Abs. 4, 215 und 215a Abs. 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2001;
3. rückwirkend mit 1. Jänner 2001 die §§ 20 Abs. 7, 23 Abs. 4, 4a und 12, 24 Abs. 2, 24b, 24c samt Überschrift, 31 Abs. 3 Z 2, 33c Abs. 1, 80 Abs. 2 in der Fassung der Z 21, 93 Abs. 3, 217 Abs. 2, 2a und 4, 276 Abs. 2b, 277 Abs. 5 sowie 277a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2001;
4. rückwirkend mit 1. Oktober 2000 § 57a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2001;
5. rückwirkend mit 1. Jänner 2000 § 272 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2001;
6. rückwirkend mit 20. August 1999 § 270 Abs. 5 Z 1 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2001.

(2) Es treten außer Kraft:

1. rückwirkend mit Ablauf des 30. Juni 2000 § 255 Abs. 21;
2. mit Ablauf des 31. Dezember 2000 § 277 Abs. 6.

(3) Auf Personen, die durch das In-Kraft-Treten des § 2a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 678/1991 der Pflichtversicherung in der Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz unterliegen, gemäß Art. III Abs. 2 des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 678/1991 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 337/1993 berechtigt waren einen Antrag auf Befreiung von der Pflichtversicherung in der Pensionsversicherung zu stellen, einen solchen Antrag jedoch nicht gestellt haben, ist zur Erfüllung der Wartezeit für eine Erwerbsunfähigkeitspension bei Vorliegen von Erwerbsunfähigkeit nach § 124 Abs. 2 die Bestimmung des § 111 Abs. 3 Z 2 lit. b in Verbindung mit Abs. 4 Z 3 in der am 31. August 1996 in Geltung gestandenen Fassung weiterhin anzuwenden.

(4) Die §§ 97 Abs. 8 und 99 gelten ab 1. August 2001 auch für Personen, die auf Grund des § 262 Abs. 3 nach dem 31. Dezember 1998 von der Krankenversicherung ausgenommen bleiben.

(5) Der Versicherungsträger ist ermächtigt, aus der allgemeinen Rücklage der Unfallversicherung in die allgemeine Rücklage der Krankenversicherung so lange jährlich Mittel zu übertragen, bis die in der Schlussbilanz zum 31. Dezember 2000 in der Krankenversicherung nachgewiesene nicht gedeckte allgemeine Rücklage in Summe abgedeckt ist.“

## 626 der Beilagen

7

**Vorblatt****Probleme:**

Erforderlichkeit der Aktualisierung verschiedener Bereiche des Sozialversicherungsrechtes.

**Lösung:**

Vornahme notwendiger Anpassungen und Rechtsbereinigungen, Schaffung eines besseren Rechtszuges.

**Alternativen:**

Beibehaltung des gegenwärtigen Rechtszustandes.

**Auswirkungen auf die Beschäftigung und den Wirtschaftsstandort Österreich:**

Keine.

**Finanzielle Auswirkungen:**

Auf die finanziellen Bewertungen im Rahmen der Erläuterungen wird verwiesen.

**Verhältnis zu Rechtsvorschriften der Europäischen Union:**

Die vorgesehenen Regelungen fallen nicht in den Anwendungsbereich des Rechts der Europäischen Union.

**Erläuterungen****Allgemeiner Teil**

Im Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen sind zahlreiche Änderungen und Ergänzungen des Sozialversicherungsrechtes, die großteils der Rechtsbereinigung, der Verbesserung der Praxis oder der Anpassung an die Rechtsentwicklung innerhalb und außerhalb der Sozialversicherung dienen sollen, vorgemerkt. Diese konnten im Rahmen der letzten Änderungen der Sozialversicherungsgesetze angesichts dringender sozialpolitischer und budgetärer Anliegen, wie sie insbesondere in das Budgetbegleitgesetz 2001 Eingang gefunden haben, nicht realisiert werden.

Im Einzelnen sind – abgesehen von der Übernahme der entsprechenden Parallelbestimmungen im Entwurf einer 58. ASVG- Novelle – folgende Maßnahmen hervorzuheben:

- Präzisierung der Meldepflichten bei Beitragsgrundlagenoption;
- Einführung eines Zusatzbeitrages für Optanten;
- Schaffung einer Auskunftspflicht für Auftraggeber von Dienstleistungen, die als Nebentätigkeiten im Rahmen des bäuerlichen Betriebes ausgeübt werden;
- Regelung für den Fall, dass bei einer Beitragsgrundlagenoption kein Einkommensteuerbescheid erlassen wird;
- Möglichkeit der Verhängung eines Beitragszuschlages bei nicht rechtzeitiger Meldung von Nebentätigkeiten;
- Neuregelung der Teilzeitbeihilfe;
- Angleichung der Rechtslage bei der Anrechnung der Unterhaltsansprüche im Ausgleichszulagenrecht an das ASVG;
- Ausweitung des Datenaustausches zwischen dem Versicherungsträger und den Abgabenbehörden im Fall einer Beitragsgrundlagenoption;
- Ermächtigung des Versicherungsträgers, Mittel aus der allgemeinen Rücklage der Unfallversicherung in die allgemeine Rücklage der Krankenversicherung überzuführen;
- legistische Klarstellungen.

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

**Besonderer Teil**

**Zu den Z 10, 13 bis 16, 19, 20, 22 bis 31, 33 bis 35, 41 bis 47, 53, 54 und 62 (§§ 31 Abs. 3 Z 2, 41, 57a, 68 Abs. 7, 74 Abs. 3, 78 Abs. 4 und 8, 80 Abs. 2, 81 Abs. 1, 85 Abs. 1 bis 3, 88 Abs. 3 und 5, 95 Abs. 2, 4 und 5, 149l, 149m Abs. 4, 181, 206a, 215, 215a Abs. 3, 255 Abs. 21, 263 Abs. 1a, 270 Abs. 1 Z 1a und 280 Abs. 3 BSVG):**

Diese Änderungen entsprechen den gleichartigen Änderungen des ASVG, wie sie im Rahmen des Entwurfes einer 58. ASVG-Novelle vorgeschlagen wurden, weshalb auf eine gesonderte Erläuterung dieser Änderungen verzichtet werden kann. Analoges gilt auch für die finanzielle Bewertung der Maßnahmen. Um im Einzelfall das Auffinden der gewünschten Erläuterung im ASVG-Novellenentwurf zu erleichtern, werden im Folgenden die in beiden Gesetzen einander entsprechenden Vorschriften gegenübergestellt:

ASVG	BSVG
§ 80 Abs. 1	§ 31 Abs. 3 Z 2
§ 81	§ 41
§ 90	§ 57a
§ 104 Abs. 7	§ 68 Abs. 7
§ 116 Abs. 3	§ 74 Abs. 3
§ 123 Abs. 4 und 10	§ 78 Abs. 4 und 8
§ 131 Abs. 3	§ 88 Abs. 3
§ 131 Abs. 5	§ 88 Abs. 5
§ 131a erster Satz	§ 80 Abs. 2 zweiter Satz
§ 132a Abs. 1	§ 81 Abs. 1
§ 135 Abs. 1 erster Satz, Abs. 2 und 3	§ 85 Abs. 1 bis 3
§ 135 Abs. 1 Z 3	§ 85 Abs. 1 Z 3
§ 153 Abs. 3 und 4	§ 95 Abs. 2, 4 und 5
§ 210	§ 149l
§ 213a Abs. 4	§ 149m Abs. 4

## 626 der Beilagen

9

ASVG	BSVG
Sechster Teil	§ 181
§ 446a	§ 206a
§ 455	§ 215
§ 456a Abs. 3	§ 215a Abs. 3
§ 563 Abs. 21	§ 255 Abs. 21
§ 572 Abs. 1 Z 4a und 5	§ 263 Abs. 1a
§ 581 Abs. 1 Z 3	§ 270 Abs. 1 Z 1a

**Zu Z 1 (§ 16 Abs. 2 BSVG):**

In Entsprechung des von der Präsidentenkonferenz der Landwirtschaftskammern Österreichs im Zuge von Änderungen im Bewertungsgesetz 1955 ab dem Jahre 2001 geäußerten Wunsches, dass bei bäuerlichen Versicherten im Falle der Feststellung eines Einheitswertes des land-(forst-)wirtschaftlichen Betriebes alternativ zur derzeitigen pauschalierten Berechnung der Beitragsgrundlage auf Grund des Versicherungswertes, die tatsächlichen Einkünfte auf Grund des Einkommensteuerbescheides als Beitragsgrundlage herangezogen werden können, wurden die Grundsätze dieses Optionsmodells im Rahmen des Budgetbegleitgesetzes 2001 beschlossen. Die nunmehr vorgesehene Änderung dient der Klarstellung, dass auch im Falle einer Option gemäß § 23 Abs. 1a die im § 16 BSVG verankerte Meldepflicht der bäuerlichen Versicherten – gedacht ist insbesondere an Änderungen im Umfang eines Flächenbetriebes – zur Anwendung kommt.

**Zu den Z 2, 7 bis 9, 11, 58 und 59 (§§ 20 Abs. 7, 24 Abs. 2, 24b, 24c, 33c Abs. 1 sowie 277 Abs. 5 und 6 BSVG):**

Im Zuge des Budgetbegleitgesetzes 2001, BGBl. I Nr. 142/2000, wurde bäuerlichen Versicherten für deren land-(forst-)wirtschaftlichen Betrieb ein Einheitswert festgestellt wurde, die Möglichkeit eingeräumt, alternativ zur pauschalierten Berechnung der Beitragsgrundlage auf Grund des Versicherungswertes, die tatsächlichen Einkünfte auf Grund des Einkommensteuerbescheides als Beitragsgrundlage zu wählen. Im Zuge der Einführung der Beitragsgrundlagenoption wurde durch das Budgetbegleitgesetz 2001 für jene Betriebsführer, die sich für den Einkommensteuerbescheid als Beitragsgrundlage entscheiden, sowie für jene Betriebe, für die kein Einheitswert festgestellt wird, und für Einkünfte aus Nebentätigkeiten in der Pensionsversicherung der für den Bereich des GSVG geltende Beitragssatz (15%) für anwendbar erklärt. Da sich die Mindereinnahmen auf Grund der Beitragsgrundlagenoption nicht auf die Pensionsversicherung beschränken und die Einnahmefälle nicht von der Gesamtheit der Versicherten, sondern von jener Personengruppe, der sie zuzurechnen sind, ausgeglichen werden sollen, soll nunmehr diese Beitragssatzregelung beseitigt und durch ein sich auf alle Zweige der bäuerlichen Sozialversicherung erstreckendes Beitragszuschlagssystem für Optanten ersetzt werden. Das Beitragszuschlagssystem erstreckt sich auf sämtliche von Optanten ausgeübte land-(forst-)wirtschaftliche Tätigkeiten, die der Pflichtversicherung nach diesem Bundesgesetz unterliegen. Dem für den Zusatzbeitrag vorgesehenen Prozentsatz, der sich auf die individuell vorgeschriebenen gesamten Beiträge bezieht, liegt die Überlegung zugrunde, dass die Summe der von den Versicherten allgemein zu entrichtenden Beiträge (5,9% KV, 0,5% Zusatzbeitrag KV, 14,5% PV, 1,9% UV) 22,8% beträgt. Ein Zuschlag im Ausmaß von 3% hievon entspricht in etwa dem in der ursprünglichen Regelung vorgesehenen nach dem GSVG geltenden Beitragssatz.

**Zu Z 3 (§ 20b BSVG):**

Seit dem 1. Jänner 1999 sind die bäuerlichen Nebentätigkeiten in den Versicherungsschutz der bäuerlichen Sozialversicherung einbezogen. Bäuerinnen und Bauern, die eine solche Tätigkeit ausüben, haben ihre daraus erzielten Einnahmen der Sozialversicherungsanstalt der Bauern bis spätestens 15. Februar des dem Beitragsjahr folgenden Kalenderjahres bekannt zu geben. Im Hinblick darauf, dass die Praxis gezeigt hat, dass die ausgeübten Nebentätigkeiten dem Versicherungsträger nicht lückenlos bekannt gegeben werden, soll nunmehr – in Anlehnung an die Regelung des § 109a EStG 1988 – auch Auftraggebern von Dienstleistungen, die als Nebentätigkeiten im Rahmen des bäuerlichen Betriebes ausgeübt werden, eine diesbezügliche Auskunftspflicht gegenüber der Sozialversicherungsanstalt der Bauern zukommen, wenn der Auftraggeber ein Unternehmen oder eine Körperschaft öffentlichen oder privaten Rechts ist. Diese Auskunftspflichtung der Auftraggeber entbindet keinesfalls die Versicherten von den ihnen obliegenden Melde- und Auskunftspflichten; sie soll vielmehr dazu dienen, eine effiziente Vollziehung zu gewährleisten.

