

284 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XVIII. GP

Nachdruck vom 29. 11. 1991

Regierungsvorlage

Bundesgesetz, mit dem das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz geändert wird (50. Novelle zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz)

Der Nationalrat hat beschlossen:

Artikel I

Das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 189/1955, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. Nr. 234/1991, wird in seinem Ersten Teil wie folgt geändert:

1. Nach § 16 wird folgender § 16 a eingefügt:

„Selbstversicherung in der Pensionsversicherung

§ 16 a. (1) Personen, die das 15. Lebensjahr vollendet haben und nicht in einer gesetzlichen Pensionsversicherung pflicht- oder weiterversichert oder die nicht im § 2 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Sozialversicherung freiberuflich selbständig Erwerbstätiger, BGBl. Nr. 624/1978, angeführt sind, können sich, solange ihr Wohnsitz im Inland gelegen ist, in der Pensionsversicherung selbstversichern.

(2) Von der Selbstversicherung sind Personen für die Zeit ausgeschlossen, während der sie

1. zu einer Weiterversicherung in der Pensionsversicherung berechtigt sind oder gemäß § 17 Abs. 1 Z 1 berechtigt wären,
2. einen bescheidmäßig zuerkannten Anspruch auf eine monatlich wiederkehrende Geldleistung aus einer eigenen gesetzlichen Pensionsversicherung oder nach einem Sozialhilfegesetz der Länder haben oder
3. in einem öffentlich-rechtlichen oder unkündbaren privatrechtlichen Dienstverhältnis zu einer öffentlich-rechtlichen Körperschaft oder zu von solchen Körperschaften verwalteten Betrieben, Anstalten, Stiftungen und Fonds stehen, wenn ihnen aus ihrem Dienstverhältnis die Anwartschaft auf Ruhe- und Versorgungsgenuß zusteht oder die auf Grund eines

solchen Dienstverhältnisses einen Ruhe(Versorgungs)genuß beziehen, der den Leistungen der Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz gleichwertig ist (§ 6).

(3) Die Selbstversicherung beginnt, unbeschadet der Bestimmungen des § 225 Abs. 1 Z 3, mit dem Zeitpunkt, den der Versicherte wählt, spätestens jedoch mit dem Monatsersten, der auf die Antragstellung folgt. War der Antragsteller in der Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz

1. bereits versichert, so ist der Antrag bei dem Träger der Pensionsversicherung einzubringen, bei dem er zuletzt versichert war; war er zuletzt in mehreren Pensionsversicherungen nach diesem Bundesgesetz versichert, steht es ihm frei, für welche der in Betracht kommenden Pensionsversicherungen er sich entscheidet;
2. nicht versichert oder in der Pensionsversicherung nach einem anderen Bundesgesetz versichert, so ist der Antrag bei der Pensionsversicherungsanstalt der Angestellten einzubringen.

(4) Der Träger der Pensionsversicherung; bei dem nach Abs. 3 der Antrag auf Selbstversicherung in der Pensionsversicherung einzubringen ist, ist zur Durchführung dieser Versicherung zuständig.

(5) Die Selbstversicherung endet, außer mit dem Wegfall der Voraussetzungen, mit dem Ende des Kalendermonates, in dem der (die) Versicherte seinen (ihren) Austritt erklärt hat.“

2. § 17 Abs. 1 lautet:

„(1) Personen, die

1. a) aus der Pflichtversicherung oder der Selbstversicherung gemäß § 16 a nach diesem Bundesgesetz oder aus einer nach früherer gesetzlicher Regelung ihr entsprechenden Pensions(Renten)versicherung oder aus der Pensionsversicherung für das Notariat ausgeschieden sind oder ausscheiden und die
- b) in den letzten 24 Monaten vor dem Ausscheiden mindestens zwölf oder in den

letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden jährlich mindestens drei Versicherungsmonate in einer oder mehreren gesetzlichen Pensionsversicherungen erworben haben,

2. aus einer Versicherung nach Z 1 lit. a einen bescheidmäßig zuerkannten Anspruch auf eine laufende Leistung, ausgenommen auf eine Hinterbliebenenpension, hatten,

können sich in der Pensionsversicherung weiterversichern, solange sie nicht in einer gesetzlichen Pensionsversicherung pflichtversichert sind oder einen bescheidmäßig zuerkannten Anspruch auf eine laufende Leistung aus einer eigenen gesetzlichen Pensionsversicherung haben.“

3. § 17 Abs. 4 lautet:

„(4) Das Recht auf Weiterversicherung ist geltend zu machen:

1. in den Fällen des Abs. 1 Z 1 bis zum Ende des sechsten auf das Ausscheiden aus der Pflichtversicherung oder der Selbstversicherung gemäß § 16 a folgenden Monats,
2. in den Fällen des Abs. 1 Z 2 bis zum Ende des sechsten auf das Ende des Anspruches auf die laufende Leistung folgenden Monats.

In den Fällen, in denen gemäß § 410 Abs. 1 Z 1 oder 2 ein Bescheid zu erlassen ist, beginnt diese Frist mit dem rechtskräftigen Abschluß des Verfahrens.“

4. § 17 Abs. 5 Einleitung lautet:

„Der im Abs. 1 genannte Zeitraum, in dem mindestens zwölf Versicherungsmonate erworben sein müssen, der im Abs. 3 genannte Zeitraum von 60 Monaten und die im Abs. 4 genannte Frist von sechs Monaten verlängern sich“

5. Im § 17 Abs. 6 erster Satz wird der Ausdruck „120 Versicherungsmonate“ durch den Ausdruck „60 Versicherungsmonate — ausgenommen Zeiten der Selbstversicherung gemäß § 16 a —“ ersetzt.

6. Im § 18 Abs. 7 wird der Ausdruck „§ 17 Abs. 1 lit. a“ durch den Ausdruck „§ 17 Abs. 1 Z 1 lit. a“ ersetzt.

7. Im § 18 a Abs. 7 wird der Ausdruck „§ 17 Abs. 1 lit. a“ durch den Ausdruck „§ 17 Abs. 1 Z 1 lit. a“ ersetzt.

8. § 31 Abs. 2 lautet:

„(2) Dem Hauptverband obliegt

1. die Wahrnehmung der allgemeinen Interessen der Sozialversicherung und die Vertretung der Sozialversicherungsträger in gemeinsamen Angelegenheiten,
2. die Forschung auf dem Gebiet der Sozialen Sicherheit.“

9. Im § 31 Abs. 3 wird der Punkt am Ende der Z 22 durch einen Strichpunkt ersetzt.

10. Dem § 31 Abs. 3 wird nach der Z 22 eine Z 23 mit folgendem Wortlaut angefügt:

„23. unter Bedachtnahme auf § 133 Abs. 2 Richtlinien über die Berücksichtigung ökonomischer Grundsätze bei der Krankenbehandlung aufzustellen. In diesen Richtlinien, die für die Vertragspartner (§§ 338 ff.) verbindlich sind, sind jene Behandlungsmethoden anzuführen, die entweder allgemein oder unter bestimmten Voraussetzungen (zB für gewisse Krankheitsgruppen) erst nach einer chef- oder kontrollärztlichen Bewilligung des Versicherungsträgers anzuwenden sind. Durch diese Richtlinien darf der Zweck der Krankenbehandlung nicht gefährdet werden.“

11. § 31 Abs. 5 zweiter und dritter Satz lauten:

„Die gemäß Abs. 3 Z 3, 4, 10, 11 lit. a, 13, 15, 16, 21 und 23 aufgestellten Richtlinien bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Zustimmung des Bundesministers für Arbeit und Soziales, die gemäß Abs. 3 Z 18 aufgestellten Richtlinien bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Zustimmung des Bundesministers für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz. Die gemäß Abs. 3 Z 3, 11 lit. a, 15, 17, 21 und 23 aufgestellten Richtlinien sowie das gemäß Abs. 3 Z 11 lit. b herausgegebene Heilmittelverzeichnis sind in der Fachzeitschrift „Soziale Sicherheit“ zu verlautbaren.“

12. Im § 31 Abs. 8 vierter Satz wird der Ausdruck „Gerichten und anderen Stellen“ durch den Ausdruck „Gerichten, Universitäten und anderen Stellen“ ersetzt.

15. Dem § 33 wird folgender Abs. 3 angefügt:

„(3) Abweichend von Abs. 1 sind für die nach § 25 Abs. 1 und 4 des Arbeitsmarktförderungsgesetzes, BGBl. Nr. 31/1969, pflichtversicherten Bezieher einer Beihilfe zur Deckung des Lebensunterhaltes die An- und Abmeldung durch Verordnung gemäß § 25 c Abs. 3 des Arbeitsmarktförderungsgesetzes zu regeln.“

16. § 40 lautet:

„Meldung der Zahlungsempfänger (Leistungswerber)“

§ 40. (1) Die Zahlungsempfänger (§ 106) sind verpflichtet, jede Änderung in den für den Fortbestand der Bezugsberechtigung maßgebenden Verhältnissen sowie jede Änderung ihres Wohnsitzes bzw. des Wohnsitzes des Anspruchsberechtigten, soweit im folgenden nichts anderes bestimmt wird, binnen zwei Wochen dem zuständigen Versicherungsträger anzuzeigen. Personen, die Anspruch haben

1. auf Geldleistungen aus den Versicherungsfällen der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit oder der Mutterschaft,
2. auf Pensionen aus der Pensionsversicherung mit Ausnahme der Ansprüche auf Knapp-

schaftspensionen und Knappschaftssold sowie Waisenpensionen, haben während des Leistungsbezuges jede Aufnahme einer Erwerbstätigkeit sowie die Höhe des Erwerbseinkommens und jede Änderung der Höhe des Erwerbseinkommens binnen sieben Tagen zu melden, soweit dies für den Fortbestand und das Ausmaß der Bezugsberechtigung maßgebend ist. Einkommensänderungen, die auf Grund der alljährlichen Rentenanpassung in der Kriegsopfer- und Heeresversorgung bewirkt werden, unterliegen nicht der Anzeigeverpflichtung.

(2) Abs. 1 gilt auch für Personen, die eine Leistung aus einem Versicherungsfall des Alters beantragt haben, wenn sie vom Versicherungsträger nachweislich über den Umfang ihrer Meldeverpflichtung belehrt wurden.“

17. Im § 41 Abs. 1 erster Satz zweiter Halbsatz wird der Ausdruck „auch ohne Vordruck schriftlich“ durch den Ausdruck „auch ohne Vordruck schriftlich oder mittels elektronischer Datenträger“ ersetzt.

18. Im § 51 Abs. 1 Z 1 lit. a wird der Ausdruck „5 vH“ durch den Ausdruck „5,5 vH“ ersetzt.

19. Im § 51 Abs. 1 Z 1 lit. b wird der Ausdruck „6,3 vH“ durch den Ausdruck „6,6 vH“ ersetzt.

20. Im § 51 Abs. 1 Z 1 lit. c wird der Ausdruck „6,3 vH“ durch den Ausdruck „6,6 vH“ ersetzt.

21. Im § 51 Abs. 1 Z 1 lit. d wird der Ausdruck „7,5 vH“ durch den Ausdruck „7,8 vH“ ersetzt.

22. Im § 56 a Abs. 2 wird der Ausdruck „341 S“ durch den Ausdruck „449 S“ ersetzt.

22 a. Nach § 51 a wird folgender § 51 b eingefügt:

„Zusatzbeitrag in der Krankenversicherung

§ 51 b. (1) Für in der Krankenversicherung versicherte Personen ist ein Zusatzbeitrag in der Krankenversicherung im Ausmaß von 0,5 vH der (allgemeinen) Beitragsgrundlage zu leisten. Von diesem Zusatzbeitrag entfallen

- 1. auf den Pflichtversicherten 0,25 vH,
 - 2. auf dessen Dienstgeber 0,25 vH
- der allgemeinen Beitragsgrundlage.

(2) Alle für die Beiträge zur Pflichtversicherung in der Krankenversicherung geltenden Rechtsvorschriften sind, soweit nichts anderes bestimmt wird, auf den Zusatzbeitrag nach Abs. 1 anzuwenden.“

24. § 68 Abs. 1 erster Satz lautet:

„Das Recht auf Feststellung der Verpflichtung zur Zahlung von Beiträgen verjährt bei Beitragsschuldnern und Beitragsmithaftenden binnen drei Jahren vom Tag der Fälligkeit der Beiträge.“

25. § 69 Abs. 1 zweiter Satz lautet:

„Das Recht auf Rückforderung verjährt nach Ablauf von fünf Jahren nach deren Zahlung.“

26. Im § 73 Abs. 4 wird der dritte Satz durch folgende Sätze ersetzt:

„Der Hauptverband teilt die einlangenden Beiträge auf die zuständigen Träger der Krankenversicherung nach einem Schlüssel auf, der vom Bundesminister für Arbeit und Soziales unter Berücksichtigung des Verhältnisses, in welchem der Pensionsaufwand aller nach Abs. 1 beitragspflichtigen Träger der Pensionsversicherung auf die bei den einzelnen Trägern der Krankenversicherung gemäß § 8 Abs. 1 Z 1 lit. a oder d krankenversicherten Personen entfällt, innerhalb der ersten sechs Monate des folgenden Kalenderjahres mit Verordnung festzusetzen ist. Der Hauptverband hat die vorschussweise einlangenden Beiträge nach dem 20. eines jeden Kalendermonates vorläufig nach einem Schlüssel aufzuteilen und an die zuständigen Träger der Krankenversicherung zu überweisen, der jährlich bis zum 30. November für das Folgejahr nach den gleichen Grundsätzen wie der endgültige Schlüssel nach den jeweils aktuellsten Daten festzusetzen ist. Der Ausgleich ist innerhalb von drei Monaten nach dem Inkrafttreten der jeweiligen Verordnung vorzunehmen.“

27. Dem § 73 wird folgender Abs. 9 angefügt:

„(9) Abweichend von § 73 Abs. 4 wird die Aufteilung der Beiträge in der Krankenversicherung der Pensionisten (Rentner) auf die Krankenversicherungsträger für die Kalenderjahre 1985 bis 1990 wie folgt festgesetzt:

Krankenversicherungsträger	Endgültige Aufteilungsschlüssel in Prozent		
	1985	1986	1987
Wiener			
Gebietskrankenkasse	31,93417	31,44863	30,84390
Niederösterreichische			
Gebietskrankenkasse	16,64272	16,76266	16,92323
Burgenländische			
Gebietskrankenkasse	2,52712	2,57598	2,64660
Oberösterreichische			
Gebietskrankenkasse	14,95248	15,08610	15,29008

4

284 der Beilagen

Krankenversicherungsträger	Endgültige Aufteilungsschlüssel in Prozent		
	1985	1986	1987
Steiermärkische			
Gebietskrankenkasse	12,10927	12,11266	12,15748
Kärntner			
Gebietskrankenkasse	5,66937	5,74931	5,80497
Salzburger			
Gebietskrankenkasse	4,89322	4,92737	4,94872
Tiroler			
Gebietskrankenkasse	5,52247	5,57068	5,60872
Vorarlberger			
Gebietskrankenkasse	3,04539	3,08146	3,09725

Krankenversicherungsträger	Endgültige Aufteilungsschlüssel in Prozent		
	1988	1989	1990
Wiener			
Gebietskrankenkasse	30,21413	29,68775	29,18969
Niederösterreichische			
Gebietskrankenkasse	17,09285	17,26208	17,41738
Burgenländische			
Gebietskrankenkasse	2,69619	2,74948	2,81013
Oberösterreichische			
Gebietskrankenkasse	15,51708	15,64787	15,76186
Steiermärkische			
Gebietskrankenkasse	12,20956	12,24122	12,26364
Kärntner			
Gebietskrankenkasse	5,87081	5,89547	5,93241
Salzburger			
Gebietskrankenkasse	4,96794	5,00253	5,03334
Tiroler			
Gebietskrankenkasse	5,62416	5,65178	5,68153
Vorarlberger			
Gebietskrankenkasse	3,11713	3,13799	3,15929

Krankenversicherungsträger	Endgültige Aufteilungsschlüssel in Prozent		
	1985	1986	1987
Betriebskrankenkasse			
der Österreichischen Staatsdruckerei	0,06918	0,06840	0,06779
Betriebskrankenkasse			
der Austria Tabakwerke	0,24986	0,24445	0,24501
Betriebskrankenkasse			
der Wiener Verkehrsbetriebe	0,01939	0,01907	0,01862
Betriebskrankenkasse			
der Semperit-AG	0,54328	0,55500	0,56047
Betriebskrankenkasse			
der Neusiedler AG für Papierfabrikation	0,08142	0,08139	0,08217
Betriebskrankenkasse			
der Vereinigten Österreichischen Eisen- und Stahlwerke-Alpine Stahl Donawitz Ges.m.b.H.	0,55402	0,53250	0,52162
Betriebskrankenkasse			
Zeltweg der Vereinigten Österreichischen Eisen- und Stahlwerke-Alpine Maschinenbau Ges.m.b.H.	0,10335	0,10422	0,10540
Betriebskrankenkasse			
der Vereinigten Österreichischen Eisen- und Stahlwerke-Alpine Stahlrohr-Kindberg Ges.m.b.H.	0,09475	0,09862	0,09806

