

Textgegenüberstellung

Geltende Fassung:

Vorgeschlagene Fassung:

Änderung des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes

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.

(3) und (4) ...

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.

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

Meldungen der Pflichtversicherten

§ 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) ...

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 (§ 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

§ 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. ...

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 For-

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 For-

Geltende Fassung:

schaft nach den 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:

schaft 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 auszus zahlen.

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 auszuzahlen 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 auszuzahlen ist, sofern dies von einem der Ehegatten beantragt wird.

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 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. 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

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:

diese 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.

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

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:

§ 341 bzw. § 343c Abs. 1 Z 1 ASVG sind oder waren.

(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 (er) 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

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

Vorgeschlagene Fassung:

ge 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.

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 tat-

Geltende Fassung:

eines Vierzehntels der jährlich tatsächlich zufließenden Unterhaltsleistung, wenn die 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

§ 149I. (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 neuerli-

Vorgeschlagene Fassung:

sächlich zufließenden Unterhaltsleistung, wenn die 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

§ 149I. (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 der abgefundenen Rente zu Grunde gelegten Minderung der Erwerbsfähigkeit entspricht.

(2) Eine Gesamtrente gemäß Abs. 1 ist auch zu bilden, wenn neben einer

Geltende Fassung:

chen Versicherungsfalles nach diesem Bundesgesetz an ist die Rente nach dem 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 Gesamtrentenbildung 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 Gesamrente 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:

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 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 Verbrechensofbergergesetz 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

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 frem-

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 frem-

Geltende Fassung:

den Einrichtungen gemäß § 13 Abs. 2 bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Genehmigung 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 Ver-

Vorgeschlagene Fassung:

den Einrichtungen gemäß § 13 Abs. 2 bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Genehmigung 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 Ver-

Geltende Fassung:

sicherungsträger nach Maßgabe des Abs. 4 die erforderlichen Daten über die 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

Vorgeschlagene Fassung:

sicherungsträger nach Maßgabe des Abs. 4 die erforderlichen Daten über die 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 (Familiennamen 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

Geltende Fassung:

Nr. 139/1997 tritt mit 1. Jänner 2002 in Kraft.

(2) bis (6) ...

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:

Nr. 139/1997 tritt mit 1. Jänner 2003 in Kraft.

(2) bis (6) ...

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 Er-

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:

satzzeiten.

(3) bis (13) ...

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, 149l 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

30

626 der Beilagen

Geltende Fassung:**Vorgeschlagene Fassung:**

- BGBI. I Nr. xxx/2001;
4. rückwirkend mit 1. Oktober 2000 § 57a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBI. I Nr. xxx/2001;
 5. rückwirkend mit 1. Jänner 2000 § 272 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBI. I Nr. xxx/2001;
 6. rückwirkend mit 20. August 1999 § 270 Abs. 5 Z 1 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBI. 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 BGBI. Nr. 678/1991 der Pflichtversicherung in der Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz unterliegen, gemäß Art. III Abs. 2 des Bundesgesetzes BGBI. Nr. 678/1991 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBI. 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.