**Zu den Z 4 bis 6 (§ 23 Abs. 4, 4a und 12 BSVG):**

Ab 1. Jänner 2001 hat der Betriebsführer die Möglichkeit, dass zur Beitragsbemessung die Einkünfte, die im Einkommensteuerbescheid ausgewiesen sind, herangezogen werden. Dies bedeutet, dass ein Einkommensteuerbescheid auch dann zu erlassen wäre, wenn ein Einkommen steuerlich nicht maßgeblich ist (sog. Nullbescheid). Für die Finanzverwaltung hat dies die Anlegung eines Abgabekontos sowie dessen laufende Wartung zur Folge. Die Kosten dafür werden mit zirka 1 200 S pro Jahr und Konto beziffert. Die Erlassung eines sogenannten Nullbescheides würde daher zu einem zusätzlichen Verwaltungsaufwand führen, der durch die Neufassung des § 23 Abs. 4a BSVG vermieden werden soll.

**Zu Z 12 (§ 34 Abs. 4 BSVG):**

Bäuerinnen und Bauern, die eine beitragspflichtige Nebentätigkeit ausüben, haben ihre daraus erzielten Einnahmen der Sozialversicherungsanstalt der Bauern bis spätestens 15. Februar des dem Beitragsjahr folgenden Kalenderjahres bekannt zu geben. Dem Versicherungsträger soll die Möglichkeit eingeräumt werden, bei nicht fristgerechter Meldung der Einnahmen aus den Nebentätigkeiten einen Beitragszuschlag vorzuschreiben.

**Zu den Z 17, 18, 36 bis 38 und 62 (§§ 75 Z 3 und 4, 97 Abs. 8, 99, 99a Z 2 und 280 Abs. 4 BSVG):**

In Bezug auf die angeführten Bestimmungen, mit denen die Teilzeitbeihilfe neu geregelt wird, wird auf die Erläuterungen zum GSVG (und zwar zu § 79 Abs. 1 Z 3 ua.) verwiesen.

Als zusätzliche Sonderregelung wird in der Übergangsbestimmung des § 262 Abs. 3 BSVG festgelegt, dass Personen, die am 31. Dezember 1998 nach § 5 Abs. 2 Z 4 oder als Ehegatten nach § 5 Abs. 2 Z 2 von der Krankenversicherung ausgenommen waren, auch weiterhin ausgenommen bleiben. § 279 Abs. 3 BSVG stellt sicher, dass auch für diesen Personenkreis ab 1. Juli 2001 die §§ 97 Abs. 8 und 99 BSVG in der neuen Fassung Anwendung finden.

**Zu den Z 21 und 32 (§§ 80 Abs. 2 und 93 Abs. 3 BSVG):**

Die Änderung dieser Verweisungen ist auf Grund der Neufassung des § 447f ASVG, wie sie im Rahmen des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 5/2001 erfolgt ist, notwendig.

**Zu den Z 39 und 40 (§ 142 Abs. 1 und 3 BSVG):**

Die in dem Entwurf zur Diskussion gestellten Vorschläge zur Neuregelung der Ermittlung des Unterhaltsanspruches sind auf Kritik gestoßen. In einem ersten Schritt wird bei den Selbständigen nun die Rechtslage an das Erkenntnis des Verfassungsgerichtshofes vom 17. Juni 2000, G 26/00 – 7, angepasst, sodass bei Ehegatten (§ 142 Abs. 1 lit. a) keine Pauschalanrechnung mehr, sondern eine Individualanrechnung zur Anwendung kommt. Weiters erfolgt eine Änderung der Rechtslage in Anlehnung an das Erkenntnis des Verfassungsgerichtshofes vom 27. Februar 2001, G 104/00 – 9, sodass auch die Anrechnung des Unterhaltsanspruches bei geschiedenen Ehegatten für die Berechnung der Ausgleichszulage nicht mehr pauschal erfolgen soll.

**Zu den Z 48 bis 51 (§ 217 Abs. 2, 2a und 4 BSVG):**

Personen, die von der Beitragsgrundlagenoption gemäß § 23 Abs. 1a BSVG Gebrauch machen, sind auf Grund der Verordnung des Bundesministers für Finanzen über die Aufstellung von Durchschnittssätzen für die Ermittlung des Gewinnes aus Land- und Forstwirtschaft, BGBl. II Nr. 54/2001, von der Inanspruchnahme der Vollpauschalierung ausgeschlossen. Die Abgabenbehörden des Bundes müssten daher in jedem Einzelfall bei der Sozialversicherungsanstalt der Bauern nachfragen, ob die Versicherten einen Antrag auf Beitragsgrundlagenoption gestellt haben. Eine solche Vorgangsweise steht nicht mit einer ökonomischen Verwaltung in Einklang, weshalb die vorgesehene Vorgangsweise eingehalten werden soll. Andernfalls könnte es nämlich auch vorkommen, dass das Finanzamt die Einkünfte auf Grund der Vollpauschalierung (unzulässigerweise) mangels Kenntnis eines Optionsantrages festsetzt und dieses Einkommen zu Unrecht der Beitragsgrundlage zu Grunde gelegt wird.

**Zu den Z 52 und 62 (§§ 255 Abs. 21 und 280 Abs. 3 BSVG):**

Die Übergangsbestimmung des § 255 Abs. 21 BSVG zu § 122c BSVG verfolgt den Zweck, dass Personen, die das Anfallsalter für eine vorzeitige Alterspension wegen dauernder Erwerbsunfähigkeit zum Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens der Verschärfung der Anspruchsvoraussetzungen durch die Verlängerung der Wartezeit im Zuge des Strukturanpassungsgesetzes 1996 für diese Pension bereits erreicht haben, von dieser Verschärfung nicht betroffen sein sollten. Durch diese Übergangsbestimmung sollte lediglich bewirkt werden, dass für den gegenständlichen Personenkreis die Wartezeitbestimmung in der am 31. August 1996 geltenden Fassung weiterhin anzuwenden sind. Durch das Sozialversicherungs-Änderungsgesetz 2000, BGBl. I Nr. 43/2000, wurde mit Wirkung ab 1. Juli 2000 die vorzeitige Alterspension

wegen Erwerbsunfähigkeit gemäß § 122c BSVG aufgehoben, sodass für die Anwendung dieser Übergangsbestimmung kein Raum mehr bleibt. Es wird daher vorgeschlagen, § 255 Abs. 21 BSVG ausdrücklich aufzuheben und stattdessen vorzusehen, dass bei bisher von dieser Bestimmung umfasst gewesenen Fällen für künftige Erwerbsunfähigkeitspensionen gemäß § 124 Abs. 2 BSVG die Wartezeitbestimmungen, wie sie für die vorzeitige Alterspension wegen Erwerbsunfähigkeit in der am 31. August 1996 geltenden Fassung anzuwenden waren, gelten.

Von dieser Maßnahme sind rund 400 bis 600 Frauen betroffen: Es entstehen jährliche Mehraufwendungen von maximal 30 Millionen Schilling über einen Zeitraum von maximal fünf Jahren.

**Zu den Z 53, 54 und 56 (§§ 263 Abs. 1a, 270 Abs. 1 Z 1a und 272 BSVG):**

Im Zuge des Sozialversicherungs-Änderungsgesetzes 1999, BGBl. I Nr. 2/2000, wurde bezugnehmend auf den § 80a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 2/2000 das In-Kraft-Treten mit 1. Jänner 2002 und das Außer-Kraft-Treten mit 31. Dezember 2001 festgelegt. Richtigerweise müsste der Wirksamkeitsbeginn des § 80a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 2/2000 mit 1. Jänner 2000 festgelegt werden. Die vorgeschlagene Änderung soll nunmehr der redaktionellen Klarstellung dienen. Gleichzeitig soll im Hinblick auf die vorgesehene Aussetzung der Neuregelung der Sachleistungszuständigkeit bei mehrfacher Krankenversicherung bis zum Ablauf des Jahres 2002 das Außer-Kraft-Treten des § 80a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 2/2000 entsprechend angepasst werden.

Mit der vorgeschlagenen Änderung sind keine finanziellen Auswirkungen verbunden.

**Zu Z 55 (§ 270 Abs. 5 Z 1 BSVG):**

Im Zuge der 23. BSVG- Novelle, BGBl. I Nr. 176/1999, wurde im § 270 Abs. 5 Z 1 BSVG im Hinblick auf § 121 BSVG anstatt des Abs. 3 der Abs. 2 angeführt. Die vorgeschlagene Zitierungsänderung dient der redaktionellen Klarstellung.

**Zu Z 57 (§ 276 Abs. 2b BSVG):**

Im Zuge des Sozialrechts-Änderungsgesetzes 2000, BGBl. I Nr. 92/2000, wurde mit Wirksamkeit ab 1. Jänner 2001 die Möglichkeit einer begünstigten Versicherung für Hofübergeber, die die Voraussetzungen für eine Pension noch nicht erfüllen, geschaffen.

Gemäß § 107 Abs. 1 Z 1 BSVG gelten als Ersatzzeiten Zeiten einer selbständigen Erwerbstätigkeit, die bei früherem Wirksamkeitsbeginn eines Pflichtversicherungstatbestandes die Pflichtversicherung in der Pensionsversicherung begründet hätte.

Die vorgesehene Bestimmung dient der Klarstellung, dass Zeiten, in denen eine Hofübergabe im Sinne des § 2 Abs. 1 Z 4 BSVG vor dem 1. Jänner 2001 stattgefunden hat, keine Ersatzzeiten für die Pensionsversicherung begründen.

**Zu Z 60 (§ 277a BSVG):**

Durch die vorgeschlagene Änderung soll lediglich eine Umnummerierung der Schlussbestimmungen zum Bundesgesetz BGBl. I Nr. 5/2001 vorgenommen werden.

**Zu Z 61 (§ 278a BSVG):**

Im Hinblick auf die gegenständlichen Schlussbestimmungen wird auf die entsprechenden Erläuterungen zu § 289a GSVG verwiesen.

**Zu Z 62 (§ 280 Abs. 5 BSVG):**

Die Sozialversicherungsanstalt der Bauern soll ermächtigt werden, Mittel aus der allgemeinen Rücklage der Unfallversicherung in die allgemeine Rücklage der Krankenversicherung zu übertragen. Durch gesetzliche Einzelermächtigungen wurden solche Maßnahmen in der Vergangenheit bereits öfters durchgeführt. Nunmehr soll neuerlich die Möglichkeit für eine derartige Übertragung geschaffen werden. Diese soll mit der in der Krankenversicherung zum 31. Dezember 2000 nachgewiesenen nicht gedeckten allgemeinen Rücklage in der Krankenversicherung begrenzt sein. Nach derzeitigem Stand (vorläufiges Gebarungsergebnis) wird die Krankenversicherung der Sozialversicherung der Bauern für den Zeitraum vom 1. Jänner 2000 bis zum 31. Dezember 2000 mit einem Abgang von rund 843 Millionen Schilling abschließen. Um diesen Abgang und die zum 31. Dezember 1999 nachgewiesene ungedeckte allgemeine Rücklage von 796,5 Millionen Schilling abzudecken soll der Sozialversicherungsanstalt der Bauern die genannte Möglichkeit eröffnet werden. Über die Höhe der jeweils jährlich zuzuführenden Beträge hat die Selbstverwaltung unter Beachtung der übrigen gesetzlichen Aufgaben und der Gebarungssituation der Unfallversicherung zu entscheiden.

**Textgegenüberstellung****Geltende Fassung:****Vorgeschlagene Fassung:****Änderung des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes****Meldungen der Pflichtversicherten****Meldungen der Pflichtversicherten****§ 16. (1) ...**

(2) Die Meldepflichtigen haben während des Bestandes der Pflichtversicherung jede für diese Versicherung bedeutsame Änderung innerhalb der im Abs. 1 festgesetzten Frist dem Versicherungsträger zu melden.

**§ 16. (1) ...**

(2) Die Meldepflichtigen haben während des Bestandes der Pflichtversicherung – ungeachtet einer Beitragsgrundlagenoption – jede für diese Versicherung bedeutsame Änderung innerhalb der im Abs. 1 festgesetzten Frist dem Versicherungsträger zu melden.

(3) und (4) ...

(3) und (4) ...

**Auskunftspflicht der Versicherten und der Leistungs-(Zahlungs-)empfänger****Auskunftspflicht der Versicherten und der Leistungs-(Zahlungs-)empfänger****§ 20. (1) bis (6) ...**

(7) Die Versicherten sind verpflichtet, dem Versicherungsträger über alle für die Einhebung des Zusatzbeitrages für Angehörige (§ 24c) maßgebenden Umstände Auskunft zu erteilen.

**§ 20. (1) bis (6) ...**

(7) Die Versicherten sind verpflichtet, dem Versicherungsträger über alle für die Einhebung des Zusatzbeitrages für Angehörige (§ 24b) maßgebenden Umstände Auskunft zu erteilen.