284 der Beilagen

5

Krankenversicherungsträger	Endgültige Aufteilungsschlüssel in Prozent		
	1985	1986	1987
Betriebskrankenkasse Böhler Kapfenberg	0,49054	0,48416	0,48650
Betriebskrankenkasse der Firma Johann Pengg	0,05786	0,05780	0,05843

Krankenversicherungsträger	Endgültige Aufteilungsschlüssel in Prozent		
	1988	1989	1990
Betriebskrankenkasse der Österreichischen Staatsdruckerei	0,06714	0,06712	0,06641
Betriebskrankenkasse der Austria Tabakwerke	0,24291	0,24195	0,24049
Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe	0,01868	0,01813	0,01721
Betriebskrankenkasse der Sempert-AG	0,56443	0,56915	0,56943
Betriebskrankenkasse der Neusiedler AG für Papierfabrikation	0,08216	0,08394	0,08576
Betriebskrankenkasse der Vereinigten Österreichischen Eisen- und Stahlwerke-Alpine Stahl Donawitz Ges.m.b.H.	0,51967	0,52879	0,53797
Betriebskrankenkasse Zeltweg der Vereinigten Österreichischen Eisen- und Stahlwerke-Alpine Maschinenbau Ges.m.b.H.	0,10832	0,11219	0,11569
Betriebskrankenkasse der Vereinigten Österreichischen Eisen- und Stahlwerke-Alpine Stahlrohr-Kindberg Ges.m.b.H.	0,09770	0,10048	0,10190
Betriebskrankenkasse Böhler Kapfenberg	0,49389	0,50259	0,51306
Betriebskrankenkasse der Firma Johann Pengg	0,05953	0,06138	0,06288

Krankenversicherungsträger	Endgültige Aufteilungsschlüssel in Prozent		
	1985	1986	1987
Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues	0,01098	0,00958	0,00889
Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen	0,42916	0,42996	0,42609

Krankenversicherungsträger	Endgültige Aufteilungsschlüssel in Prozent		
	1988	1989	1990
Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues	0,00818	0,00725	0,00640
Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen	0,42754	0,43086	0,43353

Der Ausgleich ist zusammen mit dem Ausgleich für das Geschäftsjahr 1991 (§ 73 Abs. 4 letzter Satz) vorzunehmen.“

28. § 76 Abs. 1 Z 2 lautet:

„2. im § 16 Abs. 2 bezeichneten Selbstversicherten der Tageswert der Lohnstufe (§ 46 Abs. 4), in die der gemäß § 76 a Abs. 3 genannte, jeweils geltende Betrag fällt; an die Stelle dieser Beitragsgrundlage tritt jedoch die Beitragsgrundlage nach Z 1, wenn der Selbstversicherte

- a) ein Einkommen bezieht, das das im § 4 Abs. 4 des Studienförderungsgesetzes 1983 bezeichnete Höchstausmaß jährlich überschreitet oder
- b) eine Studiendauer im Sinne des § 2 Abs. 3 des Studienförderungsgesetzes 1983 ohne wichtige Gründe um mehr als vier Semester überschritten hat oder
- c) vor dem gegenwärtigen Studium schon ein Hochschulstudium im Sinne des § 2 Abs. 1 lit. d des Studienförderungsgesetzes 1983 absolviert hat;

lit. c ist nicht anzuwenden für Hörer (Lehrgangsteilnehmer) der Diplomatischen Akademie sowie für Selbstversicherte, sofern sie während des Hochschulstudiums keine selbstständige oder unselbstständige Erwerbstätigkeit ausüben; eine Erwerbstätigkeit, auf Grund derer ein Erwerbseinkommen bezogen wird, das das nach § 5 Abs. 2 lit. c jeweils in Betracht kommende Monatseinkommen nicht übersteigt, bleibt hiebei unberücksichtigt.“

29. § 76 Abs. 4 lautet:

„(4) Die Abs. 2 und 3 gelten nicht für die im § 16 Abs. 2 bezeichneten Personen, sofern ihre Beiträge von der Beitragsgrundlage nach Abs. 1 Z 2 erster Halbsatz berechnet werden.“

30. § 76 a Abs. 1 vierter Satz lautet:

„Hat der (die) Versicherte von der Weiterversicherung Beitragszeiten einer Selbstversicherung nach § 16 a erworben, gilt als Beitragsgrundlage für die Weiterversicherung die Beitragsgrundlage gemäß § 76 b Abs. 5; hat der (die) Versicherte vor der Weiterversicherung Beitragszeiten einer Selbstversicherung nach § 18 erworben, gilt als Beitragsgrundlage für die Weiterversicherung die Beitragsgrundlage gemäß § 76 b Abs. 3; hat der (die) Versicherte vor der Weiterversicherung Beitragszeiten einer Selbstversicherung nach § 18 a erworben, gilt als Beitragsgrundlage für die Weiterversicherung die Beitragsgrundlage gemäß § 76 b Abs. 4.“

31. § 76 b Abs. 5 lautet:

„(5) Beitragsgrundlage für den Kalendertag ist für in der Pensionsversicherung gemäß § 16 a Selbstversicherte die um ein Sechstel ihres Betrages

erhöhte halbe Höchstbeitragsgrundlage (§ 45 Abs. 1). Geht der Selbstversicherung gemäß § 16 a eine Pflichtversicherung voran, so ist die Beitragsgrundlage für den Kalendertag gemäß § 76 a Abs. 1 zu ermitteln. § 76 a Abs. 4 und 5 ist anzuwenden.“

32. § 76 b Abs. 5 (alt) erhält die Bezeichnung 6.

33. § 77 Abs. 1 lautet:

„(1) In der Krankenversicherung ist für Selbstversicherte, ausgenommen für Selbstversicherte nach § 19 a, als Beitragssatz der gleiche Hundertsatz der Beitragsgrundlage wie im § 51 Abs. 1 Z 1 lit. a heranzuziehen. Zahlungen, die für Gruppen von Selbstversicherten von einer Einrichtung zur wirtschaftlichen Selbsthilfe auf Grund einer Vereinbarung mit dem den Beitrag einziehenden Versicherungsträger geleistet werden, sind auf den Beitrag anzurechnen. Für die nach § 19 a Selbstversicherten ist als Beitragssatz ein Hundertsatz der Beitragsgrundlage wie im § 51 Abs. 1 Z 1 lit. a bzw. lit. d heranzuziehen, je nachdem, ob sie der Pensionsversicherung der Arbeiter oder einer anderen Pensionsversicherung zugehören (§ 19 a Abs. 5).“

34. § 77 Abs. 2 erster Satz lautet:

„In der Pensionsversicherung beträgt der Beitragssatz

1. für die Weiterversicherung von Personen im Sinne des § 18 Abs. 2, solange die Voraussetzungen nach § 18 Abs. 1 erster und zweiter Satz zutreffen, sowie für die Selbstversicherung gemäß § 18 10,25 vH,
2. für alle übrigen Weiter- und Selbstversicherten einschließlich der Selbstversicherten gemäß den §§ 16 a und 18 a 22,8 vH

der Beitragsgrundlage.“

36. Nach § 80 wird folgender § 80 a eingefügt:

„§ 80 a. (1) Die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt hat an den Ausgleichsfonds der Pensionsversicherungsträger (§ 447 g) 1,5 Milliarden Schilling am 20. November 1992 zu überweisen.

(2) Abweichend von § 80 Abs. 1 leistet der Bund für das Geschäftsjahr 1992 einen Beitrag, der sich gegenüber dem nach § 80 Abs. 1 zu ermittelnden Betrag vermindert:

1. für die Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter um 1 050 Millionen Schilling,
2. für die Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen um 250 Millionen Schilling,
3. für die Pensionsversicherungsanstalt der Angestellten um 950 Millionen Schilling,
4. für die Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues um 350 Millionen Schilling.“

37. Dem § 82 wird folgender Abs. 3 angefügt:

„(3) Soweit der Hauptverband an der Durchführung der der Arbeitsmarktverwaltung bzw. der Arbeitslosenversicherung gesetzlich übertragenen

Aufgaben durch Erhebung, Speicherung und Weitergabe von Daten (§ 31 Abs. 3 Z 15) auf automationsunterstütztem Weg mitwirkt, erhält er zur Abgeltung der ihm daraus erwachsenden Kosten eine Vergütung aus Mitteln der Arbeitslosenversicherung bzw. der Arbeitsmarktförderung. Diese ist durch Verordnung des Bundesministers für Arbeit und Soziales unter Zugrundelegung der Ergebnisse der Kostenrechnung festzulegen.“

38. Nach § 86 Abs. 4 erster Satz wird folgender Satz eingefügt:

„Wird eine Unfallsanzeige innerhalb von zwei Jahren nach Eintritt des Versicherungsfalles erstattet, so gilt der Zeitpunkt des Einlangens der Unfallsanzeige beim Unfallversicherungsträger als Tag der Einleitung des Verfahrens, wenn dem Versicherten zum Zeitpunkt der späteren Antragstellung oder Einleitung des Verfahrens noch ein Anspruch auf Rentenleistungen zusteht.“

39. Im § 90 Abs. 1 erster Satz entfallen die Worte „sowie für die Dauer des Ruhens des Krankengeldanspruches nach § 143 Abs. 1 Z 2“.

40. Im § 90 Abs. 1 zweiter Satz entfallen die Worte „des Ruhens (§ 143 Abs. 1 Z 2)“.

41. § 108 a Abs. 1 zweiter Satz lautet:

„Die durchschnittliche Beitragsgrundlage ist gemäß Abs. 2, 3 und 4 zu errechnen.“

42. § 108 a Abs. 1 dritter Satz entfällt.

43. Im § 108 a Abs. 3 erster Satz entfällt der Ausdruck „des Vergleichsjahres“.

44. § 108 a Abs. 3 zweiter Satz entfällt.

45. § 108 a Abs. 4 wird aufgehoben.

46. § 108 a Abs. 5 (alt) erhält die Bezeichnung 4.

47. Im § 108 a Abs. 4 (neu) erster Satz entfällt der Ausdruck „aus der Summe der unter Bedachtnahme auf die Sonderregelungen für die unterste und oberste Lohnstufe nach Abs. 4 errechneten Beträge für alle Lohnstufen“.

48. § 108 b Abs. 2 erster Satz lautet:

„Für das Kalenderjahr 1992 beträgt der Meßbetrag 1 050,17 S.“

49. Im § 108 c Abs. 1 wird der Ausdruck „der Aufwertungszahl“ durch den Ausdruck „dem Richtwert“ und der Ausdruck „die Aufwertungszahl“ durch den Ausdruck „der Richtwert“ ersetzt.

50. § 108 d lautet:

„**Richtwert für die Festsetzung des Anpassungsfaktors**

§ 108 d. (1) Für jedes Kalenderjahr ist ein Richtwert zu ermitteln, welcher durch Teilung der durchschnittlichen Beitragsgrundlage des zweitvor-

angegangenen Kalenderjahres (Ausgangsjahr) durch die durchschnittliche Beitragsgrundlage des drittvorangegangenen Kalenderjahres (Vergleichsjahr) gebildet wird. Die durchschnittliche Beitragsgrundlage des Vergleichsjahres ist gemäß Abs. 2, 3 und 5 zu errechnen. Die durchschnittliche Beitragsgrundlage des Ausgangsjahres ist gemäß Abs. 2, 4 und 5 zu errechnen. Der Richtwert ist auf drei Dezimalstellen zu runden. Der Bundesminister für Arbeit und Soziales hat den Richtwert für jedes Kalenderjahr, gleichzeitig mit der Verlautbarung des Gutachtens des Beirates für die Renten- und Pensionsanpassung (§ 108 e), kundzumachen.

(2) Zur Ermittlung der durchschnittlichen Beitragsgrundlage eines Jahres sind alle Versicherungstage von Pflichtversicherten eines Jahres, für die eine Tagesbeitragsgrundlage vorgesehen ist, in die Lohnstufen (§ 46 Abs. 2 bis 5) einzureihen.

(3) Zur Feststellung der durchschnittlichen Beitragsgrundlage des Vergleichsjahres (Abs. 1) ist die Zahl der in jeder Lohnstufe eingereichten Versicherungstage mit dem Tageswert (§ 46 Abs. 4) dieser Lohnstufe zu vervielfachen. Dabei bleiben jeweils die Lohnstufen außer Betracht, in die Versicherungstage eingereiht wurden, deren mit 30 vervielfachte Tagesbeitragsgrundlage den Betrag des im Vergleichsjahr in Geltung gestandenen Richtsatzes für Pensionsberechtigte aus eigener Pensionsversicherung (§ 293 Abs. 1 lit. a bb) nicht übersteigt.

(4) Zur Feststellung der durchschnittlichen Beitragsgrundlage des Ausgangsjahres (Abs. 1) ist für das Ausgangsjahr ein unterer und ein oberer Grenzbetrag zu bilden. Unterer Grenzbetrag für das Ausgangsjahr ist die mit der um 0,5 erhöhten halben Aufwertungszahl des Ausgangsjahres vervielfachte untere Grenze der niedrigsten im Vergleichsjahr nach Abs. 3 heranzuziehenden Lohnstufe. Der untere Grenzbetrag ist auf Groschen zu runden. Oberer Grenzbetrag für das Ausgangsjahr ist der mit der um 0,5 erhöhten halben Aufwertungszahl des Ausgangsjahres vervielfachte Meßbetrag (§ 108 b Abs. 2) des Vergleichsjahres. Der obere Grenzbetrag ist auf Groschen zu runden. Die Zahl der in jeder Lohnstufe eingereichten Versicherungstage ist mit dem Tageswert (§ 46 Abs. 4) dieser Lohnstufe zu vervielfachen. Dabei ist als unterste Lohnstufe der Bereich zwischen dem unteren Grenzbetrag und der nächsthöheren Lohnstufengrenze anzunehmen und der Mittelwert aus dem unteren Grenzbetrag und der nächsthöheren Lohnstufengrenze zu bilden. Der Mittelwert ist auf Groschen zu runden. Die Zahl der in die unterste Lohnstufe eingereichten Versicherungstage ist entsprechend der Verkürzung des Lohnstufenbereiches zu vermindern und die so verminderte Zahl mit dem Mittelwert anstelle des Tageswertes der Lohnstufe zu vervielfachen. Als oberste Lohnstufe gilt die Lohnstufe, in die der obere Grenzbetrag fällt. Die

Zahl aller in diese oder in eine höhere Lohnstufe eingereihten Versicherungstage ist für die Bildung der durchschnittlichen Beitragsgrundlage mit dem oberen Grenzbetrag zu vervielfachen.

(5) Die durchschnittliche Beitragsgrundlage des Vergleichs- bzw. Ausgangsjahres ist der Betrag, der sich aus der Summe der nach Abs. 3 errechneten Beträge für alle Lohnstufen im Vergleichsjahr bzw. aus der Summe der unter Bedachtnahme auf die Sonderregelungen für die unterste und oberste Lohnstufe nach Abs. 4 errechneten Beträge für alle Lohnstufen im Ausgangsjahr, geteilt durch die Summe der im Vergleichsjahr bzw. im Ausgangsjahr in diese Lohnstufen eingereihten Versicherungstage ergibt. Die durchschnittliche Beitragsgrundlage ist auf Groschen zu runden.“

51. § 108 e Abs. 10 vorletzter Satz lautet:

„Dabei hat der Beirat auf den Richtwert (§ 108 d), die volkswirtschaftliche Lage sowie die Änderungen des Verhältnisses der Zahl der in der Pensionsversicherung Pflichtversicherten zur Zahl der aus dieser Versicherung Leistungsberechtigten und deren längerfristige Entwicklungen und für die Anpassung bedeutsame aktuelle Entwicklungen sowie auf eine Änderung der Beitragssätze in der Pflichtversicherung im Bereich der Sozialversicherung oder der Arbeitslosenversicherung Bedacht zu nehmen.“

52. § 108 l lautet:

„§ 108 l. (1) Die Aufwertungszahl (§ 108 a) beträgt für das Jahr 1992 1,055.

(2) Der Richtwert (§ 108 d) beträgt für das Jahr 1992 1,045.

(3) Die Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 b Abs. 1) beträgt für das Jahr 1992 1 060 S für den Kalendertag.“

Artikel II

Das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz in der im Einleitungssatz des Art. I bezeichneten Fassung wird in seinem Zweiten Teil wie folgt geändert:

1. § 116 Abs. 1 Z 1 lautet:

„1. für die Früherkennung von Krankheiten und die Erhaltung der Volksgesundheit;“

2. § 116 Abs. 1 Z 4 lautet:

„4. für medizinische Maßnahmen der Rehabilitation;“

3. Dem § 116 Abs. 1 wird folgende Z 5 angefügt:

„5. für die Gesundheitsförderung.“

4. § 116 Abs. 2 lautet:

„(2) Überdies können aus Mitteln der Krankenversicherung

1. Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit (§ 155) und

2. Maßnahmen zur Krankheitsverhütung (§ 156) gewährt werden.“

5. § 116 Abs. 3 und 4 lauten:

„(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 Vertragsärzten 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) Mittel der Krankenversicherung können auch zur Erforschung von Krankheits- bzw. Unfallursachen (ausgenommen Arbeitsunfälle) verwendet werden, wenn dies der Erfüllung der in den Abs. 1 und 2 genannten Aufgaben dient.“

6. § 116 Abs. 4 (alt) erhält die Bezeichnung 5.

7. § 117 Z 1 bis 3 lauten:

„1. Zur Früherkennung von Krankheiten: Jugendlichenuntersuchungen und Vorsorge(Gesunden)untersuchungen (§§ 132 a und 132 b);

2. aus dem Versicherungsfall der Krankheit: Krankenbehandlung (§§ 133 bis 137), erforderlichenfalls medizinische Hauskrankenpflege (§ 151) oder Anstaltspflege (§§ 144 bis 150);

3. aus dem Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit: Krankengeld (§§ 138 bis 143);“

8. Dem § 120 Abs. 1 Z 3 wird folgender Satz angefügt:

„Darüber hinaus gilt der Versicherungsfall der Mutterschaft bei Dienstnehmerinnen und Bezieherinnen einer Leistung nach dem Arbeitslosenversicherungsgesetz 1977 in jenem Zeitpunkt und für jenen Zeitraum als eingetreten, in dem diese auf Grund besonderer Vorschriften des Mutterschutzrechtes im Einzelfall auf Grund des Zeugnisses eines Arbeitsinspektionsarztes oder eines Amtsarztes nicht beschäftigt werden dürfen, weil Leben oder Gesundheit von Mutter oder Kind bei Fortdauer der Beschäftigung oder Aufnahme einer Beschäftigung gefährdet wäre.“

9. Im § 122 Abs. 2 Z 2 lit. c wird der Ausdruck „gemäß § 10 AIVG“ durch den Ausdruck „gemäß §§ 10 bzw. 11 AIVG“ ersetzt.

10. § 122 Abs. 3 erster und zweiter Satz lauten:

„Über die Bestimmungen des Abs. 2 hinaus sind die Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutter-

schaft auch zu gewähren, wenn der Versicherungsfall nach dem Ende der Pflichtversicherung eintritt und der Beginn der 32. Woche vor dem Eintritt des Versicherungsfalles in den Zeitraum des Bestandes der beendeten Pflichtversicherung, die mindestens 13 Wochen bzw. drei Kalendermonate ununterbrochen gedauert haben muß, fällt; fallen in diesen Zeitraum auch Zeiten der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit oder Zeiten eines Leistungsbezuges aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft, so gelten solche Zeiten bei der Anwendung dieser Bestimmung als Zeiten der Pflichtversicherung. Dies gilt jedoch nicht, wenn die Pflichtversicherung auf Grund einer einvernehmlichen Lösung des Dienstverhältnisses, einer Kündigung durch die Dienstnehmerin, eines unberechtigten vorzeitigen Austrittes oder einer verschuldeten Entlassung der Dienstnehmerin geendet hat oder wenn die Dienstnehmerin aus einem dieser Gründe unmittelbar im Anschluß an einen Zeitraum des Bezuges eines Karenzurlaubsgeldes nach den Bestimmungen des Arbeitslosenversicherungsgesetzes 1977 ihre vorherige Beschäftigung nicht wieder aufgenommen hat.“

11. § 123 Abs. 5 lautet:

„(5) Kinder und Enkel (Abs. 2 Z 2 bis 6) gelten im Rahmen der Altersgrenzen des Abs. 4 Z 1 auch dann als Angehörige, wenn sie sich im Ausland in einer Schul- oder Berufsausbildung befinden; dies gilt auch bei nur vorübergehendem Aufenthalt im Inland.“

12. § 124 Abs. 1 zweiter Satz lautet:

„Dies gilt nicht für die im § 16 Abs. 2 bezeichneten Personen, sofern ihre Beiträge von der Beitragsgrundlage nach § 76 Abs. 1 Z 2 erster Halbsatz berechnet werden.“

13. Im § 125 Abs. 1 erster Halbsatz wird der Ausdruck „in dem dem Versicherungsfall zuletzt vorangegangenen Beitragszeitraum“ durch den Ausdruck „in dem dem Ende des vollen Entgeltanspruches zuletzt vorangegangenen Beitragszeitraum“ ersetzt.

14. Dem § 125 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

„Lohn- und Gehaltserhöhungen auf Grund von Normen kollektiver Rechtsgestaltung sind zu berücksichtigen.“

15. Nach § 131 a wird folgender § 131 b eingefügt:

„Kostenzuschüsse bei Fehlen vertraglicher Regelungen

§ 131 b. Stehen andere Vertragspartner infolge Fehlens von Verträgen nicht zur Verfügung, so gilt § 131 a mit der Maßgabe, daß in jenen Fällen, in denen noch keine Verträge für den Bereich einer

Berufsgruppe bestehen, der Versicherungsträger den Versicherten die in der Satzung festgesetzten Kostenzuschüsse zu leisten hat. Der Versicherungsträger hat das Ausmaß dieser Zuschüsse unter Bedachtnahme auf seine finanzielle Leistungsfähigkeit und das wirtschaftliche Bedürfnis der Versicherten festzusetzen.“

16. § 135 Abs. 1 zweiter Satz lautet:

„Im Rahmen der Krankenbehandlung (§ 133 Abs. 2) ist der ärztlichen Hilfe gleichgestellt:

1. eine auf Grund ärztlicher Verschreibung erforderliche
 - a) physiotherapeutische,
 - b) logopädisch-phoniatrisch-audiometrische oder
 - c) ergotherapeutische

Behandlung durch Personen, die gemäß § 52 Abs. 4 des Bundesgesetzes betreffend die Regelung des Krankenpflegefachdienstes, der medizinisch-technischen Dienste und der Sanitätshilfsdienste, BGBl. Nr. 102/1961, zur freiberuflichen Ausübung des physiotherapeutischen Dienstes, des logopädisch-phoniatrisch-audiometrischen Dienstes bzw. des beschäftigungs- und arbeitstherapeutischen (ergotherapeutischen) Dienstes berechtigt sind;

2. eine auf Grund ärztlicher Verschreibung oder psychotherapeutischer Zuweisung erforderliche diagnostische Leistung eines klinischen Psychologen (einer klinischen Psychologin) gemäß § 12 Abs. 1 Z 2 des Psychologengesetzes, BGBl. Nr. 360/1990, der (die) zur selbständigen Ausübung des psychologischen Berufes gemäß § 10 Abs. 1 des Psychologengesetzes berechtigt ist;
3. eine psychotherapeutische Behandlung durch Personen, die gemäß § 11 des Psychotherapiegesetzes, BGBl. Nr. 361/1990, zur selbständigen Ausübung der Psychotherapie berechtigt sind.“

17. Im § 140 Z 1 wird der Ausdruck „§ 143 Abs. 1 Z 1, 2, 3“ durch den Ausdruck „§ 143 Abs. 1 Z 1, 3“ ersetzt.

18. § 141 Abs. 3 lautet:

„(3) Als satzungsmäßige Mehrleistung kann das Krankengeld von einem durch die Satzung zu bestimmenden Zeitpunkt an erhöht werden, wenn der Versicherte Angehörige im Sinne des § 123 Abs. 2, 4, 7 oder 8 hat, die sich gewöhnlich im Inland aufhalten; eine Erhöhung gebührt nicht für einen Angehörigen, der aus selbständiger oder unselbständiger Erwerbstätigkeit, aus einem Lehr- oder Ausbildungsverhältnis oder auf Grund des Bezuges von Geldleistungen aus der Sozialversicherung mit Ausnahme des Hilflosenzuschusses ein Einkommen von mehr als 3 319 S monatlich bezieht. An die Stelle dieses Betrages tritt ab

1. Jänner eines jeden Jahres der unter Bedachtnahme auf § 108 i mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 108 a Abs. 1) vervielfachte Betrag.“

19. § 143 Abs. 1 Z 2 wird aufgehoben.

20. § 143 Abs. 3 wird aufgehoben.

21. Die Überschrift des Vierten Unterabschnittes im Zweiten Teil Abschnitt II nach § 143 lautet:

„Anstaltspflege, medizinische Hauskrankenpflege“

22. Die Überschrift des § 144 lautet:

„Gewährung der Pflege in einer öffentlichen Krankenanstalt oder der medizinischen Hauskrankenpflege“

23. Im § 144 Abs. 1 wird nach dem zweiten Satz folgender Satz eingefügt:

„Wenn und solange es die Art der Krankheit zuläßt, ist anstelle von Anstaltspflege medizinische Hauskrankenpflege zu gewähren (§ 151).“

24. § 144 Abs. 1 letzter Satz lautet:

„Die Anstaltspflege kann auch gewährt werden, wenn die Möglichkeit einer medizinischen Hauskrankenpflege nicht gegeben ist.“

25. § 144 Abs. 3 lautet:

„(3) Ist die Anstaltspflege oder die medizinische Hauskrankenpflege nicht durch die Notwendigkeit ärztlicher Behandlung bedingt (Asylierung), so wird sie nicht gewährt.“

26. § 151 lautet:

„Medizinische Hauskrankenpflege

§ 151. (1) Wenn und solange es die Art der Krankheit erfordert, ist medizinische Hauskrankenpflege zu gewähren.

(2) Die medizinische Hauskrankenpflege wird erbracht durch diplomierte Krankenschwestern bzw. diplomierte Krankenpfleger (§ 23 des Bundesgesetzes betreffend die Regelung des Krankenpflegefachdienstes, der medizinisch-technischen Dienste und der Sanitätshilfsdienste, BGBl. Nr. 102/1961), die vom Krankenversicherungsträger beigestellt werden oder die mit dem Krankenversicherungsträger in einem Vertragsverhältnis im Sinne des Sechsten Teiles dieses Bundesgesetzes stehen oder die im Rahmen von Vertragseinrichtungen tätig sind, die medizinische Hauskrankenpflege betreiben.

(3) Die Tätigkeit der diplomierten Krankenschwester bzw. des diplomierten Krankenpflegers kann nur auf ärztliche Anordnung erfolgen. Die Tätigkeit umfaßt medizinische Leistungen und qualifizierte Pflegeleistungen, wie die Verabreichung von Injektionen, Sondenernährung, Dekubitusversorgung. Zur medizinischen Hauskranken-

pflege gehören nicht die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung des Kranken.

(4) Hat der (die) Anspruchsberechtigte nicht die Vertragspartner (§ 338) oder die eigenen Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) des Versicherungsträgers in Anspruch genommen, so gebührt ihm Kostenersatz gemäß § 131.

(5) Die medizinische Hauskrankenpflege wird für ein und denselben Versicherungsfall für die Dauer von längstens vier Wochen gewährt. Darüber hinaus wird sie nach Vorliegen einer chef- oder kontrollärztlichen Bewilligung weitergewährt.

(6) Medizinische Hauskrankenpflege wird nicht gewährt, wenn der (die) Anspruchsberechtigte in einer der im § 144 Abs. 4 bezeichneten Einrichtungen untergebracht ist.“

27. § 152 wird aufgehoben.

28. Im § 154 Abs. 1 erster Satz wird der Ausdruck „eine Leistungsverpflichtung aus der gesetzlichen Pensionsversicherung“ durch den Ausdruck „eine Leistungsverpflichtung“ ersetzt.

29. Nach § 154 werden folgende §§ 154 a. und 154 b eingefügt:

„Medizinische Maßnahmen der Rehabilitation in der Krankenversicherung

§ 154 a. (1) Die Krankenversicherungsträger gewähren, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern oder die Folgen der Krankheit zu erleichtern, im Anschluß an die Krankenbehandlung nach pflichtgemäßem Ermessen und nach Maßgabe des § 133 Abs. 2 medizinische Maßnahmen der Rehabilitation mit dem Ziel, den Gesundheitszustand der Versicherten und ihrer Angehörigen so weit wiederherzustellen, daß sie in der Lage sind, in der Gemeinschaft einen ihnen angemessenen Platz möglichst dauernd und ohne Betreuung und Hilfe einzunehmen.

(2) Die Maßnahmen gemäß Abs. 1 umfassen:

1. die Unterbringung in Krankenanstalten, die vorwiegend der Rehabilitation dienen;
2. die Gewährung von Körperersatzstücken, orthopädischen Behelfen und anderen Hilfsmitteln einschließlich der notwendigen Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung sowie der Ausbildung im Gebrauch der Hilfsmittel;
3. die Gewährung ärztlicher Hilfe sowie die Versorgung mit Heilmitteln und Heilbehelfen, wenn diese Leistungen unmittelbar im Anschluß an eine oder im Zusammenhang mit einer der in Z 1 und 2 genannten Maßnahmen erforderlich sind;
4. die Übernahme der Reise- und Transportkosten in den Fällen der Z 1 bis 3 sowie im Zusammenhang mit der körpergerechten Anpassung von Körperersatzstücken, ortho-

pädischen Behelfen und anderen Hilfsmitteln nach Maßgabe der Bestimmungen der Satzung unter Bedachtnahme auf die wirtschaftlichen Verhältnisse des Versicherten bzw. Angehörigen.

(3) Die in Abs. 2 angeführten Maßnahmen sind bei einem Pensionsversicherungsträger oder einem Unfallversicherungsträger zu beantragen, die den Antrag unverzüglich an den zuständigen Krankenversicherungsträger weiterzuleiten haben, soweit sie diese Maßnahmen nicht selbst gemäß den §§ 302 Abs. 2, 307 d Abs. 2 Z 4 oder gemäß § 189 Abs. 2 gewähren bzw. zu gewähren haben oder ihre Gewährung gemäß § 302 Abs. 2 oder gemäß § 191 Abs. 2 an sich ziehen.

(4) Der Krankenversicherungsträger kann die Durchführung von medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation einem Pensionsversicherungsträger mit dessen Zustimmung übertragen. Er hat dem Pensionsversicherungsträger in einem solchen Fall die Kosten zu ersetzen. Die beteiligten Versicherungsträger können jedoch zur Abgeltung der Ersatzansprüche unter Bedachtnahme auf die Anzahl der in Betracht kommenden Fälle und die Höhe der durchschnittlichen Kosten der in diesen Fällen gewährten medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation die Zahlung jährlicher Pauschalbeträge vereinbaren.

(5) Die Krankenversicherungsträger haben die von ihnen jeweils zu treffenden medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation mit den in Frage kommenden Versicherungsträgern, Dienststellen und Einrichtungen im Sinne des § 307 c zu koordinieren und aufeinander abzustimmen.

(6) Die Gewährung von Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit bzw. von Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge (§§ 155 und 307 d) zählt nicht zu den Aufgaben der medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation.

Gesundheitsförderung

§ 154 b. (1) Die Krankenversicherungsträger haben allgemein über Gesundheitsgefährdung und über die Verhütung von Krankheiten und Unfällen — ausgenommen Arbeitsunfälle — aufzuklären sowie darüber zu beraten, wie Gefährdungen vermieden und Krankheiten sowie Unfälle — ausgenommen Arbeitsunfälle — verhütet werden können.

(2) Fallen Maßnahmen gemäß Abs. 1 auch in den sachlichen oder örtlichen Aufgabenbereich anderer Einrichtungen (Behörden, Versicherungsträger und dergleichen), so kann mit diesen eine Vereinbarung über ein planmäßiges Zusammenwirken und eine Beteiligung an den Kosten getroffen werden.

(3) Der Krankenversicherungsträger kann die im Abs. 1 bezeichneten Maßnahmen auch dadurch treffen, daß er sich an Einrichtungen der Gesundheitsfürsorge, die den gleichen Zwecken dienen, beteiligt. Abs. 2 ist anzuwenden.“

30. § 155 Abs. 1 und 2 lauten:

„(1) Die Krankenversicherungsträger können unter Berücksichtigung des Fortschrittes der medizinischen Wissenschaft sowie unter Bedachtnahme auf ihre finanzielle Leistungsfähigkeit Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit gewähren.

(2) Als Maßnahmen im Sinne des Abs. 1 kommen insbesondere in Betracht:

1. Landaufenthalt sowie Aufenthalt in Kurorten;
2. Unterbringung in Genesungs- und Erholungsheimen;
3. Unterbringung in Kuranstalten zur Verhinderung
 - a) einer unmittelbar drohenden Krankheit,
 - b) der Verschlimmerung einer bestehenden Krankheit;
4. die Übernahme der Reisekosten in den Fällen der Z 1 bis 3 nach Maßgabe der Bestimmungen der Satzung unter Bedachtnahme auf die wirtschaftlichen Verhältnisse des Versicherten bzw. Angehörigen.“

31. § 155 Abs. 5 wird aufgehoben.

32. § 156 Abs. 1 Z 4 lautet:

„4. die Übernahme der Reisekosten in den Fällen der Z 1 bis 3 nach Maßgabe der Bestimmungen der Satzung unter Bedachtnahme auf die wirtschaftlichen Verhältnisse des Versicherten bzw. Angehörigen.“

33. § 157 erster Halbsatz lautet:

„Der Versicherungsfall der Mutterschaft umfaßt den nach seinem Eintritt (§ 120 Abs. 1 Z 3) liegenden Zeitraum der Schwangerschaft,“.

34. § 158 Abs. 3 zweiter Satz entfällt.