**Auskunftspflicht der Auftraggeber von land-(forst-)wirtschaftlichen Nebentätigkeiten**

**§ 20b. (1)** Unternehmen und Körperschaften, die Dienstleistungen im Sinne der Anlage 2 in Auftrag gegeben haben, haben auf Anfrage des Versicherungsträgers binnen zwei Wochen über Personen, die für sie solche Leistungen erbracht haben, Folgendes mitzuteilen:

1. Name und Anschrift des Auftragnehmers;
2. Art der erbrachten Leistung.

(2) Personen, die Dienstleistungen im Sinne der Anlage 2 erbracht haben, sind verpflichtet, den in Abs. 1 genannten Unternehmen und Körperschaften alle Auskünfte zu erteilen, welche diese zur Erfüllung ihrer Auskunftspflicht benötigen.

**Beitragsgrundlage****Beitragsgrundlage****§ 23. (1) bis (3) ...**

(4) Kann ein Versicherungswert im Sinne des Abs. 2 nicht ermittelt werden oder ist eine Beitragsgrundlagenoption gemäß Abs. 1a erfolgt, so sind für die Ermittlung der Beitragsgrundlage die im jeweiligen Kalenderjahr auf einen

**§ 23. (1) bis (3) ...**

(4) Kann ein Versicherungswert im Sinne des Abs. 2 nicht ermittelt werden oder ist eine Beitragsgrundlagenoption gemäß Abs. 1a erfolgt, so sind für die Ermittlung der Beitragsgrundlage die im jeweiligen Kalenderjahr auf einen

#### **Geltende Fassung:**

Kalendermonat im Durchschnitt entfallenden Einkünfte aus einer Erwerbstätigkeit, die die Pflichtversicherung nach diesem Bundesgesetz begründet, heranzuziehen; als Einkünfte gelten die Einkünfte im Sinne des Einkommensteuergesetzes 1988. Umfasst der Einkommensteuerbescheid auch Zeiträume, denen eine Vollpauschalierung zu Grunde liegt, so sind diese bei der Durchschnittsbetrachtung nicht zu berücksichtigen. Beitragsgrundlage ist der ermittelte Betrag,

1. zuzüglich der vom Versicherungsträger im Beitragsjahr im Durchschnitt der Monate der Erwerbstätigkeit vorgeschriebenen Beiträge zur Kranken- und Pensionsversicherung nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz; letztere nur so weit sie als Betriebsausgaben im Sinne des § 4 Abs. 4 Z 1 lit. a EStG 1988 gelten;
2. vermindert um die auf Veräußerungsgewinne nach den Vorschriften des EStG 1988 entfallenden Beträge im Durchschnitt der Monate der Erwerbstätigkeit.

(4a) Bis zur endgültigen Feststellung der Beitragsgrundlage gilt als vorläufige Beitragsgrundlage im Falle

1. des Abs. 1 Z 2
  - a) bis zum erstmaligen Vorliegen eines Einkommensteuerbescheides die Mindestbeitragsgrundlage gemäß Abs. 10 lit. a erster Fall,
  - b) bei Vorliegen eines rechtskräftigen Einkommensteuerbescheides für ein vorangegangenes Kalenderjahr die gemäß Abs. 4 maßgebliche Beitragsgrundlage;
2. einer Beitragsgrundlagenoption nach Abs. 1a bis zum Vorliegen eines rechtskräftigen Einkommensteuerbescheides für das jeweilige Beitragsjahr die gemäß Abs. 2 ermittelte Beitragsgrundlage.

Wird kein Einkommensteuerbescheid erlassen, so gilt die vorläufige Beitragsgrundlage als endgültige.

(4b) bis (11) ...

#### **Vorgeschlagene Fassung:**

Kalendermonat im Durchschnitt entfallenden Einkünfte aus einer Erwerbstätigkeit, die die Pflichtversicherung nach diesem Bundesgesetz begründet, heranzuziehen; als Einkünfte gelten die Einkünfte im Sinne des Einkommensteuergesetzes 1988. Im Falle einer Beitragsgrundlagenoption nach Abs. 1a ist dem Vorliegen eines Einkommensteuerbescheides die Mitteilung der Abgabenbehörde gleichzuhalten, dass keine für die Einkommensteuer maßgeblichen Einkünfte aus einer Erwerbstätigkeit, die die Pflichtversicherung nach diesem Bundesgesetz begründet, vorliegen. Umfasst der Einkommensteuerbescheid auch Zeiträume, denen eine Vollpauschalierung zu Grunde liegt, so sind diese bei der Durchschnittsbetrachtung nicht zu berücksichtigen. Beitragsgrundlage ist der ermittelte Betrag,

1. zuzüglich der vom Versicherungsträger im Beitragsjahr im Durchschnitt der Monate der Erwerbstätigkeit vorgeschriebenen Beiträge zur Kranken- und Pensionsversicherung nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz; Letztere nur so weit sie als Betriebsausgaben im Sinne des § 4 Abs. 4 Z 1 lit. a EStG 1988 gelten;
2. vermindert um die auf Veräußerungsgewinne nach den Vorschriften des EStG 1988 entfallenden Beträge im Durchschnitt der Monate der Erwerbstätigkeit.

(4a) Bis zur endgültigen Feststellung der Beitragsgrundlage gilt als vorläufige Beitragsgrundlage im Falle

1. des Abs. 1 Z 2
  - a) bis zum erstmaligen Vorliegen eines Einkommensteuerbescheides die Mindestbeitragsgrundlage nach Abs. 10 lit. a erster Fall,
  - b) bei Vorliegen eines rechtskräftigen Einkommensteuerbescheides für ein vorangegangenes Kalenderjahr die nach Abs. 4 maßgebliche Beitragsgrundlage;wird kein Einkommensteuerbescheid erlassen, so gilt die vorläufige Beitragsgrundlage als endgültige;
2. einer Beitragsgrundlagenoption nach Abs. 1a bis zum Vorliegen eines rechtskräftigen Einkommensteuerbescheides für das jeweilige Beitragsjahr die nach Abs. 2 ermittelte Beitragsgrundlage unter Beachtung der Mindestbeitragsgrundlage nach Abs. 10 lit. a zweiter Fall.

(4b) bis (11) ...

**Geltende Fassung:**

(12) Die vorläufigen Beitragsgrundlagen gemäß Abs. 4 und 4a, die zum Stichtag (§ 104 Abs. 2) noch nicht nachbemessen sind, gelten als endgültig.

**Beiträge zur Pflichtversicherung in der Krankenversicherung und Pensionsversicherung**

§ 24. (1) ...

(2) Die in der Pensionsversicherung Pflichtversicherten haben für die Dauer der Versicherung, sofern sich aus Abs. 3 und 4 nichts anderes ergibt,

1. sofern deren Beitragsgrundlage gemäß § 23 Abs. 2 gebildet wird, einen Beitragssatz von 14,5%
2. sofern deren Beitragsgrundlage gemäß § 23 Abs. 4, 4a und 4b gebildet wird, einen Beitragssatz in Höhe des im § 27 Abs. 1 Z 2 GSVG genannten Prozentsatzes

der Beitragsgrundlage zu leisten.

(3) bis (5) ...

**Zusatzbeitrag für Angehörige**

§ 24c. (1) bis (3) ...

**Beitrag des Bundes**

§ 31. (1) und (2) ...

(3) Über den Betrag gemäß Abs. 2 hinaus leistet der Bund für jedes Geschäftsjahr einen Beitrag in der Höhe des Betrages, um den die Aufwendungen die Erträge übersteigen. Hiebei sind

1. ...

**Vorgeschlagene Fassung:**

(12) Die vorläufigen Beitragsgrundlagen gemäß Abs. 4 und 4b, die zum Stichtag (§ 104 Abs. 2) noch nicht nachbemessen sind, gelten als endgültig.

**Beiträge zur Pflichtversicherung in der Krankenversicherung und Pensionsversicherung**

§ 24. (1) ...

(2) Die in der Pensionsversicherung Pflichtversicherten haben, sofern sich aus den Abs. 3 und 4 nichts anderes ergibt, für die Dauer der Versicherung als Beitrag 14,5% der Beitragsgrundlage zu leisten.

(3) bis (5) ...

**Zusatzbeitrag für Angehörige**

§ 24b. (1) bis (3) ...

**Zusatzbeitrag in der Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung im Falle einer Beitragsgrundlagenoption**

§ 24c. (1) Pflichtversicherte, deren Beitragsgrundlage auf Grund einer Beitragsgrundlagenoption nach § 23 Abs. 1a gebildet wird, haben einen Zusatzbeitrag im Ausmaß von 3% der Summe der von ihnen zu entrichtenden Beiträge zu leisten.

(2) Alle für die Beiträge zur Pflichtversicherung geltenden Rechtsvorschriften sind auf den Zusatzbeitrag nach Abs. 1 anzuwenden.

**Beitrag des Bundes**

§ 31. (1) und (2) ...

(3) Über den Betrag gemäß Abs. 2 hinaus leistet der Bund für jedes Geschäftsjahr einen Beitrag in der Höhe des Betrages, um den die Aufwendungen die Erträge übersteigen. Hiebei sind

1. ...

14

626 der Beilagen

**Geltende Fassung:**

2. ab 1. Jänner 1998 bei den Aufwendungen die Ausgleichszulagen, bei den Erträgen der Bundesbeitrag gemäß Abs. 3 und die Ersätze für Ausgleichszulagen außer Betracht zu lassen.

(4) bis (6) ...

**Erstattung von Beiträgen in der Krankenversicherung**

§ 33c. (1) Überschreitet bei in der Krankenversicherung Pflichtversicherten nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz in einem Kalenderjahr die Summe aller Beitragsgrundlagen der Pflichtversicherung, einschließlich der Sonderzahlungen, die Summe der monatlichen Höchstbeitragsgrundlagen gemäß § 48 für die im Kalenderjahr liegenden Monate der Pflichtversicherung in der Krankenversicherung (Abs. 2), wobei sich deckende Monate der Pflichtversicherung in der Krankenversicherung nur einmal zu zählen sind, so ist der Beitrag zur Krankenversicherung, der auf den Überschreibungsbetrag entfällt, dem Versicherten vom leistungszuständigen Versicherungsträger mit 4%, soweit jedoch ein Zusatzbeitrag nach § 24c geleistet wurde, mit 7,4% zu erstatten.

(2) bis (4) ...

**Beitragszuschlag**

§ 34. (1) bis (3) ...

**Verwendung der Mittel**

§ 41. Die Mittel der Versicherung dürfen nur für die gesetzlich vorgeschriebenen oder zulässigen Zwecke verwendet werden. Zu den zulässigen Zwecken gehören im Rahmen der Zuständigkeit des Versicherungsträgers auch die Aufklärung, Information und sonstige Formen der Öffentlichkeitsarbeit sowie die Mitgliedschaft zu gemeinnützigen Einrichtungen, die der Forschung nach den

**Vorgeschlagene Fassung:**

2. ab 1. Jänner 1998 bei den Aufwendungen die Ausgleichszulagen, der Wertausgleich und die Leistungen für Kriegsgefangene nach dem Kriegsgefangenenentschädigungsgesetz, BGBl. I Nr. 142/2001, und bei den Erträgen der Bundesbeitrag gemäß Abs. 3 sowie die Ersätze für Ausgleichszulagen, für den Wertausgleich und für die Leistungen für Kriegsgefangene nach dem Kriegsgefangenenentschädigungsgesetz außer Betracht zu lassen.

(4) bis (6) ...

**Erstattung von Beiträgen in der Krankenversicherung**

§ 33c. (1) Überschreitet bei in der Krankenversicherung Pflichtversicherten nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz in einem Kalenderjahr die Summe aller Beitragsgrundlagen der Pflichtversicherung, einschließlich der Sonderzahlungen, die Summe der monatlichen Höchstbeitragsgrundlagen gemäß § 48 für die im Kalenderjahr liegenden Monate der Pflichtversicherung in der Krankenversicherung (Abs. 2), wobei sich deckende Monate der Pflichtversicherung in der Krankenversicherung nur einmal zu zählen sind, so ist der Beitrag zur Krankenversicherung, der auf den Überschreibungsbetrag entfällt, dem Versicherten vom leistungszuständigen Versicherungsträger mit 4%, soweit jedoch ein Zusatzbeitrag nach § 24b geleistet wurde, mit 7,4% zu erstatten.

(2) bis (4) ...

**Beitragszuschlag**

§ 34. (1) bis (3) ...

(4) Erfolgt die Bekanntgabe der Einnahmen gemäß § 20 Abs. 2 Z 2 nicht bis zu der in dieser Bestimmung genannten Frist, kann der Versicherungsträger einen Beitragszuschlag im Ausmaß von 10% des nachzuzahlenden Betrages vorschreiben.

**Verwendung der Mittel**

§ 41. (1) Die Mittel der Versicherung dürfen nur für die gesetzlich vorgeschriebenen oder zulässigen Zwecke verwendet werden. Zu den zulässigen Zwecken gehören im Rahmen der Zuständigkeit des Versicherungsträgers auch die Aufklärung, Information und sonstige Formen der Öffentlichkeitsarbeit sowie die Mitgliedschaft zu gemeinnützigen Einrichtungen, die der Forschung

**Geltende Fassung:**

wirksamsten Methoden und Mitteln zur Erfüllung der Aufgaben der Sozialversicherung dienen.