35. Dem § 159 wird folgender Satz angefügt:

„Hat die Anspruchsberechtigte nicht die Vertragspartner (§ 338) oder die eigenen Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) des Versicherungsträgers in Anspruch genommen, so gebührt ihr Kostenerstattung gemäß § 131.“

36. § 162 Abs. 1 dritter Satz lautet:

„Über die vorstehenden Fristen vor und nach der Entbindung hinaus gebührt das Wochengeld ferner für jenen Zeitraum, während dessen Dienstnehmerinnen und Bezieherinnen einer Leistung nach dem Arbeitslosenversicherungsgesetz 1977 auf Grund besonderer Vorschriften des Mutterschutzrechtes im Einzelfall auf Grund des Zeugnisses eines Arbeitsinspektionsarztes oder eines Amtsarztes nicht beschäftigt werden dürfen, weil Leben oder

Gesundheit von Mutter oder Kind bei Fortdauer der Beschäftigung oder Aufnahme einer Beschäftigung gefährdet wäre.“

37. Im § 162 Abs. 3 wird der erste Satz durch folgende Sätze ersetzt:

„Das Wochengeld gebührt den nach § 4 Abs. 3 den Dienstnehmern Gleichgestellten und den nach § 8 Abs. 1 Z 4 lit. a bis c teilversicherten Personen in der Höhe des täglichen Krankengeldes, anderen Versicherten in der Höhe des auf den Kalendertag entfallenden Teiles des durchschnittlichen in den letzten 13 Wochen (bei Versicherten, deren Arbeitsverdienst nach Kalendermonaten bemessen oder abgerechnet wird, in den letzten drei Kalendermonaten) vor dem Eintritt des Versicherungsfalles der Mutterschaft gebührenden Arbeitsverdienstes, vermindert um die gesetzlichen Abzüge; die auf diesen Zeitraum entfallenden Sonderzahlungen sind nach Maßgabe des Abs. 4 zu berücksichtigen. Wurde von Versicherten, deren Arbeitsverdienst nach Kalendermonaten bemessen oder abgerechnet wird, lediglich im Kalendermonat des Eintrittes des Versicherungsfalles der Mutterschaft ein Arbeitsverdienst erzielt, so gilt dieser für die Ermittlung des durchschnittlichen in den letzten drei Kalendermonaten gebührenden Arbeitsverdienstes als im letzten vollen Kalendermonat vor dem Eintritt des Versicherungsfalles erzielt. Fallen in den für die Ermittlung des durchschnittlichen Arbeitsverdienstes maßgebenden Zeitraum auch Zeiten des Bezuges einer Leistung nach dem Arbeitslosenversicherungsgesetz 1977, so gilt für diese Zeiten als Arbeitsverdienst jenes Wochengeld, das auf Grund des Arbeitslosenversicherungsgesetzes 1977 beim Eintritt des Versicherungsfalles der Mutterschaft während des Leistungsbezuges gebührt hätte.“

38. § 162 Abs. 3 letzter Satz lautet:

„In den Fällen des § 122 Abs. 3 erster Satz sind, wenn dies für die Versicherte günstiger ist, für die Ermittlung der Höhe des Wochengeldes nicht die letzten 13 Wochen bzw. drei Kalendermonate vor dem Eintritt des Versicherungsfalles der Mutterschaft heranzuziehen, sondern die letzten 13 Wochen bzw. drei Kalendermonate vor dem Ende der Pflichtversicherung oder vor dem Ende des Dienstverhältnisses.“

39. Im § 162 Abs. 5 wird der Ausdruck „§ 138 Abs. 2“ durch den Ausdruck „§ 138 Abs. 2 lit. a bis d“ ersetzt.

40. § 166 Abs. 1 Z 1 wird aufgehoben.

41. § 166 Abs. 3 wird aufgehoben.

Artikel III

Das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz in der im Einleitungssatz des Art. I bezeichneten Fassung wird in seinem Dritten Teil wie folgt geändert:

1. § 175 Abs. 2 Z 2 lautet:

„2. auf einem Weg von der Arbeits- oder Ausbildungsstätte oder der Wohnung zu einer Untersuchungs- oder Behandlungsstelle (wie freiberuflich tätiger Arzt, Ambulatorium, Krankenanstalt) zur Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe (§ 135), Zahnbehandlung (§ 153) oder der Durchführung einer Vorsorge(Gesunden)untersuchung (§ 132 b) und anschließend auf dem Weg zurück zur Arbeits(Ausbildungs)stätte oder zur Wohnung, sofern dem Dienstgeber die Stätte der Untersuchung bzw. Behandlung bekanntgegeben wurde, ferner auf dem Weg von der Arbeits- oder Ausbildungsstätte oder von der Wohnung zu einer Untersuchungsstelle, wenn sich der Versicherte der Untersuchung auf Grund einer gesetzlichen Vorschrift oder einer Anordnung des Versicherungsträgers oder des Dienstgebers unterziehen muß und anschließend auf dem Weg zurück zur Arbeits(Ausbildungs)stätte oder zur Wohnung;“

2. Im § 175 Abs. 2 wird der Punkt am Ende der Z 9 durch einen Strichpunkt ersetzt. Folgende Z 10 wird angefügt:

„10. auf einem Weg eines (einer) Versicherten zur oder von der Arbeits- oder Ausbildungsstätte (Z 1) zu einem Kindergarten (Kindertagesstätte, fremde Obhut) oder zu einer Schule, um das Kind (§ 252 Abs. 1) oder den Schüler (die Schülerin) (§ 8 Abs. 1 Z 3 lit. h) eines (einer) Versicherten dorthin zu bringen oder von dort abzuholen, wenn dem (der) Versicherten die gesetzliche Aufsicht obliegt.“

3. Im § 183 Abs. 2 zweiter Satz wird der Ausdruck „eine neue Heilbehandlung“ durch den Ausdruck „eine Heilbehandlung“ ersetzt.

4. § 195 Abs. 6 lautet:

„(6) Trifft der Bezug von Krankengeld aus einer gesetzlichen Krankenversicherung mit einem Anspruch auf Familiengeld bzw. Taggeld zusammen, so ruht dieser Anspruch in der Höhe des Bezuges von Krankengeld aus der Krankenversicherung; hierbei ist einem solchen Bezug die Zeit, für die gemäß § 138 Abs. 1 Anspruch auf Krankengeld nicht besteht, sowie die Zeit, für die ein Anspruch auf Krankengeld ruht, gleichzuzahlen.“

5. § 199 Abs. 3 erster Satz lautet:

„Auf das Übergangsgeld sind ein dem Versicherten gebührendes Erwerbseinkommen, eine sonst gebührende Geldleistung aus der Unfallversicherung, eine Pension aus dem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit bzw. eine Barleistung nach dem Arbeitsmarktförderungsgesetz anzurechnen.“

Artikel IV

Das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz in der im Einleitungssatz des Art. I bezeichneten Fassung wird in seinem Vierten Teil wie folgt geändert:

1. § 225 Abs. 1 Z 3 lit. b lautet:

„b) Zeiten einer sonstigen freiwilligen Versicherung, wenn die Beiträge innerhalb von zwölf Monaten nach Ablauf des Beitragszeitraumes, für den sie gelten sollen, wirksam (§ 230) entrichtet worden sind.“

2. Im § 225 Abs. 1 wird der Strichpunkt am Ende der Z 5 durch einen Beistrich ersetzt; folgender Satzteil wird angefügt:

„sowie Zeiten, für die aus Anlaß der Aufnahme in das pensionsversicherungsfreie Dienstverhältnis vom Dienstnehmer an den Dienstgeber ein besonderer Pensionsbeitrag geleistet worden ist, sofern für diese Zeiten ein Überweisungsbetrag nach § 311 geleistet worden ist;“

3. Dem § 226 Abs. 2 lit. c wird folgender Satzteil angefügt:

„sowie Zeiten, für die aus Anlaß der Aufnahme in das pensionsversicherungsfreie Dienstverhältnis vom Dienstnehmer an den Dienstgeber ein besonderer Pensionsbeitrag geleistet worden ist, sofern für diese Zeiten ein Überweisungsbetrag nach § 311 geleistet worden ist.“

4. Im § 227 Abs. 1 Z 6 entfallen die Worte „oder der Anspruch darauf ausschließlich gemäß § 143 Abs. 1 Z 2 ruhte“.

5. Im § 227 Abs. 3 erster Satz wird der Ausdruck „20,5 vH“ durch den Ausdruck „22,8 vH“ ersetzt.

6. § 227 Abs. 5 lautet:

„(5) Abs. 2 gilt nicht für Zeiten, für die aus Anlaß der Aufnahme in das pensionsversicherungsfreie Dienstverhältnis vom Dienstnehmer an den Dienstgeber ein besonderer Pensionsbeitrag geleistet worden ist, sofern für diese Zeiten ein Überweisungsbetrag nach § 311 geleistet worden ist.“

7. § 227 Abs. 5 (alt) erhält die Bezeichnung 6.

8. Dem § 228 Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:

„Für Personen, die am 13. März 1938 die österreichische Staatsbürgerschaft besessen haben, ist Abs. 1 Z 1 mit der Maßgabe anzuwenden, daß das Erfordernis der österreichischen Staatsbürgerschaft entfällt.“

9. § 235 Abs. 2 lautet:

„(2) Für die Wartezeit sind die Versicherungsmonate aller Zweige der Pensionsversicherung, ausgenommen Zeiten einer Selbstversicherung nach § 16 a, bei der Knappschaftspension und dem Knappschaftssold jedoch nur die Versicherungsmonate

der knappschaftlichen Pensionsversicherung zu berücksichtigen.“

10. § 235 Abs. 3 lit. b lautet:

„b) der Stichtag (§ 223 Abs. 2) vor dem vollendeten 27. Lebensjahr des (der) Versicherten liegt und der (die) Versicherte mindestens sechs Versicherungsmonate, die nicht auf einer Selbstversicherung gemäß § 16 a beruhen, erworben hat;“

11. § 236 Abs. 4 lautet:

„(4) Die Wartezeit — ausgenommen für den Knappschaftssold — ist auch erfüllt, wenn bis zum Stichtag mindestens 180 Beitragsmonate, ausgenommen Zeiten einer Selbstversicherung nach § 16 a, erworben sind.“

12. Im § 238 Abs. 4 Z 1 erster Halbsatz entfallen die Worte „oder während welcher der Anspruch auf Krankengeld ausschließlich nach § 143 Abs. 1 Z 2 ruhte“.

13. Im § 238 Abs. 4 wird der Punkt am Ende der Z 2 durch einen Strichpunkt ersetzt; folgende Z 3 wird angefügt:

„3. Beitragsmonate der Pflichtversicherung, die Zeiten nach den §§ 225 Abs. 1 Z 5 zweiter Halbsatz bzw. 226 Abs. 2 lit. c zweiter Halbsatz enthalten.“

14. Im § 242 Abs. 2 Z 5 wird der Ausdruck „§ 243 Z 3“ durch den Ausdruck „§ 243 Abs. 1 Z 3“ ersetzt.

15. Im § 242 Abs. 3 lit. a wird der Ausdruck „§ 243 Z 3 lit. a“ durch den Ausdruck „§ 243 Abs. 1 Z 3 lit. a“ ersetzt.

16. Im § 242 Abs. 3 lit. b wird der Ausdruck „§ 243 Z 2 lit. b“ durch den Ausdruck „§ 243 Abs. 1 Z 2 lit. b“ ersetzt.

17. Der bisherige Wortlaut des § 243 erhält die Bezeichnung Abs. 1; folgender Abs. 2 wird angefügt:

„(2) Für Beitragszeiten nach den §§ 225 Abs. 1 Z 5 zweiter Halbsatz und 226 Abs. 2 lit. c zweiter Halbsatz ist eine Beitragsgrundlage nicht festzustellen.“

18. Im § 244 Abs. 1 erster Satz wird der Ausdruck „§ 243 Z 2 lit. a“ durch den Ausdruck „§ 243 Abs. 1 Z 2 lit. a“ ersetzt.

19. Im § 250 Abs. 3 wird der Ausdruck „§ 243 Z 2 lit. b“ durch den Ausdruck „§ 243 Abs. 1 Z 2 lit. b“ ersetzt.

20. § 253 a Abs. 1 Z 4 lautet:

„4. Zeiten der Arbeitslosigkeit, für die Kündigungsentschädigung, Urlaubsentschädigung oder Urlaubsabfindung gebührt;“

21. § 261 Abs. 5 dritter Satz lautet:

„Der ab dem Bemessungszeitpunkt der weggefallenen Leistung maßgebliche Hundertsatz des Steigerungsbetrages ergibt sich aus der Verminderung des zum Stichtag der neu anfallenden Leistung festgestellten Hundertsatzes des Steigerungsbetrages um den Hundertsatz des Steigerungsbetrages der weggefallenen Leistung.“

22. § 276 Abs. 3 Einleitung lautet:

„Anspruch auf Knappschaftsalterspension hat ferner der männliche Versicherte nach Vollendung des 60. Lebensjahres, wenn die Wartezeit (§ 236) für den Knappschaftssold erfüllt ist und“.

23. § 276 a Abs. 1 Z 4 lautet:

„4. Zeiten der Arbeitslosigkeit, für die Kündigungsentschädigung, Urlaubsentschädigung oder Urlaubsabfindung gebührt,“.

24. § 293 Abs. 1 lautet:

„(1) Der Richtsatz beträgt unbeschadet der Bestimmungen des Abs. 2

- | | |
|--|----------|
| a) für Pensionsberechtigte aus eigener Pensionsversicherung, | |
| aa) wenn sie mit dem Ehegatten (der Ehegattin) im gemeinsamen Haushalt leben | 9 317 S, |
| bb) wenn die Voraussetzungen nach aa) nicht zutreffen | 6 500 S, |
| b) für Pensionsberechtigte auf Witwen(Witwer)pension | 6 500 S, |
| c) für Pensionsberechtigte auf Waisenspension: | |
| aa) bis zur Vollendung des 24. Lebensjahres | 2 427 S, |
| falls beide Elternteile verstorben sind | 3 646 S, |
| bb) nach Vollendung des 24. Lebensjahres | 4 312 S, |
| falls beide Elternteile verstorben sind | 6 500 S. |

Der Richtsatz nach lit. a erhöht sich um 693 S für jedes Kind (§ 252), dessen Nettoeinkommen den Richtsatz für einfach verwaiste Kinder bis zur Vollendung des 24. Lebensjahres nicht erreicht.“

25. Im § 293 Abs. 2 wird der Ausdruck „1. Jänner 1992“ durch den Ausdruck „1. Jänner 1993“ ersetzt.

26. § 302 Abs. 2 erster und zweiter Satz lauten:

„Die Maßnahmen nach Abs. 1 werden vom Pensionsversicherungsträger gewährt, wenn und soweit sie nicht aus einer gesetzlichen Krankenversicherung gewährt werden. Der Pensionsversicherungsträger kann die Gewährung der von einem Krankenversicherungsträger nach Maßgabe des § 154 a zu erbringenden medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation jederzeit an sich ziehen.“

27. Im § 306 Abs. 4 wird der Ausdruck „Erwerbseinkommen“ durch den Ausdruck „Erwerbseinkommen bzw.“ ersetzt.

28. Im § 307 d Abs. 2 wird der Punkt am Ende der Z 4 durch einen Strichpunkt ersetzt.

29. Dem § 307 d Abs. 2 wird nach der Z 4 folgende Z 5 angefügt:

„5. die Übernahme der Reise- und Transportkosten in den Fällen der Z 1 bis 4 nach Maßgabe der Bestimmungen der Satzung unter Beachtung auf die wirtschaftlichen Verhältnisse des Versicherten bzw. Angehörigen.“

30. § 307 e Abs. 2 lautet:

„(2) Die Höhe des Familiengeldes bzw. des Taggeldes ist gemäß § 195 Abs. 2 bis 5 entsprechend zu ermitteln. Bei in der Pensionsversicherung Weiterversicherten sowie bei Personen, die aus der Weiterversicherung gemäß § 17 ausgeschieden sind, bzw. bei gemäß den §§ 16 a, 18, 18 a Selbstversicherten ist hiebei das Dreißigfache der Beitragsgrundlage (§ 76 a Abs. 1 bzw. Abs. 5) als Bemessungsgrundlage heranzuziehen, jedoch höchstens im Ausmaß des Dreißigfachen des Tageswertes der Lohnstufe (§ 46 Abs. 4), in welche die um ein Sechstel ihres Betrages erhöhte Höchstbeitragsgrundlage (§ 45 Abs. 1) fällt.“

31. § 313 lautet:

„Wirkung der Zahlung der Überweisungsbeträge und der Rückzahlung der erstatteten Beiträge

§ 313. Die in den an einen Versicherungsträger nach § 311 dieses Bundesgesetzes, nach § 175 des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes bzw. nach § 167 des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes geleisteten bzw. zurückgezählten Überweisungsbeträgen und Beiträgen sowie die in den aus Anlaß der Aufnahme in das pensionsversicherungsfreie Dienstverhältnis vom Dienstnehmer geleisteten besonderen Pensionsbeiträgen berücksichtigten vollen Monate gelten als Versicherungsmonate im Sinne dieses Bundesgesetzes, sofern diese Monate in dem Überweisungsbetrag bzw. bei der Erstattung der Beiträge als Versicherungsmonate im Sinne dieses Bundesgesetzes berücksichtigt worden waren.“

Artikel V

Das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz in der im Einleitungssatz des Art. I bezeichneten Fassung wird in seinem Fünften bis Zehnten Teil wie folgt geändert:

1. Im § 324 Abs. 3 wird nach dem dritten Satz folgender Satz eingefügt:

„Der vom Anspruchsübergang erfaßte Betrag vermindert sich in dem Maß, als der dem

unterhaltsberechtigten Angehörigen verbleibende Teil der Pension (Rente) zuzüglich seines sonstigen Nettoeinkommens (§ 292 Abs. 3) den jeweils geltenden Richtsatz gemäß § 293 Abs. 1 lit. a bb nicht erreicht.“

2. Im § 338 Abs. 1 erster Satz wird der Ausdruck „Apothekern und anderen Vertragspartnern“ durch den Ausdruck „Apothekern, freiberuflich tätigen klinischen Psychologen, freiberuflich tätigen Psychotherapeuten, Pflegepersonen, die medizinische Hauskrankenpflege gemäß § 151 erbringen, und anderen Vertragspartnern“ ersetzt.

3. Nach § 338 wird folgender § 338 a eingefügt:

„Zusammenarbeit zwischen Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten

§ 338 a. Zur Sicherstellung der gesetzlichen und satzungsmäßigen ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen sind in den Verträgen auch vorzusehen:

1. Regelungen über die gegenseitige Zusammenarbeit zwischen Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten,
2. Regelungen über die Verpflichtung der Vertragspsychotherapeuten, den Leistungsberechtigten (die Leistungsberechtigten) nachweislich aufzufordern, sich einer ärztlichen Untersuchung auf das Vorliegen oder Nichtvorliegen von körperlichen Krankheiten, von Geistes- und Gemütskrankheiten, von Gebrechen oder Mißbildungen und Anomalien, die krankhafter Natur sind (§ 1 Abs. 2 Z 1 Ärztegesetz 1984, BGBl. Nr. 373), zu unterziehen.“

4. § 342 Abs. 1 Z 6 lautet:

„6. die Zusammenarbeit der Vertragsärzte mit dem beim Versicherungsträger eingerichteten chef- und kontrollärztlichen Dienst unter Zugrundelegung der Richtlinien gemäß § 31 Abs. 3 Z 11 und 23;“

5. § 349 Abs. 2 lautet:

„(2) Die Beziehungen zwischen den Trägern der Krankenversicherung und den freiberuflich tätigen klinischen Psychologen bzw. den freiberuflich tätigen Psychotherapeuten werden durch je einen Gesamtvertrag mit einer beruflichen Interessenvertretung der klinischen Psychologen, deren Leistungsfähigkeit bezüglich der psychosozialen Versorgung unter Bedachtnahme auf ein Gutachten des Psychologenbeirates (§ 20 Abs. 1 Z 8 des Psychologengesetzes), sowie einer beruflichen Interessenvertretung der Psychotherapeuten, deren Leistungsfähigkeit bezüglich der psychosozialen Versorgung unter Bedachtnahme auf ein Gutachten des Psychotherapiebeirates (§ 21 Abs. 1 Z 9 des Psychotherapiegesetzes) vom Bundesminister für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz mit Bescheid

festgestellt worden ist, geregelt. Hiebei finden die §§ 340 Abs. 1, 341 bis 343 mit der Maßgabe sinngemäß Anwendung, daß an die Stelle der Ärztekammer die jeweilige freiwillige berufliche Interessenvertretung tritt.“

6. § 349 Abs. 2 und 3 (alt) erhalten die Bezeichnung 3 und 4.

7. § 349 Abs. 3 (neu) erster Satz lautet:

„Die Beziehungen zwischen den Sozialversicherungsträgern und anderen Vertragspartnern als Ärzten, Dentisten, Apothekern, freiberuflich tätigen klinischen Psychologen bzw. freiberuflich tätigen Psychotherapeuten und Krankenanstalten können durch Gesamtverträge geregelt werden.“

8. Im § 349 Abs. 4 (neu) wird der Ausdruck „Abs. 2“ durch den Ausdruck „Abs. 3“ ersetzt.

9. § 350 Abs. 1 Z 3 lautet:

„3. freie Verschreibbarkeit nach dem vom Hauptverband herausgegebenen Heilmittelverzeichnis (§ 31 Abs. 3 Z 11 lit. b) bzw. nach den Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise (§ 31 Abs. 3 Z 11 lit. a) oder bei Vorliegen einer chef- oder kontrollärztlichen Bewilligung.“

10. Im § 352 entfällt die Wortfolge „von Bediensteten von Privatbahnunternehmungen“.

11. Dem § 367 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

„Über einen Antrag auf Leistung aus einem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit ist, sofern die Wartezeit (§ 236) erfüllt ist, über das Vorliegen der Invalidity, Berufsunfähigkeit oder Dienstunfähigkeit im Bescheid gesondert zu entscheiden.“

12. § 412 lautet:

„Einspruch gegen Bescheide der Versicherungsträger

§ 412. (1) Bescheide der Versicherungsträger in Verwaltungssachen können binnen einem Monat nach der Zustellung durch Einspruch an den zuständigen Landeshauptmann angefochten werden. Der Einspruch hat den Bescheid zu bezeichnen, gegen den er sich richtet, und einen begründeten Entscheidungsantrag zu enthalten. Der Einspruch ist beim Versicherungsträger, der den Bescheid erlassen hat, einzubringen. Ein beim Landeshauptmann eingebrachter Einspruch gilt als beim Versicherungsträger eingebracht und ist an diesen unverzüglich weiterzuleiten.

(2) Der Versicherungsträger kann auf Grund des Einspruches und allfälliger weiterer Ermittlungen binnen zwei Monaten nach Einbringung (Einlangen) des Einspruches den Bescheid im Sinne des Einspruchsbegehrens abändern, ergänzen oder aufheben (Einspruchsvorentscheidung).

(3) Binnen zwei Wochen nach Zustellung der Einspruchsvorentscheidung kann beim Versicherungsträger der Antrag gestellt werden, daß der Einspruch dem Landeshauptmann zur Entscheidung vorgelegt werden möge (Vorlageantrag). In der Einspruchsvorentscheidung ist auf die Möglichkeit eines solchen Vorlageantrages hinzuweisen. Mit dem Einlangen eines rechtzeitig eingebrachten Vorlageantrages tritt die Einspruchsvorentscheidung außer Kraft. Die Parteien sind über das Außerkrafttreten der Einspruchsvorentscheidung zu verständigen.

(4) Ergeht keine Einspruchsvorentscheidung, hat der Versicherungsträger den Einspruch ungesäumt, längstens jedoch binnen zwei Monaten nach Einbringung des Einspruchs, unter Anschluß der Akten und seiner Stellungnahme dem Landeshauptmann vorzulegen.

(5) Tritt eine Einspruchsvorentscheidung auf Grund eines rechtzeitig eingebrachten Vorlageantrages außer Kraft, hat der Versicherungsträger den Vorlageantrag ungesäumt, längstens jedoch binnen zwei Wochen, unter Anschluß der Akten und seiner Stellungnahme dem Landeshauptmann vorzulegen.

(6) Der Einspruch hat keine aufschiebende Wirkung; der Landeshauptmann kann dem Einspruch auf Antrag aufschiebende Wirkung zuerkennen, wenn durch die vorzeitige Vollstreckung des Bescheides ein nicht wiedergutzumachender Schaden einträte und nicht öffentliche Interessen die sofortige Vollstreckung gebieten. Der Antrag auf Zuerkennung der aufschiebenden Wirkung des Einspruches ist innerhalb der für die Einbringung des Einspruches vorgesehenen Frist (Abs. 1) beim Versicherungsträger zu stellen. Der Antrag auf Zuerkennung der aufschiebenden Wirkung des Einspruches gilt gleichzeitig als Antrag auf Zuerkennung der aufschiebenden Wirkung bei Einbringung eines Vorlageantrages; dies gilt auch dann, wenn der Vorlageantrag nicht vom Einspruchswerber, sondern von einer anderen Partei gestellt wird.“

13. § 413 Abs. 1 Z 1 lautet:

„1. über die bei ihm eingebrachten Einsprüche und Vorlageanträge,“

14. § 422 lautet:

„Ablehnung des Amtes und Recht zur Amtsausübung

§ 422. (1) Das Amt eines Versicherungsvertreters (Stellvertreters) darf nur aus wichtigen Gründen abgelehnt werden. Nach mindestens zweijähriger Amtsführung kann eine Wiederbestellung für die nächste Amtsdauer abgelehnt werden.

(2) Der Versicherungsvertreter (Stellvertreter) hat von der Annahme seiner Bestellung (§ 421) den Versicherungsträger nachweislich in Kenntnis zu

setzen und ist unbeschadet des § 425 zweiter Satz ab dem Zeitpunkt des Einlangens dieser Mitteilung beim Versicherungsträger zur Ausübung seines Amtes ab dem Zeitpunkt, ab dem er bestellt ist, berechtigt.“

15. Die Überschrift zu § 424 lautet:

„Pflichten und Haftung der Versicherungsvertreter“

16. Im § 424 treten an die Stelle des ersten Satzes folgende Sätze:

„Die Mitglieder der Verwaltungskörper der Sozialversicherungsträger und des Hauptverbandes haben bei der Ausübung ihres Amtes die Gesetze der Republik Österreich, die Satzungen der Versicherungsträger (des Hauptverbandes) und die darauf beruhenden sonstigen Rechtsvorschriften zu beachten. Sie sind zur Amtsverschwiegenheit sowie zur gewissenhaften und unparteiischen Ausübung ihres Amtes verpflichtet. Sie haften unbeschadet der Bestimmungen des Amtshaftungsgesetzes für jeden Schaden, der dem Versicherungsträger aus der Vernachlässigung ihrer Pflichten erwächst.“

17. § 431 Abs. 5 lautet:

„(5) Die gewählten Vorsitzenden von Verwaltungskörpern und ihre Stellvertreter sind ab dem Zeitpunkt, für den sie gewählt wurden, zur Ausübung ihrer Funktionen berechtigt, sobald sie die Annahme ihrer Wahl dem zur Wahl berufenen Verwaltungskörper ausdrücklich erklärt haben.“

18. § 431 Abs. 5 und 6 (alt) erhalten die Bezeichnung 6 und 7.

19. § 432 lautet:

„Angelobung der Versicherungsvertreter

§ 432. Die Obmänner der Versicherungsträger, die Vorsitzenden des Überwachungsausschusses sowie der Landesstellenausschüsse und deren Stellvertreter sind von der Aufsichtsbehörde, die übrigen Versicherungsvertreter vom Obmann bzw. vom vorläufigen Verwalter anzugeloben und dabei nachweislich auf ihre Pflichten gemäß § 424 hinzuweisen.“

20. Dem § 433 Abs. 6 wird folgender Satz angefügt:

„Die gewählten Versicherungsvertreter haben den Hauptverband von der Annahme ihrer Wahl nachweislich in Kenntnis zu setzen und sind ab dem Zeitpunkt des Einlangens dieser Mitteilung beim Hauptverband zur Ausübung ihres Amtes berechtigt.“

21. Im § 434 Abs. 1 wird nach dem zweiten Satz folgender Satz eingefügt:

„Sie sind zur Ausübung ihrer Funktionen berechtigt, sobald sie die Annahme ihrer Ernennung gegenüber dem Bundesminister für Arbeit und Soziales ausdrücklich erklärt haben.“

22. § 434 Abs. 2 letzter Satz lautet:

„§ 431 Abs. 2 vorletzter und letzter Satz, Abs. 5 und Abs. 6 sind entsprechend anzuwenden.“

23. § 434 Abs. 3 lautet:

„(3) Der Präsident und die Vizepräsidenten, ferner der Vorsitzende des Überwachungsausschusses und die Vorsitzenden der Sektionsausschüsse samt deren Stellvertreter sind vom Bundesminister für Arbeit und Soziales, die übrigen Versicherungsvertreter in den Verwaltungskörpern vom Präsidenten anzugeloben und dabei nachweislich auf ihre Pflichten gemäß § 424 hinzuweisen.“

24. § 446 a lautet:

„Genehmigung der Beteiligung an fremden Einrichtungen

§ 446 a. Beschlüsse der Verwaltungskörper über eine Beteiligung an fremden Einrichtungen gemäß den §§ 23 Abs. 6, 24 Abs. 2 und 25 Abs. 2 bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Genehmigung durch den Bundesminister für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen.“

25. Im § 451 Abs. 1 zweiter Satz zweiter Halbsatz wird der Ausdruck „432 Abs. 2“ durch den Ausdruck „432“ ersetzt.

26. Nach § 459 wird folgender § 459 a eingefügt:

„Mitwirkung der Abgabenbehörden des Bundes

§ 459 a. (1) Die Abgabenbehörden des Bundes haben den Trägern der Pensionsversicherung nach Maßgabe des Abs. 3 folgende Daten von land(forst)wirtschaftlichem Vermögen (§ 29 des Bewertungsgesetzes) zu übermitteln:

1. Ordnungsbegriff und Lagebeschreibung der wirtschaftlichen Einheit,
2. Name (Familiename und Vorname) des Eigentümers der wirtschaftlichen Einheit mit Geburtsdatum und Anschrift sowie dessen Eigentumsanteil an der wirtschaftlichen Einheit,
3. Ausmaß des Einheitswertes und die im Bescheid ausgewiesenen Berechnungsgrundlagen,
4. Art und Rechtsgrundlage der Änderung des Einheitswertes, Stichtag der Rechtswirksamkeit sowie Ausfertigungsdatum des Bescheides,
5. Name und Anschrift eines allfälligen Zustellungsbevollmächtigten,
6. Berechnungsgrundlagen bei Gesamtflächenänderungen, die gemäß § 21 Abs. 1 Z 1 lit. a des Bewertungsgesetzes zu keiner Wertfortschreibung führen.

(2) Die übermittelten Daten dürfen nur zur Feststellung des Bestandes und des Umfangs von Leistungen nach diesem Bundesgesetz verwendet werden.

(3) Das Verfahren der Übermittlung und der Zeitpunkt der erstmaligen Übermittlung von in Abs. 1 genannten Daten sind vom Bundesminister für Finanzen im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Arbeit und Soziales nach Maßgabe der technisch-organisatorischen Möglichkeiten zu bestimmen.“

27. Im § 468 Abs. 2 wird der Ausdruck „Kranken- und Familiengeld werden“ durch den Ausdruck „Krankengeld wird“ ersetzt.

28. § 472 a Abs. 2 zweiter Satz lautet:

„Der Hundertsatz beträgt ab dem Jahre 1992 7,9.“

29. Dem § 472 a wird folgender Abs. 4 angefügt:

„(4) Abweichend von Abs. 2 zweiter und dritter Satz vermindert sich der Beitrag im Jahr 1992 in den Fällen, in denen der Beitrag vom Versicherten und vom Dienstgeber zu gleichen Teilen zu tragen ist, um je 0,7 Prozentpunkte, in den Fällen, in denen der Beitrag vom Dienstgeber allein zu tragen ist, um 1,4 Prozentpunkte.“

30. Im § 474 Abs. 1 erster Satz wird der Ausdruck „59 bis 61, 62 bis 70 a, 71, 72,“ durch den Ausdruck „59 bis 61, 61 b, 62 bis 70 a, 71,“ ersetzt.

31. § 474 Abs. 1 zweiter Satz erster Halbsatz lautet:

„Die Bestimmungen des § 51 Abs. 1 Z 1 sind auf die im ersten Satz genannten Versicherten, soweit es sich um Personen handelt, die im Erkrankungsfall Anspruch auf Weiterzahlung ihrer Dienstbezüge durch mindestens sechs Wochen haben, mit der Maßgabe anzuwenden, daß der Beitragssatz ab dem Jahr 1992 6,0 vH beträgt.“

32. § 474 Abs. 1 dritter Satz lautet:

„Der Beitragssatz in der Krankenversicherung für Selbstversicherte mit Ausnahme der Selbstversicherten nach § 19 a beträgt ab dem Jahr 1992 6,0 vH der Beitragsgrundlage.“

33. Die Überschrift zu § 479 lautet:

„Zusätzliche Pensionsversicherung“

34. § 544 lautet:

„§ 544. Soweit in diesem Bundesgesetz auf Bestimmungen anderer Bundesgesetze verwiesen wird, sind diese, wenn nicht ausdrücklich anderes bestimmt wird, in ihrer jeweils geltenden Fassung anzuwenden.“

35. Der bisherige Inhalt des § 545 samt Überschrift erhält die Bezeichnung § 546.

36. Der bisherige Inhalt des § 546 samt Überschrift erhält die Bezeichnung § 545.

37. Dem § 545 (neu) werden folgende Abs. 3 und 4 angefügt:

„(3) Mit der Vollziehung des § 446 a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. .../1991 ist der Bundesminister für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen betraut.