**Zusammentreffen eines Pensionsanspruches aus eigener Pensionsversicherung mit einem Anspruch auf Krankengeld aus der Allgemeinen Sozialversicherung**

§ 57a. Trifft ein Pensionsanspruch aus eigener Pensionsversicherung, ausgenommen ein Anspruch auf Teilpension, mit einem Anspruch auf Krankengeld zusammen, so ruht der Pensionsanspruch für die weitere Dauer des Krankengeldanspruches mit dem Betrag des Krankengeldes. Das Ruhen des Pensionsanspruches tritt auch dann ein, wenn während der Dauer der Verwirkung (§ 88 Abs. 1 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes) oder Versagung (§ 142 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes) des Krankengeldanspruches die Pension anfällt oder wieder auflebt.

**Auszahlung der Leistungen**

§ 68. (1) bis (6) ...

**Aufgaben**

§ 74. (1) und (2) ...

(3) Mittel der Krankenversicherung können auch zur Förderung und Unterstützung von gemeinnützigen Einrichtungen, die der Verhütung oder Früherkennung von Krankheiten, der Verhütung von Unfällen, ausgenommen Arbeitsunfälle, der Sicherstellung der Leistung ärztlicher Hilfe oder der Betreuung von Kranken dienen, sowie zur Förderung der Niederlassung von Ver-

**Vorgeschlagene Fassung:**

nach den wirksamsten Methoden und Mitteln zur Erfüllung der Aufgaben der Sozialversicherung dienen.

(2) Zulässig ist auch die Errichtung (Gründung) von oder die Beteiligung an Vereinen, Fonds und Gesellschaften mit beschränkter Haftung im Rahmen von Finanzierungs- und Betreibermodellen, wenn sie der Verbesserung der Servicequalität oder der Erzielung von Einsparungen dient; dabei können auch Gebietskörperschaften einbezogen werden. Unter den gleichen Voraussetzungen ist die Beteiligung von natürlichen oder juristischen Personen an Vereinen, Fonds und Gesellschaften mit beschränkter Haftung, die vom Versicherungsträger errichtet (gegründet) wurden, zulässig.

**Zusammentreffen eines Pensionsanspruches aus eigener Pensionsversicherung mit einem Anspruch auf Krankengeld aus der Allgemeinen Sozialversicherung**

§ 57a. Trifft ein Pensionsanspruch aus eigener Pensionsversicherung, ausgenommen ein Anspruch auf Teilpension oder auf Alterspension, mit einem Anspruch auf Krankengeld zusammen, so ruht der Pensionsanspruch für die weitere Dauer des Krankengeldanspruches mit dem Betrag des Krankengeldes. Das Ruhen des Pensionsanspruches tritt auch dann ein, wenn während der Dauer der Verwirkung (§ 88 Abs. 1 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes) oder Versagung (§ 142 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes) des Krankengeldanspruches die Pension anfällt oder wieder auflebt.

**Auszahlung der Leistungen**

§ 68. (1) bis (6) ...

(7) Der Versicherungsträger kann sich verpflichten, Geldleistungen der Länder (zB Heizkostenzuschüsse) gegen entsprechende Abgeltung der vollen Kosten zusammen mit den Pensionen auszuführen.

**Aufgaben**

§ 74. (1) und (2) ...

(3) Mittel der Krankenversicherung können auch zur Förderung und Unterstützung von gemeinnützigen Einrichtungen, die der Verhütung oder Früherkennung von Krankheiten, der Verhütung von Unfällen, ausgenommen Arbeitsunfälle, der Sicherstellung der Leistung ärztlicher Hilfe oder der Betreuung von Kranken dienen, sowie zur Förderung der Niederlassung von Ver-

#### **Geltende Fassung:**

tragsärzten in medizinisch schlecht versorgten Gebieten und zur Aufrechterhaltung der Praxis in solchen Gebieten verwendet werden, wenn dies der Erfüllung der in den Abs. 1 und 2 genannten Aufgaben dient.

(4) und (5) ...

#### **Leistungen**

§ 75. Als Leistungen der Krankenversicherung sind nach Maßgabe der Bestimmungen dieses Bundesgesetzes zu gewähren:

1. und 2. ...
3. aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft: Mutterschaftsleistungen (§§ 97, 98, 99, 99a und 99b).
4. Aufgehoben.

#### **Anspruchsberechtigung für Angehörige**

§ 78. (1) bis (3) ...

(4) Kinder und Enkel (Abs. 2 Z 2 bis 6) gelten als Angehörige bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Nach diesem Zeitpunkt gelten sie als Angehörige, wenn und solange sie

1. ...
2. seit der Vollendung des 18. Lebensjahres oder seit dem Ablauf des in Z 1 genannten Zeitraumes
  - a) ...
  - b) erwerbslos sind.

Die Angehörigeneigenschaft bleibt in den Fällen der Z 2 lit. b längstens für die Dauer von 24 Monaten ab den in Z 2 genannten Zeitpunkten gewahrt.

(5) bis (7) ...

(8) Eine im Abs. 2 Z 1 sowie im Abs. 7 genannte Person gilt nicht als Angehöriger, wenn sie im Ausland eine Erwerbstätigkeit ausübt, die, würde sie im Inland ausgeübt werden, nach den Bestimmungen dieses oder eines anderen Bundesgesetzes die Versicherungspflicht in der Krankenversicherung begründet.

#### **Vorgeschlagene Fassung:**

tragsärzten (Vertrags-Gruppenpraxen) in medizinisch schlecht versorgten Gebieten und zur Aufrechterhaltung der Praxis in solchen Gebieten verwendet werden, wenn dies der Erfüllung der in den Abs. 1 und 2 genannten Aufgaben dient.

(4) und (5) ...

#### **Leistungen**

§ 75. Als Leistungen der Krankenversicherung sind nach Maßgabe der Bestimmungen dieses Bundesgesetzes zu gewähren:

1. und 2. ...
3. aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft: Mutterschaftsleistungen (§§ 97 und 98);
4. Teilzeitbeihilfe (§§ 99 und 99a).

#### **Anspruchsberechtigung für Angehörige**

§ 78. (1) bis (3) ...

(4) Kinder und Enkel (Abs. 2 Z 2 bis 6) gelten als Angehörige bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Nach diesem Zeitpunkt gelten sie als Angehörige, wenn und solange sie

1. ...
2. seit der Vollendung des 18. Lebensjahres oder seit dem Ablauf des in Z 1 genannten Zeitraumes
  - a) ...
  - b) erwerbslos sind;
3. an einem Programm der Europäischen Gemeinschaften zur Förderung der Mobilität junger Menschen teilnehmen, längstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres.

Die Angehörigeneigenschaft bleibt in den Fällen der Z 2 lit. b längstens für die Dauer von 24 Monaten ab den in Z 2 genannten Zeitpunkten gewahrt.

(5) bis (7) ...

(8) Eine im Abs. 2 Z 1, Abs. 4 Z 3 sowie im Abs. 7 genannte Person gilt nicht als Angehöriger, wenn sie im Ausland eine Erwerbstätigkeit ausübt, die, würde sie im Inland ausgeübt werden, nach den Bestimmungen dieses oder eines anderen Bundesgesetzes die Versicherungspflicht in der Krankenversicherung begründet.

**Geltende Fassung:**

(9) und (10) ...

**Arten der Erbringung der Leistungen, Kostenbeteiligung****§ 80. (1) ...**

(2) Bei Sachleistungen, mit Ausnahme der Anstaltspflege, hat der Versicherte, soweit in diesem Bundesgesetz nichts anderes bestimmt wird, 20 vH der dem Versicherungsträger erwachsenden Kosten als Kostenanteil zu ersetzen. Für ärztliche Hilfe und chirurgisch konservierende Zahnbehandlung durch freiberuflich tätige Ärzte und Dentisten beträgt der Kostenanteil (Behandlungsbeitrag) einheitlich 90 S pro Behandlungsfall. Als Behandlungsfall gilt die einmalige bzw. kausal zusammenhängende mehrmalige Leistungsanspruchnahme auf Basis eines durch den Krankenversicherungsträger ausgefolgten und an den Arzt übergebenen Kranken- bzw. Zahnbehandlungsscheines. An die Stelle des Betrages von 90 S tritt ab 1. Jänner jeden Jahres, erstmals ab 1. Jänner 1999, der unter Bedachtnahme auf § 47 mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 45) vervielfachte Betrag, gerundet auf volle Schilling. Die Satzung kann, soweit dies für die Sicherstellung der finanziellen Leistungsfähigkeit des Versicherungsträgers erforderlich ist, den Behandlungsbeitrag mit einem über die jeweils geltende Höhe hinaus gehenden Betrag festsetzen. Für die Anstaltspflege hat der Versicherte statt eines Kostenanteiles den Kostenbeitrag gemäß § 447f Abs. 6 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes zu entrichten. Die Satzung kann bei der Erbringung der Leistungen für Kieferregulierungen und des unentbehrlichen Zahnersatzes an Stelle des 20%igen Kostenanteiles höhere Zuzahlungen durch den Versicherten vorsehen. Bei Kostenerstattung werden dem Versicherten 80 vH der Kosten erstattet, die ihm auf Grund der mit den Vertragspartnern vereinbarten Tarife erwachsen sind. Kostenzuschüsse werden, sofern dieses Bundesgesetz nichts anderes bestimmt, bei Fehlen vertraglicher Regelungen über die Vergütung der Leistungen der Vertragspartner gewährt; sie dürfen den Betrag nicht übersteigen, der nach den zuletzt in Geltung gestandenen vertraglichen Bestimmungen über die Vergütung der Leistungen der Vertragspartner zu zahlen gewesen wäre. Diese Kostenzuschüsse können durch die unter Bedachtnahme auf die finanzielle Leistungsfähigkeit der Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz erhöht werden; sie dürfen jedoch 80 vH der dem Versicherten tatsächlich erwachsenden Kosten nicht übersteigen. An die Stelle des Versicherten tritt der Ehegatte des Versicherten, an den die Pension gemäß § 71 Abs. 4 ausbezahlt ist, sofern dies von einem der Ehegatten beantragt wird.

**Vorgeschlagene Fassung:**

(9) und (10) ...

**Arten der Erbringung der Leistungen, Kostenbeteiligung****§ 80. (1) ...**

(2) Bei Sachleistungen, mit Ausnahme der Anstaltspflege, hat der Versicherte, soweit in diesem Bundesgesetz nichts anderes bestimmt wird, 20 vH der dem Versicherungsträger erwachsenden Kosten als Kostenanteil zu ersetzen. Für ärztliche Hilfe und chirurgisch konservierende Zahnbehandlung durch niedergelassene Ärzte, Dentisten und Gruppenpraxen beträgt der Kostenanteil (Behandlungsbeitrag) einheitlich 90 S pro Behandlungsfall. Als Behandlungsfall gilt die einmalige bzw. kausal zusammenhängende mehrmalige Leistungsanspruchnahme auf Basis eines durch den Krankenversicherungsträger ausgefolgten und an den Arzt übergebenen Kranken- bzw. Zahnbehandlungsscheines. An die Stelle des Betrages von 90 S tritt ab 1. Jänner jeden Jahres, erstmals ab 1. Jänner 1999, der unter Bedachtnahme auf § 47 mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 45) vervielfachte Betrag, gerundet auf volle Schilling. Die Satzung kann, soweit dies für die Sicherstellung der finanziellen Leistungsfähigkeit des Versicherungsträgers erforderlich ist, den Behandlungsbeitrag mit einem über die jeweils geltende Höhe hinaus gehenden Betrag festsetzen. Für die Anstaltspflege hat der Versicherte statt eines Kostenanteiles den Kostenbeitrag gemäß § 447f Abs. 7 ASVG zu entrichten. Die Satzung kann bei der Erbringung der Leistungen für Kieferregulierungen und des unentbehrlichen Zahnersatzes an Stelle des 20%igen Kostenanteiles höhere Zuzahlungen durch den Versicherten vorsehen. Bei Kostenerstattung werden dem Versicherten 80 vH der Kosten erstattet, die ihm auf Grund der mit den Vertragspartnern vereinbarten Tarife erwachsen sind. Kostenzuschüsse werden, sofern dieses Bundesgesetz nichts anderes bestimmt, bei Fehlen vertraglicher Regelungen über die Vergütung der Leistungen der Vertragspartner gewährt; sie dürfen den Betrag nicht übersteigen, der nach den zuletzt in Geltung gestandenen vertraglichen Bestimmungen über die Vergütung der Leistungen der Vertragspartner zu zahlen gewesen wäre. Diese Kostenzuschüsse können durch die unter Bedachtnahme auf die finanzielle Leistungsfähigkeit der Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz erhöht werden; sie dürfen jedoch 80 vH der dem Versicherten tatsächlich erwachsenden Kosten nicht übersteigen. An die Stelle des Versicherten tritt der Ehegatte des Versicherten, an den die Pension gemäß § 71 Abs. 4 ausbezahlt ist, sofern dies von einem der Ehegatten beantragt wird.

18

626 der Beilagen

### Geltende Fassung:

(3) bis (7) ...

#### Jugendlichenuntersuchungen

§ 81. (1) Der Versicherungsträger hat die bei ihm pflichtversicherten Jugendlichen, zwecks Überwachung ihres Gesundheitszustandes jährlich mindestens einmal einer ärztlichen Untersuchung zu unterziehen. Für die Durchführung der Untersuchungen kommen insbesondere Vertragsärzte, Einrichtungen der Vertragsärzte und sonstiger Vertragspartner sowie eigene Einrichtungen in Betracht.

(2) bis (4) ...

#### Ärztliche Hilfe

§ 85. (1) Die ärztliche Hilfe wird durch Vertragsärzte oder durch Ärzte in eigenen hiefür ausgestatteten Einrichtungen der Bauernkrankenversicherung oder in Vertragseinrichtungen gemäß den Bestimmungen des § 80 gewährt. Die Satzung kann unter Bedachtnahme auf die finanzielle Leistungsfähigkeit des Versicherungsträgers und das wirtschaftliche Bedürfnis der Versicherten für alle oder bestimmte Gruppen von Versicherten an Stelle der Sachleistungen eine Kostenerstattung vorsehen. Im Rahmen der Krankenbehandlung (§ 83 Abs. 2) ist der ärztlichen Hilfe gleichgestellt:

1. und 2. ...

3. eine psychotherapeutische Behandlung durch Personen, die gemäß § 11 des Psychotherapiegesetzes, BGBl. Nr. 361/1990, zur selbständigen Ausübung der Psychotherapie berechtigt sind, wenn nachweislich vor oder nach der ersten, jedenfalls vor der zweiten psychotherapeutischen Behandlung innerhalb desselben Abrechnungszeitraumes eine ärztliche Untersuchung (§ 1 Abs. 2 Z 1 des Ärztegesetzes 1984, BGBl. Nr. 373) stattgefunden hat.

(2) In der Regel soll die Auswahl zwischen mindestens zwei zur Behandlung berufenen, für den Erkrankten in angemessener Zeit erreichbaren Ärzten freigestellt sein. Hat der Versicherungsträger eigene Einrichtungen für die Gewährung der ärztlichen Hilfe oder wird diese durch Vertragseinrichtungen gewährt, muß die Wahl der Behandlung zwischen einer dieser Einrichtungen und einem oder mehreren Vertragsärzten unter gleichen Bedingungen freigestellt sein. Insoweit Zuzahlungen zu den Leistungen vorgesehen sind, müssen diese

### Vorgeschlagene Fassung:

(3) bis (7) ...

#### Jugendlichenuntersuchungen

§ 81. (1) Der Versicherungsträger hat die bei ihm pflichtversicherten Jugendlichen, zwecks Überwachung ihres Gesundheitszustandes jährlich mindestens einmal einer ärztlichen Untersuchung zu unterziehen. Für die Durchführung der Untersuchungen kommen insbesondere Vertragsärzte, Einrichtungen der Vertragsärzte und sonstiger Vertragspartner, Vertrags-Gruppenpraxen sowie eigene Einrichtungen in Betracht.

(2) bis (4) ...

#### Ärztliche Hilfe

§ 85. (1) Die ärztliche Hilfe wird durch Vertragsärzte und Vertrags-Gruppenpraxen, durch Wahlärzte und Wahl-Gruppenpraxen (§ 88 Abs. 1) sowie durch Ärzte in eigenen Einrichtungen des Versicherungsträgers und in Vertragseinrichtungen (§ 80) gewährt. Die Satzung kann unter Bedachtnahme auf die finanzielle Leistungsfähigkeit des Versicherungsträgers und das wirtschaftliche Bedürfnis der Versicherten für alle oder bestimmte Gruppen von Versicherten an Stelle der Sachleistungen eine Kostenerstattung vorsehen. Im Rahmen der Krankenbehandlung (§ 83 Abs. 2) ist der ärztlichen Hilfe gleichgestellt:

1. und 2. ...

3. eine psychotherapeutische Behandlung durch Personen, die gemäß § 11 des Psychotherapiegesetzes, BGBl. Nr. 361/1990, zur selbständigen Ausübung der Psychotherapie berechtigt sind, wenn nachweislich vor oder nach der ersten, jedenfalls vor der zweiten psychotherapeutischen Behandlung innerhalb desselben Abrechnungszeitraumes eine ärztliche Untersuchung (§ 2 Abs. 2 Z 1 des Ärztegesetzes 1998) stattgefunden hat.

(2) In der Regel soll die Auswahl zwischen mindestens zwei zur Behandlung berufenen, für den Erkrankten in angemessener Zeit erreichbaren Ärzten oder Gruppenpraxen freigestellt sein. Hat der Versicherungsträger eigene Einrichtungen für die Gewährung der ärztlichen Hilfe oder wird diese durch Vertragseinrichtungen gewährt, muss die Wahl der Behandlung zwischen einer dieser Einrichtungen und einem oder mehreren Vertragsärzten (Wahlärzten) bzw. einer oder mehreren Vertrags-Gruppenpraxen (Wahl-Gruppenpraxen)

**Geltende Fassung:**

in den Ambulatorien und bei den freiberuflich tätigen Vertragsärzten gleich hoch sein.

(3) Bei der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe durch einen Vertragsarzt oder in eigenen Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) der Bauernkrankenversicherung hat der Erkrankte einen Krankenschein im Sinne des § 135 Abs. 3 erster und zweiter Satz ASVG vorzulegen.

(4) bis (5) ...

**Zuschüsse zu den Kosten der Krankenbehandlung**

§ 88. (1) und (2) ...

(3) Bei im Inland eintretenden Unfällen, plötzlichen Erkrankungen und ähnlichen Ereignissen kann der nächst erreichbare Arzt, erforderlichenfalls auch die nächst erreichbare Krankenanstalt in Anspruch genommen werden, falls ein Vertragsarzt bzw. eine Vertragskrankenanstalt oder eine Einrichtung der Bauernkrankenversicherung für die ärztliche Hilfe (Anstaltspflege) nicht rechtzeitig die notwendige Hilfe leisten kann. Der Versicherungsträger hat in solchen Fällen zu den dem Versicherten tatsächlich erwachsenden Kosten (Arztkosten, Heilmittelkosten, Kosten der Anstaltspflege und Transportkosten) den in der Satzung festgesetzten Zuschuß zu leisten. Darüber hinaus können nach Maßgabe der Satzung auch die notwendigen Reise-(Fahrt-)Kosten übernommen werden. Für die weitere Behandlung ist, sofern der Versicherte nicht eine anderweitige Krankenbehandlung im Sinne des Abs. 1 in Anspruch nimmt, so bald wie möglich ein Vertragspartner oder eine eigene Einrichtung (Vertragseinrichtung) der Bauernkrankenversicherung heranzuziehen, wenn der Zustand des Erkrankten (Verletzten) dies ohne Gefahr einer Verschlimmerung zuläßt.

(4) ...

(5) Ein Kostenzuschuß für die Hilfe eines selbständig tätigen approbierten Arztes (§ 3 c des Ärztegesetzes 1984), der nicht gemäß Artikel 36 Abs. 2 der Richtlinie 93/16/EWG das Recht erworben hat, den ärztlichen Beruf als praktischer Arzt im Rahmen eines Sozialversicherungssystems auszuüben, ist ausgeschlossen.

**Vorgeschlagene Fassung:**

unter gleichen Bedingungen freigestellt sein. Insoweit Zuzahlungen zu den Leistungen vorgesehen sind, müssen diese in den Ambulatorien, bei den freiberuflich tätigen Vertragsärzten und in den Vertrags-Gruppenpraxen gleich hoch sein.

(3) Bei der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe durch einen Vertragsarzt, in einer Vertrags-Gruppenpraxis oder in eigenen Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) der Bauernkrankenversicherung hat der Erkrankte einen Krankenschein im Sinne des § 135 Abs. 3 erster und zweiter Satz ASVG vorzulegen.

(4) bis (5) ...

**Zuschüsse zu den Kosten der Krankenbehandlung**

§ 88. (1) und (2) ...

(3) Bei im Inland eingetretenen Unfällen, plötzlichen Erkrankungen und ähnlichen Ereignissen kann der nächsterreichbare Arzt (Dentist) oder die nächsterreichbare Gruppenpraxis, erforderlichenfalls auch die nächsterreichbare Krankenanstalt in Anspruch genommen werden, falls ein Vertragsarzt (Vertragsdentist), eine Vertrags-Gruppenpraxis, eine Vertragskrankenanstalt oder eine eigene Einrichtung des Versicherungsträgers für die ärztliche Hilfe (Anstaltspflege) nicht rechtzeitig die notwendige Hilfe leisten kann. Der Versicherungsträger hat in solchen Fällen zu den dem Versicherten tatsächlich erwachsenden Kosten (Arztkosten, Heilmittelkosten, Kosten der Anstaltspflege und Transportkosten) den in der Satzung festgesetzten Zuschuss zu leisten. Darüber hinaus können nach Maßgabe der Satzung auch die notwendigen Reise-(Fahrt-)Kosten übernommen werden. Für die weitere Behandlung ist, sofern der Versicherte nicht eine anderweitige Krankenbehandlung im Sinne des Abs. 1 in Anspruch nimmt, so bald wie möglich ein Vertragspartner oder eine eigene Einrichtung (Vertragseinrichtung) der Bauernkrankenversicherung heranzuziehen, wenn der Zustand des Erkrankten (Verletzten) dies ohne Gefahr einer Verschlimmerung zulässt.

(4) ...

(5) Ein Kostenzuschuss für die Hilfe eines selbständig tätigen approbierten Arztes (§ 44 Abs. 1 des Ärztegesetzes 1998), der nicht gemäß Artikel 36 Abs. 2 der Richtlinie 93/16/EWG das Recht erworben hat, den ärztlichen Beruf als Arzt für Allgemeinmedizin im Rahmen eines Sozialversicherungssystems auszuüben, ist ausgeschlossen.

20

626 der Beilagen

#### **Geltende Fassung:**

#### **Pflegekostenzuschuß des Versicherungsträgers bei Anstaltspflege**

##### **§ 93. (1) und (2) ...**

(3) § 447f Abs. 6 ASVG ist mit der Maßgabe anzuwenden, daß der 10%ige Kostenbeitrag vom Pflegekostenzuschuß zu berechnen und vom Träger der Sozialversicherung einzubehalten ist.

#### **Zahnbehandlung und Zahnersatz**

##### **§ 95. (1) ...**

(2) Chirurgische und konservierende Zahnbehandlung, Kieferregulierungen und der unentbehrliche Zahnersatz werden durch Vertragsärzte, nach den Bestimmungen des Dentistengesetzes, BGBl. Nr. 90/1949, auch durch Vertragsdentisten, in eigenen hierfür ausgestatteten Einrichtungen der Bauernkrankenversicherung oder in Vertragseinrichtungen gemäß den Bestimmungen des § 80 gewährt. Die Satzung kann unter Bedachtnahme auf die finanzielle Leistungsfähigkeit des Versicherungsträgers und das wirtschaftliche Bedürfnis der Versicherten für alle oder bestimmte Gruppen von Versicherten an Stelle der Sachleistungen eine Kostenerstattung vorsehen. § 85 Abs. 2 gilt entsprechend.

##### **(3) ...**

(4) Die Kostenerstattung und die Kostenzuschüsse müssen für die entsprechenden Leistungen in den eigenen Einrichtungen, den Vertragseinrichtungen und bei den Vertragsärzten und Vertragsdentisten gleich hoch sein. In der Satzung und im Vertrag nicht vorgesehene Leistungen dürfen in den Zahnambulatorien nicht erbracht werden; in den Zahnambulatorien dürfen aber jedenfalls jene Leistungen erbracht werden, die auf Grund der Bestimmungen des § 153 Abs. 3 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes in den Zahnambulatorien der nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz eingerichteten Krankenversicherungsträger erbracht werden. In gesamtvertraglichen Vereinbarungen (§§ 341, 343c Abs. 1 Z 1 ASVG) nicht vorgesehene Leistungen dürfen in den Zahnambulatorien nicht erbracht werden; in den Zahnambulatorien dürfen aber jedenfalls jene Leistungen erbracht werden, die Gegenstand des letztgültigen Vertrages gemäß § 341 bzw. § 343c Abs. 1 Z 1 ASVG sind oder waren.

#### **Vorgeschlagene Fassung:**

#### **Pflegekostenzuschuss des Versicherungsträgers bei Anstaltspflege**

##### **§ 93. (1) und (2) ...**

(3) § 447f Abs. 7 ASVG ist mit der Maßgabe anzuwenden, dass der 10%ige Kostenbeitrag vom Pflegekostenzuschuss zu berechnen und vom Träger der Sozialversicherung einzubehalten ist.