(4) Mit der Vollziehung des § 349 Abs. 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. .../1991 ist, soweit es sich um die Feststellung der Leistungsfähigkeit bezüglich der psychosozialen Versorgung handelt, der Bundesminister für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz betraut.“

38. Nach § 546 (neu) wird folgender § 547 angefügt:

„§ 547. (1) Es treten in Kraft:

1. mit 1. Jänner 1992 die §§ 16 a, 17 Abs. 1, 4, 5 und 6, 18 Abs. 7, 18 a Abs. 7, 31 Abs. 2, 3, 5 und 8, 33 Abs. 3, 40, 41 Abs. 1, 51 b, 56 a Abs. 2, 68 Abs. 1, 69 Abs. 1, 73 Abs. 4, 76 Abs. 1 und 4, 76 a Abs. 1, 76 b Abs. 5, 77 Abs. 1 und 2, 80 a, 82 Abs. 3, 86 Abs. 4, 90 Abs. 1, 108 a Abs. 1, 3, 4 und 5, 108 b Abs. 2, 108 c Abs. 1, 108 d, 108 e Abs. 10, 108 l, 116 Abs. 1 bis 5, 117 Z 1 bis 3, 120 Abs. 1, 122 Abs. 2 und 3, 123 Abs. 5, 124 Abs. 1, 125 Abs. 1, 131 b, 135 Abs. 1, 140 Z 1, 141 Abs. 3, 143 Abs. 1 und 3, 144 Abs. 1 und 3, 151, 152, 154 Abs. 1, 154 a, 154 b, 155 Abs. 1, 2 und 5, 156 Abs. 1, 157, 158 Abs. 3, 159, 162 Abs. 1, 3 und 5, 166 Abs. 1 und 3, 175 Abs. 2, 183 Abs. 2, 195 Abs. 6, 199 Abs. 3, 225 Abs. 1 Z 3, 227 Abs. 1 und 3, 235 Abs. 2 und 3, 236 Abs. 4, 238 Abs. 4 Z 1, 253 a Abs. 1, 261 Abs. 5, 276 a Abs. 1, 293 Abs. 1 und 2, 302 Abs. 2, 306 Abs. 4, 307 d Abs. 2, 307 e Abs. 2, 324 Abs. 3, 338 Abs. 1, 338 a, 342 Abs. 1, 349 Abs. 2 bis 4, 350 Abs. 1, 352, 367 Abs. 1, 412, 413 Abs. 1, 422, 424, 431 Abs. 5 bis 7, 432, 433 Abs. 6, 434 Abs. 1 bis 3, 446 a, 451 Abs. 1, 459 a, 468 Abs. 2, 472 a Abs. 2 und 4, 474 Abs. 1, 544 sowie in der Anlage 1 die Nrn. 6, 10, 15, 25, 30, 45 und 46 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. .../1991;
2. rückwirkend mit 1. Jänner 1985 § 73 Abs. 9 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. .../1991;
3. rückwirkend mit 1. Jänner 1988 die §§ 225 Abs. 1 Z 5, 226 Abs. 2, 227 Abs. 5 und 6, 238 Abs. 4 Z 3, 242 Abs. 2 und 3, 243 Abs. 2, 244 Abs. 1, 250 Abs. 3 und 313 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. .../1991 sowie § 311 Abs. 5 siebenter Satz in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 294/1990;
4. rückwirkend mit 3. September 1990 § 228 Abs. 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. .../1991;
5. rückwirkend mit 1. April 1991 § 276 Abs. 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. .../1991;
6. mit dem Beginn des Beitragszeitraumes

Jänner 1992 § 51 Abs. 1 Z 1 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. .../1991.

(2) Personen, die nach den am 31. Dezember 1991 in Geltung gestandenen Vorschriften des § 17 Abs. 1 lit. b zur Weiterversicherung in der Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz berechtigt waren, es aber nach den Bestimmungen des § 17 Abs. 1 Z 1 lit. b in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. .../1991 nicht mehr gewesen wären, können das Recht auf freiwillige Weiterversicherung in der Pensionsversicherung noch bis zum 30. Juni 1992 geltend machen.

(3) Abweichend von den Bestimmungen des § 51 Abs. 1 Z 2 beträgt ab Beginn des Beitragszeitraumes Jänner 1993 bis zum Ende des Beitragszeitraumes Juni 1993 der Beitragssatz in der Unfallversicherung 1,3 vH der allgemeinen Beitragsgrundlage.

(4) § 86 Abs. 4 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. .../1991 gilt auch für Versicherungsfälle, die nach dem 31. Dezember 1955 eingetreten sind. Die Rechtskraft bereits ergangener Entscheidungen steht dem nicht entgegen.

(5) Die §§ 162 Abs. 5 und 199 Abs. 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. .../1991 sind nur dann anzuwenden, wenn der Versicherungsfall nach dem 31. Dezember 1991 eingetreten ist.

(6) Ist eine Person am 1. Dezember 1991 auf Grund der Folgen eines Unfalles, der erst gemäß § 175 Abs. 2 Z 2 bzw. Z 10 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. .../1991 als Arbeitsunfall anerkannt wird, völlig erwerbsunfähig, so sind ihr die Leistungen aus der Unfallversicherung zu gewähren, wenn der Versicherungsfall nach dem 31. Dezember 1955 eingetreten ist und der Antrag bis 31. Dezember 1992 gestellt wird. Die Leistungen sind frühestens ab 1. Jänner 1992 zu gewähren. Wird der Antrag später gestellt, so gebühren die Leistungen ab dem auf die Antragstellung folgenden Monatsersten.

(7) Im Falle des durch einen Unfall verursachten Todes des Versicherten, der erst gemäß § 175 Abs. 2 Z 2 bzw. 10 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. .../1991 als Arbeitsunfall anerkannt wird, sind die Leistungen der Unfallversicherung an die Hinterbliebenen zu gewähren, wenn der Versicherungsfall nach dem 31. Dezember 1955 eingetreten ist und der Antrag bis 31. Dezember 1992 gestellt wird. Die Leistungen sind frühestens ab 1. Jänner 1992 zu gewähren. Wird der Antrag später gestellt, so gebühren die Leistungen ab dem auf die Antragstellung folgenden Monatsersten.

(8) Personen, die gemäß § 225 Abs. 1 Z 3 lit. b in der am 31. Dezember 1991 in Geltung gestandenen Fassung Beiträge wirksam entrichten konnten, es aber nach den Bestimmungen des § 225 Abs. 1 Z 3

lit. b in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. .../1991 nicht mehr können, können diese Beiträge bis 31. Dezember 1992 wirksam entrichten.

(9) Die §§ 227 Abs. 1 Z 6 und 238 Abs. 4 Z 1 in der am 31. Dezember 1991 in Geltung gestandenen Fassung sind auf Versicherungsfälle weiterhin anzuwenden, in denen der Stichtag nach dem 31. Dezember 1991 liegt, wenn der Anspruch auf Krankengeld ausschließlich gemäß § 143 Abs. 1 Z 2 vor dem 1. Jänner 1992 ruhte.

(10) § 228 Abs. 2 letzter Satz in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. .../1991 ist auf Versicherungsfälle anzuwenden, in denen der Stichtag nach dem 2. September 1990 liegt.

(11) Die §§ 253 a Abs. 1 und 276 a Abs. 1 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. .../1991 sind nur auf Versicherungsfälle anzuwenden, in denen der Stichtag nach dem 31. Dezember 1991 liegt.

(12) Leidet ein Versicherter am 1. Dezember 1991 an einer Krankheit, die erst auf Grund des Bundesgesetzes BGBl. Nr. .../1991 als Berufskrankheit anerkannt wird, so sind ihm die Leistungen der Unfallversicherung zu gewähren, wenn der Versicherungsfall nach dem 31. Dezember 1955 eingetreten ist und der Antrag bis 31. Mai 1992 gestellt wird. Die Leistungen sind frühestens ab 1. Dezember 1991 zu gewähren. Wird der Antrag später gestellt, so gebühren die Leistungen ab dem Tag der Antragstellung.

(13) Im Falle des durch eine Krankheit verursachten Todes des Versicherten, die erst auf Grund des Bundesgesetzes BGBl. Nr. .../1991 als Berufskrankheit anerkannt wird, sind die Leistungen der Unfallversicherung an die Hinterbliebenen zu gewähren, wenn der Versicherungsfall nach dem 31. Dezember 1955 eingetreten ist und der Antrag bis 31. Mai 1992 gestellt wird. Die Leistungen sind frühestens ab 1. Dezember 1991 zu gewähren. Wird der Antrag später gestellt, so gebühren die Leistungen ab dem Tag der Antragstellung.“

39. In der Anlage 1 wird in der Nr. 6 der Ausdruck „Kadmium“ durch den Ausdruck „Cadmium“ ersetzt.

40. In der Anlage 1 wird in der Nr. 10 der Ausdruck „Amidoverbindungen“ durch den Ausdruck „Aminoverbindungen“ ersetzt.

41. In der Anlage 1 wird in der Nr. 15 der Ausdruck „Kohlenoxyd“ durch den Ausdruck „Kohlenmonoxid“ ersetzt.

42. In der Anlage 1 lautet die Nr. 25 wie folgt:

„25 Meniskusschäden bei Bergleuten nach mindestens dreijähriger regelmäßiger Tätigkeit unter Tag und bei anderen Personen nach mindestens dreijähriger regelmäßiger Tätigkeit in kniender oder hockender Stellung

Alle
Unternehmen“

43. In der Anlage 1 lautet die Nr. 30 wie folgt:

„30 Durch allergisierende Stoffe verursachte Erkrankungen an Asthma bronchiale, wenn und solange sie zur Aufgabe schädigender Tätigkeiten zwingen

Alle
Unternehmen“

44. In der Anlage 1 werden folgende Nrn. 45 und 46 angefügt:

„45 Adenokarzinome der Nasenhaupt- und Nasennebenhöhlen durch Staub von Buchen- oder Eichenholz

Holzbearbeitende
und
holzverarbeitende
Betriebe

46 Durch Zeckenbiß übertragene Krankheiten (zB Frühsommermeningoencephalitis oder Borreliose)

Unternehmen der Land- und Forstwirtschaft sowie auf Tätigkeiten in Unternehmen, bei denen eine ähnliche Gefährdung besteht“

VORBLATT

A. Problem und Ziel:

Erfüllung des Regierungsprogramms, insbesondere im Bereich der Krankenversicherung sowie bezüglich der Pensionsdynamik und des Ausgleichszulagenrechts.

B. Lösung:

Erweiterung des Leistungskataloges der Krankenversicherung um die medizinische Hauskrankenpflege, um medizinische Maßnahmen der Rehabilitation und um Maßnahmen der Gesundheitsförderung bzw. zur Verhütung von Krankheiten. In der Pensionsversicherung insbesondere die Neuregelung der Aufwertung und Anpassung der Pensionen sowie die außertourliche Erhöhung der Ausgleichszulagenrichtsätze.

C. Alternativen:

Beibehaltung des geltenden Rechtszustandes.

D. Kosten:

Das Maßnahmenpaket im Bereich der sozialen Krankenversicherung führt zu einer Belastung des Familienlastenausgleichsfonds von 85 Millionen Schilling.

Im Rahmen von budgetbegleitenden Maßnahmen ist eine Überweisung von 1,5 Milliarden Schilling von der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt an den Ausgleichsfonds der Pensionsversicherungsträger sowie eine Reduzierung des Beitrages des Bundes zur Pensionsversicherung im Bereich des ASVG um 2,6 Milliarden Schilling vorgesehen.

Die vorgesehene auf das Jahr 1992 beschränkte Senkung des Beitrages zur Krankenversicherung der Beamten der Österreichischen Bundesbahnen (Versicherungsanstalt der Österreichischen Eisenbahnen, Abteilung B) bringt dem Bund eine Einsparung von rund 200 Millionen Schilling im Jahr 1992.

E. Konformität mit EG-Recht gegeben.

Erläuterungen

Den Schwerpunkt der Änderungen des Entwurfes einer 50. Novelle zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz bilden die Maßnahmen im Bereich der Krankenversicherung. Ihr Ausgangspunkt sind die Regierungserklärung vom 18. Dezember 1990 und das Arbeitsübereinkommen der Regierungsparteien vom 17. Dezember 1990 sowie die Ergebnisse des Arbeitskreises „Strukturreform der Krankenversicherung“, der in der Zeit vom November 1989 bis Juni 1990 im Bundesministerium für Arbeit und Soziales Beratungen abgehalten hat. Insbesondere die Regierungserklärung und das Arbeitsübereinkommen setzen sich zum Ziel, durch ein Bündel von Maßnahmen das Gesundheitswesen zu verbessern und den Mitteleinsatz zu optimieren. Dazu gehört auch, ein Netz von Sozial- und Gesundheitssprengeln zu schaffen, um die sozialen und medizinischen Leistungen besser zu koordinieren. In Anbetracht der Verzahnung der sozialen Krankenversicherung mit dem Gesundheitswesen und ihre Einbettung in die allgemeine Sozialpolitik ist es notwendig, die Leistungen der Krankenversicherung, soweit dies zur Zeit vertretbar ist, in einer Weise zu erweitern und zu ergänzen, daß die beabsichtigte Neuordnung des Gesundheitswesens erleichtert bzw. überhaupt ermöglicht wird. Die Krankenversicherung erbringt damit eine Vorleistung, auf die Bund, Länder und Gemeinden entsprechend zu reagieren haben werden, um das Ziel einer Verbesserung des Gesundheitswesens, wie es in der Regierungserklärung und im Arbeitsübereinkommen angestrebt wird, auch zu erreichen. Die folgenden Maßnahmen stellen den Beitrag der Krankenversicherung zur Realisierung dieses Zieles dar:

- Umwandlung der medizinischen Hauskrankenpflege in eine Pflichtleistung
- Gewährung von medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation unter Beibehaltung der Zuständigkeiten der Unfallversicherung und der Pensionsversicherung für die Rehabilitation in ihrem Wirkungsbereich
- Ermächtigung der Krankenversicherungsträger zur Verbesserung und zum Ausbau der Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Verhütung oder Früherkennung von Krankheiten bzw. Verhütung von Unfällen, ausgenommen

Arbeitsunfälle, sowie zur Erforschung von Krankheits- bzw. Unfallursachen, ausgenommen Arbeitsunfälle

- Gleichstellung der Tätigkeiten der klinischen Psychologen und der Psychotherapeuten mit der ärztlichen Hilfe im Bereich der Krankenversicherung.

Darüber hinaus sind noch die Einbeziehung des ergotherapeutischen Dienstes in den Leistungskatalog der Krankenversicherung sowie die Beseitigung des Ruhens des Wochen- und Krankengeldes bei Anstaltspflege bei gleichzeitigem Wegfall des Familien- und Taggeldes zu erwähnen.

Im Bereich der Unfallversicherung sieht der Entwurf eine zeitgemäße Ausweitung der Liste der Wegunfälle im Rahmen der Bestimmungen über die Arbeitsunfälle vor. Das gleiche gilt hinsichtlich der Ausweitung der Liste der Berufskrankheiten. Zu erwähnen ist schließlich eine deutliche Verbesserung der Regelung über den Anfall der Leistungen der Unfallversicherung, die insbesondere von der Volksanwaltschaft angeregt wurde.

Als Einleitung für die im Zuge der nach dem Wirksamwerden der 50. Novelle zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz beabsichtigten nächsten Novellierung dieses Gesetzes nimmt der vorliegende Entwurf eine Neuregelung der Aufwertungs- und Anpassungsbestimmungen der Pensionen in Aussicht. Endziel nach dem Arbeitsübereinkommen ist, die Aufwertung und Anpassung so umzugestalten, daß sich die Zuwächse der durchschnittlichen Einkommen bei Aktiven und Pensionisten (nach Abzug der Beiträge) künftig im Gleichklang entwickeln. Die vorliegende Neuregelung beseitigt in einem ersten Schritt die Berücksichtigung der Arbeitslosenrate bei der Festsetzung der jährlichen Pensionsdynamik, die in Hinkunft nicht mehr notwendig sein wird. Dafür wird bereits jetzt ein Element der Nettoanpassung, nämlich die Berücksichtigung sich verändernder Beitragssätze, aufgenommen.

Ferner verwirklicht der vorliegende Entwurf eine weitere, in der Regierungserklärung verankerte Absicht, nämlich eine Erhöhung der Ausgleichszulagen-Richtsätze. Dem Entwurf zufolge soll der Familienrichtsatz im Jahre 1992 9 317 S, der

Richtsatz für Alleinstehende 6 500 S monatlich betragen.

Zu erwähnen ist ferner noch die sogenannte Öffnung der Pensionsversicherung, durch die jedermann ohne Nachweis von Vorversicherungszeiten Zugang zur Weiterversicherung in der Pensionsversicherung erhält.

Schließlich sind noch eine Reihe von sonstigen Änderungen zu erwähnen, zu denen etwa eine Verbesserung des Übergangs eines Pensions(Renten)anspruchs in den Fällen zählt, in denen der Leistungsbezieher in eine Pflegeanstalt aufgenommen wird und der Angehörige in der bisherigen gemeinsamen Wohnung verbleibt.

Zur Finanzierung der erwähnten Verbesserungen im Bereich der Krankenversicherung ist eine Erhöhung der Beiträge in diesem Versicherungszweig vorgesehen. Nicht berücksichtigt werden konnte eine Neuregelung der Krankenanstaltenfinanzierung, da bis zur Erstellung dieser Vorlage keine Einigung darüber zwischen Bund, Ländern und Gemeinden erzielt wurde. Die Auswirkungen einer solchen Einigung werden daher in eine eigene Novelle aufzunehmen sein.