#### **Zahnbehandlung und Zahnersatz**

##### **§ 95. (1) ...**

(2) Chirurgische und konservierende Zahnbehandlungen, Kieferregulierungen und der unentbehrliche Zahnersatz werden durch Vertragsärzte oder Vertrags-Gruppenpraxen, Wahlärzte oder Wahl-Gruppenpraxen (§ 88 Abs. 1), Vertragsdentisten, Wahldentisten (§ 88 Abs. 1) sowie in eigenen Einrichtungen (Ambulatorien) des Versicherungsträgers und in Vertragseinrichtungen (§ 80) gewährt. Die Satzung kann unter Bedachtnahme auf die finanzielle Leistungsfähigkeit des Versicherungsträgers und das wirtschaftliche Bedürfnis der Versicherten für alle oder bestimmte Gruppen von Versicherten an Stelle der Sachleistungen eine Kostenerstattung vorsehen. § 85 Abs. 2 gilt entsprechend.

##### **(3) ...**

(4) Die Kostenerstattung und die Kostenzuschüsse müssen für die entsprechenden Leistungen in den eigenen Einrichtungen, den Vertragseinrichtungen, bei den Vertragsärzten und Vertragsdentisten sowie bei den Vertrags-Gruppenpraxen gleich hoch sein. In der Satzung und im Vertrag nicht vorgesehene Leistungen dürfen in den Zahnambulatorien nicht erbracht werden; in den Zahnambulatorien dürfen aber jedenfalls jene Leistungen erbracht werden, die auf Grund der Bestimmungen des § 153 Abs. 3 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes in den Zahnambulatorien der nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz eingerichteten Krankenversicherungsträger erbracht werden. In gesamtvertraglichen Vereinbarungen (§§ 341, 343c Abs. 1 Z 1 ASVG) nicht vorgesehene Leistungen dürfen in den Zahnambulatorien nicht erbracht werden; in den Zahnambulatorien dürfen aber jedenfalls jene Leistungen erbracht werden, die Gegenstand des letztgültigen Vertrages gemäß § 341 bzw. § 343c Abs. 1 Z 1 ASVG sind oder waren.

**Geltende Fassung:**

(5) Bei der Inanspruchnahme eines Vertragszahnarztes, Vertragsdentisten, einer eigenen Einrichtung oder Vertragseinrichtung ist ein Zahnbehandlungsschein im Sinne des § 153 Abs. 4 erster und zweiter Satz ASVG vorzulegen.

(6) und (7) ...

**Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft**

§ 97. (1) bis (7) ...

(8) Betriebshilfe oder Wochengeld (§ 98) oder Teilzeitbeihilfe (§ 99) gebührt weiblichen Personen, die auf Grund einer Erwerbstätigkeit nach diesem Bundesgesetz in der Krankenversicherung pflichtversichert sind.

**Teilzeitbeihilfe**

§ 99. (1) Den Anspruchsberechtigten nach § 97 Abs. 8 gebührt Teilzeitbeihilfe, solange die Mutter mit ihrem neugeborenen Kind in Hausgemeinschaft lebt und das Kind überwiegend selbst pflegt bzw. solange sich das Kind in einer Krankenanstalt in Pflege befindet.

(2) Für den Anspruch nach Abs. 1 steht der Geburt eines Kindes die Annahme eines Wahlkindes oder die Übernahme in unentgeltliche Pflege gleich, sofern die Übernahme in Pflege in der Absicht erfolgt, das Kind als Wahlkind anzunehmen.

(3) Teilzeitbeihilfe nach Abs. 1 gebührt im Anschluß an die Leistung nach § 98, frühestens jedoch ab dem Tag, an dem das Kind in unentgeltliche Pflege genommen wird, bis zur Vollendung des 18. Lebensmonates des Kindes.

**Vorgeschlagene Fassung:**

(5) Bei der Inanspruchnahme eines Vertragszahnarztes, Vertragsdentisten, einer Gruppenpraxis, einer eigenen Einrichtung des Versicherungsträgers sowie einer Vertragseinrichtung ist ein Zahnbehandlungsschein im Sinne des § 153 Abs. 4 erster und zweiter Satz ASVG vorzulegen.

(6) und (7) ...

**Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft**

§ 97. (1) bis (7) ...

(8) Betriebshilfe oder Wochengeld (§ 98) gebührt weiblichen Personen, die auf Grund einer Erwerbstätigkeit nach diesem Bundesgesetz in der Krankenversicherung pflichtversichert sind.

**Teilzeitbeihilfe**

§ 99. (1) Anspruch auf Teilzeitbeihilfe hat die Mutter oder der Vater, die (der) auf Grund einer Erwerbstätigkeit nach diesem Bundesgesetz in der Krankenversicherung pflichtversichert ist, wenn sie (er) mit dem Kind in Hausgemeinschaft lebt und das Kind überwiegend selbst pflegt oder es sich in einer Krankenanstalt in Pflege befindet. Der Vater hat nur dann Anspruch auf Teilzeitbeihilfe, wenn die Mutter, die Anspruch auf Karenzgeld oder Teilzeitbeihilfe nach dem KGG, auf Karenzurlaubsgeld nach dem KUG, auf gleichartige Leistungen auf Grund landesgesetzlicher Vorschriften oder auf Teilzeitbeihilfe nach diesem Bundesgesetz oder nach dem § 102b Abs. 1 GSVG hat, keine dieser Leistungen zur Gänze oder für einen bestimmten Zeitraum bezieht oder wenn die Mutter einen Anspruch auf solche Leistungen nicht hat. Nimmt der Vater die Teilzeitbeihilfe in Anspruch, so ist dem Versicherungsträger nachzuweisen, dass die Mutter eine in diesem Absatz genannte Leistung nicht bezieht.

(2) Für den Anspruch nach Abs. 1 steht der Geburt eines Kindes die Annahme eines Wahlkindes oder die Übernahme in unentgeltliche Pflege gleich, sofern die Übernahme in Pflege in der Absicht erfolgt, das Kind als Wahlkind anzunehmen.

(3) Teilzeitbeihilfe gebührt auf Antrag im Anschluss an die Leistung nach § 98, bei Fehlen einer solchen ab dem Tag der Geburt, in den Fällen des Abs. 2 jedoch frühestens ab dem Tag, an dem das Kind in unentgeltliche Pflege genommen wird, bis zur Vollendung des 18. Lebensmonates des Kindes.

22

626 der Beilagen

#### **Geltende Fassung:**

(4) Die Teilzeitbeihilfe nach Abs. 1 beträgt 92 Schilling täglich. Mit 1. Jänner eines jeden Jahres, erstmals mit 1. Jänner 2000, ist der Betrag von 92 Schilling mit dem jeweiligen Anpassungsfaktor zu vervielfachen (§ 47).

#### **Ruhen des Leistungsanspruches auf Teilzeitbeihilfe**

§ 99a. Der Anspruch auf Teilzeitbeihilfe ruht neben den im § 54 genannten Fällen auch während

1. ...
2. des Bezuges von Karenzgeld oder Teilzeitbeihilfe nach dem Karenzgeldgesetz,
3. bis 8. ...

#### **Unterhaltsansprüche und Nettoeinkommen**

§ 142. (1) Bei Anwendung des § 140 sind Unterhaltsansprüche des Pensionsberechtigten gegen

- a) den Ehegatten (die Ehegattin), sofern er (sie) mit dem Pensionsberechtigten nicht im gemeinsamen Haushalt lebt,
- b) den geschiedenen Ehegatten (die geschiedene Ehegattin),
- c) die Eltern, sofern sie mit dem Pensionsberechtigten im gemeinsamen Haushalt leben,

gleichviel ob und in welcher Höhe die Unterhaltsleistung tatsächlich erbracht wird, dadurch zu berücksichtigen, daß dem Nettoeinkommen des Pensionsberechtigten in den Fällen der lit. a 25 vH und in den Fällen der lit. b und c 12,5 vH des monatlichen Nettoeinkommens der dort genannten Personen zuzurechnen sind. Der so festgestellte Betrag vermindert sich jedoch in dem Ausmaß, in dem das dem Verpflichteten verbleibende Nettoeinkommen den Richtsatz gemäß § 141 Abs. 1 lit. b unterschreitet.

(2) ...

(3) Wenn und solange das Nettoeinkommen des Unterhaltspflichtigen in den Fällen des Abs. 1 lit. a und b nicht nachgewiesen wird, ist anzunehmen, daß die Höhe der monatlichen Unterhaltsverpflichtung 25 vH der Höchstbeitragsgrundlage gemäß § 48 Abs. 3 des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes beträgt. Eine Zurechnung zum Nettoeinkommen erfolgt nur in der Höhe eines Vierzehntels der jährlich tatsächlich zufließenden Unterhaltsleistung, wenn die

#### **Vorgeschlagene Fassung:**

(4) Die Teilzeitbeihilfe beträgt 94 S täglich. Mit 1. Jänner eines jeden Jahres ist dieser Betrag mit dem jeweiligen Anpassungsfaktor (§ 47) zu vervielfachen.

#### **Ruhen des Leistungsanspruches auf Teilzeitbeihilfe**

§ 99a. Der Anspruch auf Teilzeitbeihilfe ruht neben den im § 54 genannten Fällen auch während

1. ...
2. des Bezuges von Teilzeitbeihilfe nach dem GSVG, von Karenzgeld oder Teilzeitbeihilfe nach dem KGG, von Karenzurlaubsgeld nach dem KUG und von gleichartigen Leistungen auf Grund landesgesetzlicher Vorschriften,
3. bis 8. ...

#### **Unterhaltsansprüche und Nettoeinkommen**

§ 142. (1) Bei Anwendung des § 140 sind Unterhaltsansprüche des Pensionsberechtigten gegen

- a) und b) entfällt.
- c) ...

gleichviel ob und in welcher Höhe die Unterhaltsleistung tatsächlich erbracht wird, dadurch zu berücksichtigen, daß dem Nettoeinkommen des Pensionsberechtigten in den Fällen der lit. c 12,5 vH des monatlichen Nettoeinkommens der dort genannten Personen zuzurechnen sind. Der so festgestellte Betrag vermindert sich jedoch in dem Ausmaß, in dem das dem Verpflichteten verbleibende Nettoeinkommen den Richtsatz gemäß § 141 Abs. 1 lit. b unterschreitet.

(2) ...

(3) Wenn und solange das Nettoeinkommen des Unterhaltspflichtigen nicht nachgewiesen wird, ist anzunehmen, daß die Höhe der monatlichen Unterhaltsverpflichtung 25 vH der Höchstbeitragsgrundlage gemäß § 48 Abs. 3 des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes beträgt. Eine Zurechnung zum Nettoeinkommen erfolgt nur in der Höhe eines Vierzehntels der jährlich tatsächlich zufließenden Unterhaltsleistung, wenn die nach Abs. 1 und 2 berech-

**Geltende Fassung:**

nach Abs. 1 und 2 berechnete Unterhaltsforderung der Höhe nach trotz durchgeführter Zwangsmaßnahmen einschließlich gerichtlicher Exekutionsführung uneinbringlich oder die Verfolgung eines Unterhaltsanspruches in dieser Höhe offenbar aussichtslos oder offenbar unzumutbar ist.

(4) und (5) ...

**Entschädigung aus mehreren Versicherungsfällen**

**§ 149l.** (1) Wird ein Versehrter neuerlich durch einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit geschädigt und beträgt die durch diese neuerliche Schädigung allein verursachte Minderung der Erwerbsfähigkeit mindestens 10%, so ist die Entschädigung aus diesen mehreren Versicherungsfällen nach Maßgabe der Abs. 2 bis 3 festzustellen, sofern die Gesamtminderung der Erwerbsfähigkeit 20% (bei Mitberücksichtigung einer Berufskrankheit im Sinne des § 148e Abs. 2 50%) erreicht. Bei der Feststellung der Gesamtminderung der Erwerbsfähigkeit sind, sofern im Zusammenhang mit dem neuerlichen Arbeitsunfall oder der neuerlichen Berufskrankheit dadurch eine zusätzliche Beeinträchtigung bewirkt wird, auch zu berücksichtigen:

- a) ein Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit nach den §§ 175 bis 177 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes, BGBl. Nr. 189/1955;
- b) ein Dienstunfall oder eine Berufskrankheit nach den §§ 90 bis 92 des Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes, BGBl. Nr. 200/1967;
- c) eine anerkannte Schädigung nach dem Kriegsopferversorgungsgesetz 1957, BGBl. Nr. 152, dem Heeresversorgungsgesetz, BGBl. Nr. 27/1964, bzw. dem Opferfürsorgegesetz, BGBl. Nr. 183/1947;
- d) eine anerkannte Schädigung nach dem Bundesgesetz über die Gewährung von Hilfeleistungen an Opfer von Verbrechen, BGBl. Nr. 288/1972;
- e) ein Unfall bzw. eine Krankheit nach § 76 Abs. 2 bis 4 des Strafvollzugsgesetzes, BGBl. Nr. 144/1969;
- f) Schäden, für die nach Maßgabe des Impfschadengesetzes, BGBl. Nr. 371/1993, Entschädigung zu leisten ist;
- g) Schädigungen, die von einer auf landesgesetzlichen Vorschriften beruhenden Unfallfürsorgeeinrichtung anerkannt sind.

(2) Spätestens vom Beginn des dritten Jahres nach dem Eintritt des neuerlichen Versicherungsfalles nach diesem Bundesgesetz an ist die Rente nach dem

**Vorgeschlagene Fassung:**

nete Unterhaltsforderung der Höhe nach trotz durchgeführter Zwangsmaßnahmen einschließlich gerichtlicher Exekutionsführung uneinbringlich oder die Verfolgung eines Unterhaltsanspruches in dieser Höhe offenbar aussichtslos oder offenbar unzumutbar ist.

(4) und (5) ...

**Entschädigung aus mehreren Versicherungsfällen**

**§ 149l.** (1) Wird ein Versehrter neuerlich durch einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit geschädigt und erreicht die Gesamtminderung der Erwerbsfähigkeit aus Versicherungsfällen nach diesem Bundesgesetz mindestens 20% (bei einer Berufskrankheit im Sinne des § 148e Abs. 2 50%), so ist spätestens vom Beginn des dritten Jahres nach dem Eintritt des letzten Versicherungsfalles an die Gesamtrente festzustellen. Bei einer verspäteten Feststellung der Gesamtrente sind die bis zur Wirksamkeit der Gesamtrentenbildung ausbezahlten Betriebsrenten als zu Recht erbracht anzusehen. Liegt die Leistungshöhe der in die Gesamtrente einzubeziehenden Betriebsrente über der Leistungshöhe der Gesamtrente, so gebührt die Gesamtrente in der Höhe dieser Betriebsrente. Eine abgefundenen Betriebsrente ist bei Bildung der Gesamtrente so zu berücksichtigen, dass die Gesamtrente um den Betrag gekürzt wird, der dem Grad der der abgefundenen Rente zu Grunde gelegten Minderung der Erwerbsfähigkeit entspricht.

(2) Eine Gesamtrente gemäß Abs. 1 ist auch zu bilden, wenn neben einer Betriebsrente ein Anspruch auf eine Versehrtenrente besteht, für die gemäß

### Geltende Fassung:

Grad der durch alle Versicherungsfälle nach diesem Bundesgesetz verursachten Minderung der Erwerbsfähigkeit festzustellen. Bei einer verspäteten Feststellung der Gesamtrente sind die bis zur Wirksamkeit der Gesamrentenbildung ausbezahlten Betriebsrenten als zurecht erbracht anzusehen. Die Gesamrentenfeststellung setzt eine Änderung der Verhältnisse (§ 148h Abs. 1) nicht voraus und ist an die Grundlagen für die Berechnung der vorläufigen Rente nicht gebunden. Eine abgefundene Betriebsrente ist bei Bildung der Gesamrente so zu berücksichtigen, daß die Gesamtrente um den Betrag gekürzt wird, der dem Grad der der abgefundenen Rente zugrunde gelegten Minderung der Erwerbsfähigkeit entspricht.

(3) Eine Gesamtrente gemäß Abs. 2 ist auch zu bilden, wenn neben einer Versehrtenrente für einen vor dem 1. Jänner 1999 eingetretenen Versicherungsfall, für den gemäß § 28 ASVG die Sozialversicherungsanstalt der Bauern leistungszuständig ist, ein Anspruch auf eine Betriebsrente besteht. Liegt die Leistungshöhe der in die Gesamtrente einzubeziehenden Versehrtenrente über der Leistungshöhe der nach den Regeln des Abs. 2 ermittelten Gesamrente, gebührt die Gesamtrente in der Höhe der Versehrtenrente.

### Vorgeschlagene Fassung:

§ 28 ASVG die Sozialversicherungsanstalt der Bauern leistungszuständig ist. Abs. 1 vorletzter Satz ist entsprechend anzuwenden.

(3) Wird das rentenbegründende Gesamtausmaß der Minderung der Erwerbsfähigkeit für die erstmalige Feststellung einer Dauerrente oder einer Gesamtrente zwar nicht aus Versicherungsfällen nach diesem Bundesgesetz, aber unter Berücksichtigung

- a) eines Arbeitsunfalles oder einer Berufskrankheit nach den §§ 175 bis 177 ASVG oder
  - b) eines Dienstunfalles oder einer Berufskrankheit nach den §§ 90 bis 93 B-KUVG oder
  - c) einer anerkannten Schädigung nach dem KOVG 1957 oder nach dem HVG oder nach dem Opferfürsorgegesetz oder
  - d) einer anerkannten Schädigung nach dem Verbrechenopfergesetz oder
  - e) eines Unfalles oder einer Krankheit nach § 76 Abs. 2 bis 4 des Strafvollzugsgesetzes oder
  - f) von Schäden, für die nach Maßgabe des Impfschadengesetzes Entschädigung zu leisten ist, oder
  - g) von Schädigungen, die von einer auf landesgesetzlichen Vorschriften beruhenden Unfallfürsorgeeinrichtung anerkannt sind,
- erreicht, sind solche Versicherungsfälle nach diesem Bundesgesetz auf Antrag ab dem Zeitpunkt, zu dem eine Dauerrente (Gesamtrente) spätestens festzustellen gewesen wäre, gesondert zu entschädigen.

(4) Bis zur Feststellung einer Gesamtrente nach Abs. 1 ist der letzte Versicherungsfall gesondert zu entschädigen, wenn und solange er eine Minderung der Erwerbsfähigkeit im rentenbegründenden Ausmaß (§ 149d Abs. 1 und 2) verursacht hat. Hat der neuerliche Versicherungsfall für sich allein keine Minderung der Erwerbsfähigkeit im rentenbegründenden Ausmaß verursacht, so ist dieser Versicherungsfall rückwirkend unter Bedachtnahme auf § 149d Abs. 3

**Geltende Fassung:****Integritätsabgeltung****§ 149m. (1) bis (3) ...**

(4) Die näheren Bestimmungen zur Durchführung der Abs. 1 und 2, insbesondere über das Ausmaß der Leistung, sind in vom Vorstand im Einvernehmen mit der Kontrollversammlung des Versicherungsträgers zu erlassenden Richtlinien zu regeln, die der Zustimmung des Bundesministers für soziale Sicherheit und Generationen bedürfen. Die Richtlinien haben auf das wirtschaftliche Bedürfnis der Versicherten sowie auf den Grad der Beeinträchtigung von Körperfunktionen, den Grad der Verunstaltung des äußerlichen Erscheinungsbildes des Versicherten sowie den Grad einer unfall- oder berufskrankheitsbedingten seelischen Störung Bedacht zu nehmen. Die Richtlinien sind in der Fachzeitschrift „Soziale Sicherheit“ zu verlautbaren.

**Beziehungen zu den Vertragspartnern**

**§ 181.** Hinsichtlich der Beziehungen des Versicherungsträgers zu den Ärzten, Dentisten, Hebammen, Apothekern, freiberuflich tätigen klinischen Psychologen bzw. freiberuflich tätigen Psychotherapeuten, Krankenanstalten und anderen Vertragspartnern gelten die Bestimmungen des Sechsten Teiles des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes mit der Maßgabe, daß

1. für die Beziehungen des Versicherungsträgers zu den freiberuflich tätigen Ärzten ein zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger namens einer Gebietskrankenkasse (§ 26 Abs. 1 Z 1 ASVG) und der örtlich zuständigen Ärztekammer abgeschlossener Gesamtvertrag bindend ist und der Versicherungsträger kraft Gesetzes zur Vertragspartei wird;
2. bis 6. ...

**Genehmigung der Beteiligung an fremden Einrichtungen**

**§ 206a.** Beschlüsse der Verwaltungskörper über eine Beteiligung an fremden Einrichtungen gemäß § 13 Abs. 2 bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Ge-

**Vorgeschlagene Fassung:****Integritätsabgeltung****§ 149m. (1) bis (3) ...**

(4) Die näheren Bestimmungen zur Durchführung der Abs. 1 und 2, insbesondere über das Ausmaß der Leistung, sind in vom Vorstand im Einvernehmen mit der Kontrollversammlung des Versicherungsträgers zu erlassenden Richtlinien zu regeln, die der Zustimmung des Bundesministers für soziale Sicherheit und Generationen bedürfen. Die Richtlinien haben auf das wirtschaftliche Bedürfnis der Versicherten sowie auf den Grad der Beeinträchtigung von Körperfunktionen, den Grad der Verunstaltung des äußerlichen Erscheinungsbildes des Versicherten sowie den Grad einer unfall- oder berufskrankheitsbedingten seelischen Störung Bedacht zu nehmen. Die Richtlinien sind im Internet zu verlautbaren.

**Beziehungen zu den Vertragspartnern**

**§ 181.** Hinsichtlich der Beziehungen des Versicherungsträgers zu den Ärzten, Dentisten, Hebammen, Apothekern, freiberuflich tätigen klinischen Psychologen bzw. freiberuflich tätigen Psychotherapeuten, Gruppenpraxen, Krankenanstalten und anderen Vertragspartnern gelten die Bestimmungen des Sechsten Teiles des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes mit der Maßgabe, daß

1. für die Beziehungen des Versicherungsträgers zu den freiberuflich tätigen Ärzten und zu den Gruppenpraxen ein zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger namens einer Gebietskrankenkasse (§ 26 Abs. 1 Z 1 ASVG) und der örtlich zuständigen Ärztekammer jeweils abgeschlossener Gesamtvertrag bindend ist und der Versicherungsträger kraft Gesetzes zur Vertragspartei wird;
2. bis 6. ...

**Genehmigung der Beteiligung an fremden Einrichtungen**

**§ 206a.** Beschlüsse der Verwaltungskörper über eine Beteiligung an fremden Einrichtungen gemäß § 13 Abs. 2 bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Ge-

#### **Geltende Fassung:**

nehmung durch den Bundesminister für soziale Sicherheit und Generationen im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen.

#### **Genehmigungspflicht**

§ 215. Die Satzung und jede ihrer Änderungen bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Genehmigung durch den Bundesminister für soziale Sicherheit und Generationen und sind binnen vier Monaten nach der Genehmigung in der Fachzeitschrift „Soziale Sicherheit“ zu verlautbaren. Nach jeder fünften Änderung der Satzung, frühestens am Beginn der Amtsdauer (§ 190), ist diese unverzüglich neu zu beschließen.

#### **Geschäftsordnungen der Verwaltungskörper**

##### **§ 215a. (1) und (2) ...**

(3) Die Geschäftsordnung des Vorstandes hat einen Anhang zu enthalten, in dem Zeitpunkt und Wortlaut der Beschlüsse dieses Verwaltungskörpers anzuführen sind, mit denen dieser einzelne seiner Obliegenheiten Ausschüssen oder dem Obmann oder die Besorgung bestimmter laufender Angelegenheiten dem Büro des Versicherungsträgers übertragen hat. Dieser Anhang ist in seiner jeweils gültigen Form unverzüglich allen Versicherungsvertretern und dem Vorsitzenden des Beirates des Versicherungsträgers sowie dem Bundesminister für soziale Sicherheit und Generationen als Aufsichtsbehörde zur Kenntnis zu bringen und außerdem in der Fachzeitschrift „Soziale Sicherheit“ zu verlautbaren.

#### **Mitwirkung von Behörden und gesetzlichen beruflichen Vertretungen**

##### **§ 217. (1) ...**

(2) Die Abgabenbehörden des Bundes haben dem Versicherungsträger nach Maßgabe des Abs. 4 folgende Daten von land-(forst-)wirtschaftlichem Vermögen (§ 29 des Bewertungsgesetzes) zu übermitteln:

1. bis 6. ...

Sofern ein Einkommensteuerbescheid oder ein Bescheid zur Feststellung von Einkünften ergangen ist und Einkünfte aus land-(forst-)wirtschaftlicher Tätigkeit enthält, haben die Abgabenbehörden des Bundes darüber hinaus dem Versicherungsträger nach Maßgabe des Abs. 4 die erforderlichen Daten über die

#### **Vorgeschlagene Fassung:**

nehmung durch den Bundesminister für soziale Sicherheit und Generationen im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen. Das Gleiche gilt für Beschlüsse der Verwaltungskörper über Finanzierungs- und Betreibermodelle im Sinne des § 41 Abs. 2.

#### **Genehmigungspflicht**

§ 215. Die Satzung und jede ihrer Änderungen bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Genehmigung durch den Bundesminister für soziale Sicherheit und Generationen und sind unverzüglich nach der Genehmigung im Internet zu verlautbaren. Nach jeder fünften Änderung der Satzung, frühestens am Beginn der Amtsdauer (§ 190), ist diese unverzüglich neu zu beschließen.