Hinsichtlich der finanziellen Auswirkungen der beabsichtigten Änderungen wird auf die finanziellen Erläuterungen verwiesen.

Die Zuständigkeit des Bundes zur Erlassung der im vorliegenden Entwurf enthaltenen Regelungen gründet sich auf den Kompetenztatbestand „Sozialversicherungswesen“ des Art. 10 Abs. 1 Z 11 B-VG.

Zu den einzelnen Bestimmungen ist folgendes zu bemerken:

Zu Art. I Z 1 bis 7, 30 und 31 sowie Art. IV Z 1, 9 bis 11 und 30 (§§ 16 a, 17 Abs. 1, 4, 5 und 6, 18 Abs. 7, 18 a Abs. 7, 76 a Abs. 1, 76 b Abs. 5, 225 Abs. 1 Z 3 lit. b, 235 Abs. 2 und 3, 236 Abs. 4, 307 e Abs. 2):

Die im § 16 a in der Fassung des Entwurfes vorgesehene Selbstversicherung in der Pensionsversicherung geht von dem Grundsatz aus, daß sie jedermann offenstehen soll, der ihrer bedarf. Ziel dieser Selbstversicherung soll es sein, in den Fällen, in denen keine oder zu wenige Zeiten der Pflichtversicherung erworben worden sind, durch den Erwerb von Versicherungszeiten in der Pensionsversicherung die Voraussetzungen für eine Weiterversicherung in der Pensionsversicherung zu schaffen. Durch die damit bewirkte Öffnung der Pensionsversicherung soll dem mehrfach geäußerten Wunsch nach Schaffung einer umfassenden freiwilligen Versicherung in der Pensionsversicherung Rechnung getragen werden.

Die Selbstversicherung in der Pensionsversicherung soll von folgenden Grundsätzen getragen sein:

1. Der zur Selbstversicherung in der Pensionsversicherung berechnete Personenkreis umfaßt alle Personen über 15 Jahre mit inländischem Wohnsitz. Die Voraussetzung des inländischen Wohnsitzes ist nach Auffassung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales auch erfüllt, wenn der (die) Berechnete zum Kreis der sich im Ausland aufhaltenden Personen gemäß § 26 Abs. 3 BAO zählt (vgl. Ausschlußbericht zur 40. Novelle zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz, 390 der Beilagen, XVI. GP zu § 261 a).

2. Der Beitritt ist grundsätzlich jederzeit möglich, ausgeschlossen sind jedoch Pflichtversicherte sowie der im § 2 Abs. 1 FSVG genannte Personenkreis, Personen, die zur Weiterversicherung berechnete sind oder wären, Beamte und ihnen Gleichgestellte sowie Leistungsbezieher aus eigener gesetzlicher Pensionsversicherung und Sozialhilfeempfänger.

3. Durch die Selbstversicherung in der Pensionsversicherung werden die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme der Weiterversicherung in der Pensionsversicherung geschaffen. Nach Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen für die Weiterversicherung in der Pensionsversicherung (§ 17 Abs. 1 Z 1 ASVG) endet die Selbstversicherung und geht in die Weiterversicherung über, sofern ein diesbezüglicher Antrag binnen sechs Monaten nach dem Ausscheiden aus der Selbstversicherung gestellt wird.

4. Die Beitragsgrundlage in der Selbstversicherung nach § 16 a ASVG in der Pensionsversicherung richtet sich grundsätzlich nach § 76 b Abs. 5 ASVG, demzufolge hierfür die um ein Sechstel ihrer Beiträge erhöhte halbe Höchstbeitragsgrundlage heranzuziehen ist. Geht dieser Selbstversicherung eine Pflichtversicherung voran, so gilt § 76 a Abs. 1 ASVG. Danach gilt als Beitragsgrundlage die um ein Sechstel ihres Betrages erhöhte maßgebliche Beitragsgrundlage der Pflichtversicherung vor dem Ausscheiden aus der Pflichtversicherung. Die Herabsetzung der Beitragsgrundlage im gegenwärtigen für Weiterversicherte geltenden Rahmen (§ 76 a Abs. 4 und 5 ASVG) ist, soweit es die wirtschaftlichen Verhältnisse gerechtfertigt erscheinen lassen, auch für Selbstversicherte vorgesehen. Regelungen bezüglich der Beitragsgrundlage für die Fälle, in denen einer Selbstversicherung nach § 16 a ASVG eine Weiterversicherung in der Pensionsversicherung folgt, enthält § 76 a Abs. 1 vierter Satz ASVG.

5. Der Beitragssatz beträgt — so wie für die Pflichtversicherung der Arbeiter und Angestellten insgesamt bzw. alle übrigen Weiter- und Selbstversicherten — 22,8 vH (§ 77 Abs. 2 ASVG). Die Beiträge sind zur Gänze vom Versicherten zu tragen und innerhalb von zwölf Monaten nach Ablauf des Beitragszeitraumes, für den sie gelten sollen, zu entrichten (§ 225 Abs. 1 Z 3 lit. b ASVG).

6. Für die Erfüllung der Wartezeit (§§ 235 Abs. 2 und 3 lit. b, 236 Abs. 4 ASVG) sollen Zeiten einer Selbstversicherung nach § 16 a ASVG nicht herangezogen werden, da ihr Hauptzweck darin liegt, die Voraussetzungen für eine Weiterversicherung in der Pensionsversicherung zu schaffen. Ein im Sinn der Regelung nicht gewolltes Ausnutzen der neuen Form der freiwilligen Versicherung ist daher praktisch sinnlos. Für die Höhe der Leistung werden diese Zeiten aber berücksichtigt.

7. Nach geltendem Recht kann bei Vorliegen von 120 Versicherungsmonaten der Beitritt zur freiwilligen Weiterversicherung jederzeit geltend gemacht werden. Diese Frist soll künftig auf 60 Versicherungsmonate herabgesetzt werden, um bestimmten Gruppen von Personen, denen die Selbstversicherung nach § 16 a ASVG nicht offensteht, zB Auslandsösterreichern, den Zugang zur Weiterversicherung dann zu erleichtern, wenn sie eine gewisse Beziehung zur österreichischen Sozialversicherung haben.

8. Ergänzend wird auch darauf hingewiesen, daß die in Rede stehende Selbstversicherung in der Pensionsversicherung auch der bei einer Geltung des EG-Rechtes für Österreich auf Grund der Richtlinie 86/613/EWG eintretenden Verpflichtung zur Schaffung einer freiwilligen Versicherung in der Pensionsversicherung für „mithelfende“ Ehegatten im Betrieb eines selbständig Erwerbstätigen Rechnung tragen würde. Österreich würde daher mit dieser Rechtsänderung im Bereich der Sozialen Sicherheit dieser Richtlinie vollinhaltlich entsprechen.

Zu Art. I Z 8 (§ 31 Abs. 2):

Die Vorlage sieht in § 116 Abs. 4 ASVG als eine neue Aufgabe der Krankenversicherung die Erforschung von Krankheits- bzw. Unfallursachen (ausgenommen Arbeitsunfälle) vor. Im § 31 Abs. 2 ASVG soll in diesem Zusammenhang dem Hauptverband in Konkretisierung seiner Aufgabenstellung die Forschungskompetenz auf dem Gebiet der Sozialen Sicherheit als Grundlagenarbeit, die nur zentral wahrgenommen werden kann, übertragen werden.

In diesem Zusammenhang ist weiters festzuhalten, daß der Hauptverband mit Beschluß des Präsidialausschusses vom 25. Jänner 1971 bereits das Forschungsinstitut für Soziale Sicherheit geschaffen hat, das diese Aufgabe übernehmen kann.

Zu Art. I Z 9 bis 11 sowie Art. V Z 4 (§§ 31 Abs. 3 und 5, 342 Abs. 1 Z 6):

Der Oberste Gerichtshof hat mit Urteil vom 24. Mai 1989, Zl. 9 Ob A84/89, ausgesprochen, daß die in den Krankenordnungen der Versicherungs-

träger vorgesehene chefärztliche Bewilligung keine Voraussetzung für die Inanspruchnahme bestimmter Behandlungsmethoden (ärztliche Hilfe) auf Rechnung des Versicherungsträgers sein kann; eine entsprechende ausdrückliche Vorschrift ist im ASVG nicht vorgesehen. Nach Ansicht des Obersten Gerichtshofes liegt also eine formalgesetzliche Delegation vor. Dem Versicherten kann daher die Kostenübernahme für die ärztliche Hilfe nicht deshalb verweigert werden, weil er vorher nicht die Zustimmung des Versicherungsträgers eingeholt hat.

In die gleiche Richtung tendiert auch das Urteil des Oberlandesgerichtes Linz vom 30. Oktober 1990, Zl. 2 R 51/90, mit dem ein Krankenversicherungsträger dazu verhalten worden ist, bestimmte Leistungen trotz des Fehlens einer hierfür erforderlichen chefärztlichen Bewilligung zu erbringen.

Für die Praxis der Versicherungsträger ist es aus ökonomischen Gründen aber unerlässlich, daß die Gewährung bestimmter Leistungen von der chefärztlichen Bewilligung abhängig ist. Um in Hinkunft hiefür die notwendigen rechtlichen Voraussetzungen zu schaffen, soll dem § 31 Abs. 3 ASVG eine neue Z 23 angefügt werden, die den Hauptverband ermächtigt, unter Bedachtnahme auf § 133 Abs. 2 ASVG Richtlinien über die Berücksichtigung ökonomischer Grundsätze bei der Krankenbehandlung aufzustellen. Diese Richtlinien sind für die Vertragspartner verbindlich.

Zu Art. I Z 12 (§ 31 Abs. 8):

Die vorgeschlagene Änderung soll den österreichischen Universitäten die kostenlose SOZDOK-Abfrage im Rahmen ihrer Ausbildung möglich machen.

Zu Art. I Z 15 (§ 33 Abs. 3):

Bezieher einer Beihilfe zur Deckung des Lebensunterhaltes nach dem Arbeitsmarktförderungsgesetz sind pensions-, kranken-, unfall- und arbeitslosenversichert. Dabei ist in jedem Einzelfall eine An- und Abmeldung vorzunehmen. Angesichts der notwendigen Stationen der Bearbeitung von Kursträgern — Arbeitsamt/Landesarbeitsamt/ Gebietskrankenkasse — sowie der oftmals durch Schulungsteilnehmer verursachten Kursunterbrechungen ist es nicht immer möglich, die Meldefristen des ASVG einzuhalten. § 25 c Abs. 3 des Arbeitsmarktförderungsgesetzes ermächtigt den Bundesminister für Arbeit und Soziales, ua. Bestimmungen über die Vereinfachung des Meldewesens im Verordnungsweg zu erlassen. In Anbetracht der dargestellten Schwierigkeiten bei der An- und Abmeldung des eingangs bezeichneten Personenkreises sollen in Hinkunft die Meldungen gemäß § 33 ASVG in dieser Verordnung geregelt werden.

Zu Art. I Z 16 (§ 40):

Die vorgeschlagene Änderung im § 40 Abs. 1 zweiter Satz ASVG ist rein formaler Natur und dient der Beseitigung eines redaktionellen Versehens im Zuge der 49. Novelle zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz.

Nach § 40 ASVG haben Leistungsempfänger bzw. Zahlungsempfänger jede Änderung in den für den Fortbestand der Bezugsberechtigung maßgebenden Verhältnissen dem Versicherungsträger anzuzeigen. In Anbetracht der mit dem Sozialrechts-Änderungsgesetz 1991 im Bereich der Alterspensionen eingeführten sechsmonatigen Karenzfrist für das Zustandekommen des Anspruches erscheint es notwendig, auch Leistungswerber, die eine Leistung aus dem Versicherungsfall des Alters beantragt haben, in die Meldepflicht einzubeziehen.

Zu Art. I Z 17 (§ 41 Abs. 1):

Im Interesse einer zeitgemäßen Durchführung der Bestimmungen über die Erstattung der Meldungen für die Sozialversicherung soll ausdrücklich die Meldung mittels elektronischer Datenträger zugelassen werden. Durch die vorgeschlagene Änderung im § 41 Abs. 1 ASVG soll eine gesetzliche Grundlage hierfür geschaffen werden.

Zu Art. I Z 24 und 25 (§§ 68 Abs. 1 und 69 Abs. 1):

Die Neufassung des § 67 Abs. 10 ASVG durch die 48. Novelle zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz hat zur Folge, daß die Haftung nach dieser Bestimmung erst dann ausgesprochen werden kann, wenn die Uneinbringlichkeit der Beiträge beim Beitragsschuldner feststeht.

Nach der Judikatur des Verwaltungsgerichtshofes (vgl. Erkenntnis vom 15. Dezember 1988, 88/08/0252 — Teschner — Fürböck, ASVG, MGA 39 a, Anmerkung 4 zu § 68 Abs. 1 ASVG) wird bei Beitragsmithaftenden aus formalen Gründen die verjährungsunterbrechende Wirkung von Feststellungsmaßnahmen nicht anerkannt.

Im Gegensatz zu den entsprechenden — bis zu fünfjährigen — Verjährungsfristen der Bundesabgabenordnung (§ 67 Abs. 10 ASVG ist den entsprechenden Regelungen der BAO nachgebildet) muß die Haftungsverpflichtung nach dem ASVG binnen zwei Jahren ab Fälligkeit ausgesprochen werden. Dies bedeutet, daß gegenüber dem Beitragsmithaftenden — da eine verjährungsunterbrechende Wirkung von Feststellungsmaßnahmen nicht in Betracht kommt — ein Bescheid innerhalb dieser Frist ergehen muß.

Insolvenzverfahren nehmen oft sehr lange Zeit in Anspruch. Bei langdauernden Insolvenzverfahren wird die Höhe der letztlich uneinbringlichen

Beiträge — die gegenüber einem Beitragsmithaftenden geltend zu machen wären — häufig erst nach einigen Jahren feststehen. Der Bescheid gegenüber dem Beitragsmithaftenden kann aber erst dann ergehen, wenn feststeht, ob und welche Beiträge uneinbringlich sind.

Bei langdauernden Insolvenzverfahren wird daher infolge zwischenzeitlich eingetretener Verjährung keine Haftung gegenüber einem Mithaftenden durchgesetzt werden können, sodaß es zu erheblichen Beitragseinbußen kommt.

Zur Vermeidung dieser Beitragseinbußen soll im § 68 Abs. 1 ASVG klargestellt werden, daß diese Bestimmung auch für Beitragsmithaftende gilt. Maßnahmen zur Verjährungsunterbrechung sollen, auch wenn sie nur gegen den Zahlungspflichtigen gesetzt werden, in gleicher Weise gegen den Beitragsmithaftenden wirken.

Darüber hinaus soll aus den gleichen Erwägungen die bisherige Verjährungsfrist von zwei Jahren auf drei Jahre verlängert werden.

In Anbetracht der Erweiterung der Feststellungsverjährung soll auch die Rückzahlungsfrist im § 69 Abs. 1 ASVG, um Härten zu mildern, von drei auf fünf Jahre ausgedehnt werden.

Zu Art. I Z 26 und 27 (§ 73 Abs. 4 und 9):

Gemäß § 73 ASVG sind die Mittel für die Krankenversicherung der Bezieher einer Pension aus der Pensionsversicherung aufzubringen.

Der von den in Betracht kommenden Trägern der Pensionsversicherung zu entrichtende Beitrag beträgt 10,3 vH des für das laufende Geschäftsjahr erwachsenden Aufwandes an Pensionen.

Diese Beiträge sind vorschußweise in monatlichen Raten in dem bezeichneten Hundertsatz der Summe des im vorangegangenen Kalendermonats erwachsenden Aufwandes an Pensionen dem Hauptverband zu überweisen. Der Ausgleich ist innerhalb der ersten sechs Monate des folgenden Kalenderjahres vorzunehmen. Der Hauptverband teilt die einlangenden Beiträge auf die zuständigen Träger der Krankenversicherung nach einem Schlüssel auf, der vom Bundesminister für Arbeit und Soziales auf Antrag des Hauptverbandes unter Berücksichtigung des Verhältnisses festzusetzen ist, in welchem der Pensionsaufwand aller beitragspflichtigen Träger der Pensionsversicherung auf die bei den in Betracht kommenden einzelnen Trägern der Krankenversicherung versicherten Personen entfällt.

Der Verwaltungsgerichtshof hat mit Erkenntnis vom 19. März 1991, Zl. 90/08/0139/9, den Bescheid des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, betreffend die Festsetzung eines Aufteilungsschlüssels in der Krankenversicherung der Pensionisten gemäß § 73 Abs. 4 ASVG für das

Kalenderjahr 1988, wegen Rechtswidrigkeit aufgehoben. Die Rechtswidrigkeit sieht der Verwaltungsgerichtshof darin, daß dem angefochtenen Bescheid nicht zu entnehmen war, welcher Wechselkurs bei seiner Erlassung der Ermittlung der auf die Zollausschlußgebiete Jungholz und Mittelberg entfallenden Pensionslast zugrunde gelegt wurde.