#### **Geschäftsordnungen der Verwaltungskörper**

##### **§ 215a. (1) und (2) ...**

(3) Die Geschäftsordnung des Vorstandes hat einen Anhang zu enthalten, in dem Zeitpunkt und Wortlaut der Beschlüsse dieses Verwaltungskörpers anzuführen sind, mit denen dieser einzelne seiner Obliegenheiten Ausschüssen oder dem Obmann oder die Besorgung bestimmter laufender Angelegenheiten dem Büro des Versicherungsträgers übertragen hat. Dieser Anhang ist in seiner jeweils gültigen Form unverzüglich allen Versicherungsvertretern und dem Vorsitzenden des Beirates des Versicherungsträgers sowie dem Bundesminister für soziale Sicherheit und Generationen als Aufsichtsbehörde zur Kenntnis zu bringen und außerdem im Internet zu verlautbaren.

#### **Mitwirkung von Behörden und gesetzlichen beruflichen Vertretungen**

##### **§ 217. (1) ...**

(2) Die Abgabenbehörden des Bundes haben dem Versicherungsträger nach Maßgabe des Abs. 4 folgende Daten von land-(forst-)wirtschaftlichem Vermögen (§ 29 des Bewertungsgesetzes) zu übermitteln:

1. bis 6. ...

Sofern ein Einkommensteuerbescheid oder ein Bescheid zur Feststellung von Einkünften ergangen ist und Einkünfte aus land-(forst-)wirtschaftlicher Tätigkeit enthält, haben die Abgabenbehörden des Bundes darüber hinaus dem Versicherungsträger nach Maßgabe des Abs. 4 die erforderlichen Daten über die

**Geltende Fassung:**

dem Bescheid zugrundeliegenden Einkünfte aus Tätigkeiten, deren Beitragsgrundlage gemäß der Anlage 2 nach § 23 Abs. 1 Z 2 und 3 zu bilden ist, unter Angabe des Namens (Familenname und Vorname), der Anschrift, des Geburtsdatums und der Versicherungsnummer des Steuerpflichtigen sowie des Namens und der Anschrift eines allfälligen Zustellungsbevollmächtigten zu übermitteln.

(3) ...

(4) Das Verfahren der Übermittlung und der Zeitpunkt der erstmaligen Übermittlung von in Abs. 2 genannten Daten sind vom Bundesminister für Finanzen im Einvernehmen mit dem Bundesminister für soziale Sicherheit und Generationen nach Maßgabe der technisch-organisatorischen Möglichkeiten zu bestimmen.

**Schlußbestimmungen zu Art. 36 des Strukturanpassungsgesetzes 1996,  
BGBl. Nr. 201**

§ 255. (1) bis (20) ...

(21) Für weibliche Versicherte, die am 1. September 1996 das 50. Lebensjahr bereits vollendet haben, ist § 122 c in Verbindung mit § 111 in der am 31. August 1996 geltenden Fassung weiterhin anzuwenden.

(22) ...

**Schlußbestimmungen zu Art. 10, Abschnitt II des Arbeits- und  
Sozialrechts-Änderungsgesetzes 1997, BGBl. I Nr. 139**

§ 263. (1) ...

(1a) § 80a samt Überschrift in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 139/1997 tritt mit 1. Jänner 2002 in Kraft.

(2) bis (6) ...

**Vorgeschlagene Fassung:**

dem Bescheid zugrunde liegenden Einkünfte aus Tätigkeiten, deren Beitragsgrundlage gemäß der Anlage 2 nach § 23 Abs. 1 Z 2 und 3 sowie Abs. 1a zu bilden ist, unter Angabe des Namens (Familenname und Vorname), der Anschrift, des Geburtsdatums und der Versicherungsnummer des Steuerpflichtigen sowie des Namens und der Anschrift eines allfälligen Zustellungsbevollmächtigten zu übermitteln. Wird im Falle einer Beitragsgrundlagenoption nach § 23 Abs. 1a ein Einkommensteuerbescheid mangels eines einkommensteuerrechtlich maßgeblichen Einkommens nicht erlassen, so haben die Abgabenbehörden dies dem Versicherungsträger mitzuteilen.

(2a) Der Versicherungsträger hat nach Maßgabe des Abs. 4 eine Beitragsgrundlagenoption nach § 23 Abs. 1a sowie deren Widerruf unter Angabe des Namens (Familienname und Vorname), der Anschrift und der Versicherungsnummer des Versicherten an die Abgabenbehörden des Bundes zu übermitteln.

(3) ...

(4) Das Verfahren der Übermittlung und der Zeitpunkt der erstmaligen Übermittlung von in Abs. 2 und 2a genannten Daten sind vom Bundesminister für Finanzen im Einvernehmen mit dem Bundesminister für soziale Sicherheit und Generationen nach Maßgabe der technisch-organisatorischen Möglichkeiten zu bestimmen.

**Schlussbestimmungen zu Art. 36 des Strukturanpassungsgesetzes 1996,  
BGBl. Nr. 201**

§ 255. (1) bis (20) ...

(21) Aufgehoben.

(22) ...

**Schlussbestimmungen zu Art. 10, Abschnitt II des Arbeits- und  
Sozialrechts-Änderungsgesetzes 1997, BGBl. I Nr. 139**

§ 263. (1) ...

(1a) § 80a samt Überschrift in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 139/1997 tritt mit 1. Jänner 2003 in Kraft.

(2) bis (6) ...

28

626 der Beilagen

**Geltende Fassung:**

**Schlußbestimmungen zum Bundesgesetz BGBl. I Nr. 176/1999**

§ 270. (1) Es treten in Kraft:

1. ...

1a. mit 1. Jänner 2002 § 80a Abs. 1 und 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 176/1999;

2. bis 5. ...

(2) bis (4) ...

(5) § 247 Abs. 9 ist ab 1. Jänner 2000 mit folgenden Maßgaben anzuwenden:

1. § 121 Abs. 2 in der am 30. Juni 1993 geltenden Fassung ist weiterhin maßgebend, sofern nach dem Stichtag der weggefallenen Leistung kein weiterer Beitragsmonat der Pflichtversicherung erworben worden ist.

2. bis 6. ...

(6) ...

**Schlussbestimmung zu Art. 3 des Sozialversicherungs-Änderungsgesetzes 1999, BGBl. I Nr. 2/2000**

§ 272. § 80a samt Überschrift in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 2/2000 tritt mit 1. Jänner 2002 in Kraft und mit Ablauf des 31. Dezember 2001 außer Kraft.

**Schlussbestimmungen zu Art. 3 des Sozialrechts-Änderungsgesetzes 2000, BGBl. I Nr. 101**

§ 276. (1) bis (2a) ...

(3) bis (13) ...

**Vorgeschlagene Fassung:**

**Schlussbestimmungen zum Bundesgesetz BGBl. I Nr. 176/1999**

§ 270. (1) Es treten in Kraft:

1. ...

1a. mit 1. Jänner 2003 § 80a Abs. 1 und 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 176/1999;

2. bis 5. ...

(2) bis (4) ...

(5) § 247 Abs. 9 ist ab 1. Jänner 2000 mit folgenden Maßgaben anzuwenden:

1. § 121 Abs. 3 in der am 30. Juni 1993 geltenden Fassung ist weiterhin maßgebend, sofern nach dem Stichtag der weggefallenen Leistung kein weiterer Beitragsmonat der Pflichtversicherung erworben worden ist.

2. bis 6. ...

(6) ...

**Schlussbestimmung zu Art. 3 des Sozialversicherungs-Änderungsgesetzes 1999, BGBl. I Nr. 2/2000**

§ 272. § 80a samt Überschrift in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 2/2000 tritt mit 1. Jänner 2000 in Kraft und mit Ablauf des 31. Dezember 2002 außer Kraft.

**Schlussbestimmungen zu Art. 3 des Sozialrechts-Änderungsgesetzes 2000, BGBl. I Nr. 101**

§ 276. (1) bis (2a) ...

(2b) Zeiten vor dem 1. Jänner 2001, in denen bei einem früheren Wirksamkeitsbeginn des § 2 Abs. 1 Z 4 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 92/2000 eine Pflichtversicherung bestanden hätte, sind auch bei der Erfüllung der Voraussetzungen des § 107 Abs. 1 Z 1 aus diesem Grunde keine Ersatzzeiten.

(3) bis (13) ...

**Geltende Fassung:****Schlussbestimmungen zu Art. 68 des Budgetbegleitgesetzes 2001, BGBl. I Nr. 142/2000**

§ 277. (1) bis (4) ...

(5) Personen, die von der Krankenversicherung nach § 262 Abs. 3 bisher ausgenommen sind, bleiben nur dann ausgenommen, wenn auf sie eine der Voraussetzungen des § 24c zutrifft.

(6) Abweichend von der Bestimmung des § 24 Abs. 2 Z 2 ist für Beitragsgrundlagen gemäß § 23 Abs. 1 Z 2 und Z 3 für das Jahr 2001 ein Beitragssatz von 14,5% heranzuziehen.

**Schlussbestimmungen zu Art. 5 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 5/2001**

§ 277. (1) bis (5) ...

**Vorgeschlagene Fassung:****Schlussbestimmungen zu Art. 68 des Budgetbegleitgesetzes 2001, BGBl. I Nr. 142/2000**

§ 277. (1) bis (4) ...

(5) Personen, die von der Krankenversicherung nach § 262 Abs. 3 bisher ausgenommen sind, bleiben nur dann ausgenommen, wenn auf sie eine der Voraussetzungen des § 24b zutrifft.

(6) Aufgehoben.

**Schlussbestimmungen zu Art. 5 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 5/2001**

§ 277a. (1) bis (5) ...

**Schlussbestimmungen zu Art. 3 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 35/2001**

§ 278a. (1) § 80 Abs. 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 35/2001 tritt rückwirkend mit 1. März 2001 in Kraft.

(2) § 85a tritt rückwirkend mit Ablauf des 28. Februar 2001 außer Kraft.

**Schlussbestimmungen zum Bundesgesetz BGBl. I Nr. xxx/2001 (24. Novelle)**

§ 280. (1) Es treten in Kraft:

1. mit 1. August 2001 die §§ 16 Abs. 2, 20b, 34 Abs. 4, 41, 68 Abs. 7, 74 Abs. 3, 75 Z 3 und 4, 78 Abs. 4 Z 2 und 3 sowie Abs. 8, 80 Abs. 2 in der Fassung der Z 22, 81 Abs. 1, 85 Abs. 1 bis 3, 88 Abs. 3 und 5, 95 Abs. 2, 4 und 5, 97 Abs. 8, 99, 99a Z 2, 142 Abs. 1 und 3, 149I samt Überschrift, 181 Einleitung und Z 1, 206a, 263 Abs. 1a sowie 270 Abs. 1 Z 1a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2001;
2. mit 1. Jänner 2002 die §§ 149m Abs. 4, 215 und 215a Abs. 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2001;
3. rückwirkend mit 1. Jänner 2001 die §§ 20 Abs. 7, 23 Abs. 4, 4a und 12, 24 Abs. 2, 24b, 24c samt Überschrift, 31 Abs. 3 Z 2, 33c Abs. 1, 80 Abs. 2 in der Fassung der Z 21, 93 Abs. 3, 217 Abs. 2, 2a und 4, 276 Abs. 2b, 277 Abs. 5 sowie 277a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2001;
4. rückwirkend mit 1. Oktober 2000 § 57a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2001;

30

626 der Beilagen

**Geltende Fassung:**

**Vorgeschlagene Fassung:**

5. rückwirkend mit 1. Jänner 2000 § 272 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2001;
6. rückwirkend mit 20. August 1999 § 270 Abs. 5 Z 1 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2001.

(2) Es treten außer Kraft:

1. rückwirkend mit Ablauf des 30. Juni 2000 § 255 Abs. 21;
2. mit Ablauf des 31. Dezember 2000 § 277 Abs. 6.

(3) Auf Personen, die durch das In-Kraft-Treten des § 2a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 678/1991 der Pflichtversicherung in der Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz unterliegen, gemäß Art. III Abs. 2 des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 678/1991 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 337/1993 berechtigt waren einen Antrag auf Befreiung von der Pflichtversicherung in der Pensionsversicherung zu stellen, einen solchen Antrag jedoch nicht gestellt haben, ist zur Erfüllung der Wartezeit für eine Erwerbsunfähigkeitspension bei Vorliegen von Erwerbsunfähigkeit nach § 124 Abs. 2 die Bestimmung des § 111 Abs. 3 Z 2 lit. b in Verbindung mit Abs. 4 Z 3 in der am 31. August 1996 in Geltung gestandenen Fassung weiterhin anzuwenden.

(4) Die §§ 97 Abs. 8 und 99 gelten ab 1. August 2001 auch für Personen, die auf Grund des § 262 Abs. 3 nach dem 31. Dezember 1998 von der Krankenversicherung ausgenommen bleiben.

(5) Der Versicherungsträger ist ermächtigt, aus der allgemeinen Rücklage der Unfallversicherung in die allgemeine Rücklage der Krankenversicherung so lange jährlich Mittel zu übertragen, bis die in der Schlussbilanz zum 31. Dezember 2000 in der Krankenversicherung nachgewiesene nicht gedeckte allgemeine Rücklage in Summe abgedeckt ist.