Das Erkenntnis des Verwaltungsgerichtshofes hat dabei ein grundsätzliches Problem hinsichtlich der verfügbaren Daten bei der bisherigen Festsetzung des Aufteilungsschlüssels ins Bewußtsein gebracht, auch wenn sich das Erkenntnis nur auf einen Randbereich — welcher Wechselkurs für die Zollausschlußgebiete bei seiner Berechnung herangezogen wurde — bezog. Tatsache ist, daß für die Berechnung der Aufteilung des Pensionsaufwandes nach Krankenversicherungsträgern ursprünglich nur der Pensionsaufwand von zwei Monaten eines Jahres und für die Zollausschlußgebiete nur die nach dem Wechselkurs 1:5 umgerechneten Schillingbeträge und nicht die DM-Beträge zur Verfügung standen. Eine rückwirkende Aufarbeitung des Datenmaterials ist technisch nicht möglich, weil die Grunddaten nicht mehr vorhanden sind. Erst im Jahre 1990 war es möglich, den Pensionsaufwand eines ganzen Jahres nach Krankenversicherungsträgern aufzuteilen und auf Grund der gespeicherten DM-Beträge den amtlichen Devisenkurs zu berücksichtigen. Aus diesen Daten für das Jahr 1990 wurde durch Vergleichsrechnung für die Jahre ab 1985 eine neue Aufteilung unter der Voraussetzung hochgerechnet, daß auch für diese Jahre der Pensionsaufwand für das volle Jahr und die richtigen Wechselkurse berücksichtigt worden wären.

Die rückwirkende Festsetzung der neuen Schlüsselzahlen entspricht damit dem ursprünglichen Willen des Gesetzgebers, eine möglichst gerechte Aufteilung der Beiträge zu gewährleisten. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales hat sich daher entschlossen vorzuschlagen, aus den verfügbaren Daten der Vergangenheit und auf Grund der vollständigen Daten in der Gegenwart eine neue Verteilung zu berechnen und gesetzlich festzusetzen. Die Rechtskraft bereits ergangener Entscheidungen steht der nunmehr im Gesetz selbst getroffenen Festsetzung nicht entgegen.

Die endgültigen Aufteilungsschlüssel auf Grund dieser Neuberechnung sind im § 73 Abs. 9 ASVG festgehalten.

Diese Vorgangsweise soll auch für die Zukunft beibehalten werden. Die Festsetzung des Aufteilungsschlüssels wird im Verordnungsweg vom Bundesminister für Arbeit und Soziales vorgenommen werden.

Zu Art. I Z 28 und 29 und Art. II Z 12 (§§ 76 Abs. 1 und 4 und 124 Abs. 1):

Durch die 41. Novelle zum Allgemeinen Sozial-

versicherungsgesetz, BGBl. Nr. 111/1986, ist § 76 Abs. 1 Z 2 und Abs. 4 ASVG dahin gehend geändert worden, daß der Personenkreis, dem die ermäßigte Beitragsgrundlage, wie sie für die in der Krankenversicherung selbstversicherten Studenten vorgesehen ist, zugute kommt, eingeschränkt wurde.

Anlaß für die Gesetzesänderung war, daß man jene Personen von der „begünstigten Selbstversicherung“ ausschließen wollte, die lediglich deshalb an einer Universität inskribieren, um in den Genuß dieser Selbstversicherung zu kommen. Insbesondere freiberuflich tätige Personen, die keiner gesetzlichen Pflichtversicherung unterliegen, machten von dieser Möglichkeit nicht selten Gebrauch.

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger hat darauf hingewiesen, daß infolge der restriktiven Auslegung dieser Bestimmung eine mißbräuchliche Inanspruchnahme der begünstigten Studenten-Selbstversicherung nach wie vor fast uneingeschränkt möglich ist. Die vorgeschlagene Neuregelung soll dies in einer sozial- und bildungspolitisch vertretbaren Art unterbinden.

Gegenüber dem versendeten Entwurf wurde die Bestimmung im Hinblick auf die Stellungnahmen, insbesondere der Hochschülerschaften, wesentlich gemildert. So soll die begünstigte Selbstversicherung nur ausgeschlossen sein, wenn der Selbstversicherte ein Einkommen von mehr als 47 000 S jährlich bezieht (§ 76 Abs. 1 Z 2 lit. a ASVG) oder sein Studium ohne wichtige Gründe um mehr als vier Semester überschreitet oder ein Zweitstudium absolviert und während dieses Zweitstudiums selbständig oder unselbständig erwerbstätig ist. Ein Monatseinkommen im Rahmen der bestehenden Geringfügigkeitsgrenzen (§ 5 Abs. 2 lit. c ASVG) bleibt allerdings dabei außer Betracht.

Zu Art. I Z 34 und Art. IV Z 5 (§ 77 Abs. 2 und § 227 Abs. 3):

Durch die vorgeschlagenen Änderungen sollen die Beitragssätze in der freiwilligen Versicherung (Weiter- und Selbstversicherung) vereinheitlicht werden, und zwar soll der Beitragssatz in der begünstigten Selbstversicherung mit dem für den Dienstnehmer belastenden Anteil an den Pensionsversicherungsbeiträgen gleichgezogen werden, und alle übrigen Weiter- und Selbstversicherten sollen dem gleichen Beitragssatz insgesamt unterliegen wie Pflichtversicherte.

In gleicher Weise soll auch der Beitrag für den Erwerb von leistungswirksamen Ersatzmonaten der Schul(Hochschul)zeiten (§ 227 Abs. 3 ASVG) mit demselben Beitragssatz (22,8 vH, bisher 20,5 vH) festgesetzt werden.

Zu Art. I Z 37 (§ 82 Abs. 3):

Die EDV des Hauptverbandes wird von drei Zweigen der Sozialversicherung (Krankenversiche-

rung, Unfallversicherung, Pensionsversicherung) über den Verbandsbeitrag finanziert. Mittlerweile nimmt die Arbeitslosenversicherung als vierter Zweig der Sozialversicherung die zentrale Datenspeicherung des Hauptverbandes in vergleichbarem Ausmaß in Anspruch wie die Pensionsversicherung. Es ist daher nicht mehr gerechtfertigt, daß die Kosten über diese zentrale Datenspeicherung nur mehr von der Krankenversicherung, Unfallversicherung und Pensionsversicherung getragen werden. Im § 82 Abs. 3 ASVG wird eine Abgeltung der dem Hauptverband aus diesen Titel erwachsenden Kosten vorgesehen, die durch den Sozialminister im Verordnungsweg unter Zugrundelegung der Ergebnisse der Kostenrechnung festgelegt wird.

Zu Art. I Z 38 und Art. V Z 38 (§§ 86 Abs. 4 und 547 Abs. 3):

Die vorgeschlagene Änderung geht auf eine Anregung der Volksanwaltschaft zurück. Sie hat jene Fälle im Auge, in denen trotz einer Unfallsanzeige ein Verfahren zur Feststellung einer Leistung weder auf Antrag noch von Amts wegen eingeleitet wurde. Eine amtswegige Einleitung erfolgt(e) in diesen Fällen nicht, weil aus der Unfallsanzeige für den Versicherungsträger wesentliche Unfallfolgen nicht erkennbar waren. Daß ein schädigendes Ereignis tatsächlich eingetreten ist, war für den Versicherungsträger erst zu einem viel späteren Zeitpunkt feststellbar. Trotz eines positiven Verlaufes des Verfahrens zur Feststellung einer Leistung aus der Unfallversicherung kann der Unfallversicherungsträger in solchen Fällen auf Grund der derzeitigen Regelung des § 86 Abs. 4 ASVG die Leistungen nicht rückwirkend mit dem Eintritt des Versicherungsfalles, sondern nur zwei Jahre zurück zuerkennen. Die vorgeschlagene Änderung hat zum Ziel, Härtefälle dieser Art zu vermeiden, indem sie festlegt, daß der Zeitpunkt des Einlangens der Unfallsanzeige beim Unfallversicherungsträger als Tag der Einleitung des Verfahrens gilt, wenn eine Unfallsanzeige innerhalb von zwei Jahren nach Eintritt des Versicherungsfalles erstattet worden ist.

Um zu vermeiden, daß Jahre oder Jahrzehnte später auch noch Ansprüche auf kurzfristige Leistungen (zB Familien-, Taggeld, Gesamtvergütung) gestellt werden können, soll der rückwirkende Leistungsanfall nur dann eintreten, wenn zum Zeitpunkt der späteren Feststellung dem Versicherten noch ein Anspruch auf Versehrtenrente zusteht.

Zu Art. I Z 39 und 40, Art. II Z 7, 17 bis 20, 27, 40, 41, Art. III Z 4, Art. IV Z 4, 12, 30 und Art. V Z 27 (§§ 90 Abs. 1, 117 Z 3, 140 Z 1, 141 Abs. 3, 143 Abs. 1 Z 2 und Abs. 3, 152, 166 Abs. 1 Z 1 und Abs. 3, 195 Abs. 6, 227 Abs. 1 Z 6, 238 Abs. 4 Z 1, 307 e Abs. 2 und 468 Abs. 2):

Im Hinblick auf in der Praxis aufgetretene Härtefälle beim Ruhen von Wochengeld während

der Dauer einer Anstaltspflege hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales eine entsprechende Gesetzesänderung, wonach das Wochengeld auch bei Anstaltspflege auf Rechnung des Versicherungsträgers ungeschmälert gebührt, zur Diskussion gestellt.

Sowohl der Hauptverband als auch der Österreichische Arbeiterkammertag haben in ihren hiezu ergangenen Stellungnahmen insbesondere darauf hingewiesen, daß zur Beseitigung der aufgezeigten Fälle sowohl eine Neuregelung des Ruhens bei Anstaltspflege im Falle des Bezuges von Wochengeld als auch von Krankengeld notwendig sei. Dies insbesondere aus der Erwägung, daß Krankengeld bei Anstaltspflege wesentlich länger ruht als Wochengeld — in der Regel wird der Anstaltsaufenthalt aus Anlaß einer Entbindung nur wenige Tage betragen —; darüber hinaus sei eine unterschiedliche Regelung der Ruhensgründe für das Krankengeld und das Wochengeld auch sachlich nicht gerechtfertigt. Die Ruhestatbestände wegen Anstaltspflege (§§ 143 Abs. 1 Z 2, 166 Abs. 1 Z 1 ASVG) erscheinen darüber hinaus auch im Lichte der angestellten Überlegungen nicht mehr zeitgemäß und sollen daher aufgehoben werden.

Das Bestehen eines Anspruches auf Kranken- bzw. Wochengeld auch für die Dauer einer Anstaltspflege bewirkt, daß im Bereich der Krankenversicherung die Leistungen des Familien- und Taggeldes entbehrlich werden. § 152 soll dementsprechend aufgehoben werden.

Bei Zusammentreffen von Familien- oder Taggeld aus einer gesetzlichen Krankenversicherung mit einem Anspruch auf Familien- oder Taggeld aus der Unfallversicherung ruht gemäß § 195 Abs. 6 ASVG der Anspruch aus der Unfallversicherung in Höhe des Bezuges aus der Krankenversicherung. Durch Wegfall des Familien- oder Taggeldes in der Krankenversicherung ist es daher erforderlich, § 195 Abs. 6 ASVG entsprechend zu ändern.

Die vorgeschlagenen Änderungen zu den §§ 90 Abs. 1, 117 Z 3, 140 Z 1, 141 Abs. 3, 227 Abs. 1 Z 6, 238 Abs. 4 Z 1, 307 e Abs. 2 und 468 Abs. 2 dienen der Anpassung an die geänderte Rechtslage.

Zu Art. I Z 41 bis 47, 49 und 50 (§§ 108 a Abs. 1, 3 und 4, 108 c Abs. 1, 108 d):

Das Koalitionsübereinkommen der Regierungsparteien und die Regierungserklärung sehen vor, daß sich die laufend wiederkehrenden Pensionserhöhungen in den verschiedenen Alterssicherungssystemen im Gleichklang entwickeln und so festgesetzt werden, daß die relativen Einkommenszuwächse der Nettodirekt pensionen gleich sind denen der durchschnittlichen Nettoaktiveinkommen. Der Arbeitslosenfaktor soll bei der Pensionsanpassung nicht mehr berücksichtigt werden.

Der vorliegende Entwurf trägt diesem Vorhaben Rechnung:

In einem ersten Schritt zur vorgesehenen Neugestaltung des Aufwertungs- und Anpassungssystems wird die Arbeitslosenrate bei der Berechnung des Richtwertes nicht mehr berücksichtigt (§ 108 d ASVG). Die Berechnung des Richtwertes entspricht daher der derzeit noch gültigen Berechnungsformel für die Aufwertungszahl (§ 108 a ASVG).

In diesem Zusammenhang und im Zuge der im vorliegenden Entwurf vorgesehenen Änderung des § 108 a ASVG ist es daher auch notwendig, für die Berechnung der Aufwertungsfaktoren den Richtwert anstelle der Aufwertungszahl heranzuziehen. Dies geschieht durch die vorliegende Änderung des § 108 c ASVG.

Die Änderung des § 108 a ASVG sieht einen neuen Berechnungsmodus für die Berechnung der Aufwertungszahl vor. Damit wird sichergestellt, daß in Hinkunft die Aufwertung der beitragsbezogenen Werte mit der Entwicklung der durchschnittlichen Lohn- und Gehaltssumme der nach dem ASVG pflichtversicherten Erwerbstätigen Schritt hält. Dadurch wird eine weitere Nivellierung in der Zukunft vermieden und der Anteil der von der Höchstbeitragsgrundlage betroffenen Versicherten konstant gehalten. Es ist dies ein erster Schritt zur Neuordnung der Aufwertung.

Ein erster Schritt zur Neuordnung der Anpassung ist im § 108 e ASVG mit der Einführung des Nettoprinzipis enthalten (Berücksichtigung sich ändernder Beitragsätze).

Zur Komplettierung der ins Auge gefaßten Neugestaltung der Aufwertung und Anpassung hat der Beirat für die Renten- und Pensionsanpassung in seiner Sitzung am 26. Juni 1991 beschlossen, eine Arbeitsgruppe einzusetzen, die einen Berechnungsmodus für die vorgesehene „Nettoanpassung“ erarbeiten soll. Dieser neue Berechnungsmodus soll im Zuge der beabsichtigten Pensionsreform in Kraft treten.

Zu Art. II Z 1 bis 7 (§§ 116 Abs. 1 Z 1, 4 und 5 und Abs. 2, 3 und 4, 117 Z 1 und 2):

Im Bereich der Krankenversicherung sollen in Hinkunft auch medizinische Maßnahmen der Rehabilitation erbracht werden. Dies kommt im § 116 Abs. 1 Z 4 ASVG zum Ausdruck. Im übrigen wird die Systematik des § 116 ASVG an die neuen Aufgaben der Krankenversicherung angepaßt. Zu diesen neuen Aufgaben zählen neben den medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation insbesondere die Gesundheitsförderung, die medizinische Hauskrankenpflege als Pflichtleistung sowie die Erforschung von Krankheits- bzw. Unfallursachen, ausgenommen Arbeitsunfälle.

Zu Art. II Z 5 und 6, 28 bis 30 sowie Art. IV Z 26 (§§ 116 Abs. 4, 154 Abs. 1, 154 a und 154 b, 155 Abs. 1 und 2, 302 Abs. 2):

Zu § 154 a:

Die medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation in der Krankenversicherung sind vom Träger der Krankenversicherung nach pflichtgemäßem Ermessen zu gewähren. Vorbild für diese Regelung ist die diesbezügliche im Bereich der Pensionsversicherung bestehende Rechtslage. Das bedeutet, daß die Krankenversicherungsträger zur Leistung der Maßnahmen der Rehabilitation zwar verpflichtet sind, dieser Verpflichtung aber kein individueller Leistungsanspruch gegenübersteht. Diese Lösung soll jedoch nicht die endgültige sein. Vielmehr ist beabsichtigt, ab dem Jahr 1994 die Rehabilitation in der Krankenversicherung als Pflichtleistung, auf die ein individueller Rechtsanspruch besteht, umzuwandeln. In der Zeit bis dahin sollen die Krankenversicherungsträger Erfahrungen über die praktische Umsetzung der Neuregelung gewinnen und verlässliche Grundlagen für die Kostenentwicklung in diesem Bereich sammeln. Ebenfalls sind in diesem Zeitraum entsprechende Strukturen von Ländern und Gemeinden im Sinne des Arbeitsübereinkommens und der Regierungserklärung aufzubauen. Der Bundesminister für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz wird Qualitätsnormen für die Erbringung von Rehabilitationsleistungen festzulegen haben, die den in den Rehabilitationseinrichtungen der Sozialversicherungsträger erbrachten entsprechen müssen.

Das Ziel der medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation ergibt sich aus § 154 a Abs. 1 ASVG, ihre Maßnahmen aus § 154 a Abs. 2 ASVG.

Aufgabe der medizinischen Rehabilitation in der Krankenversicherung ist die Wiederherstellung des Gesundheitszustandes der Versicherten bzw. ihrer Angehörigen in einem solchen Maß, daß sie in die Lage versetzt werden, den ihnen angemessenen Platz in der Gemeinschaft möglichst dauernd und ohne Betreuung und Hilfe einzunehmen. Demgegenüber ist es Ziel der Rehabilitationsmaßnahmen in der Pensionsversicherung, Behinderte bis zu einem solchen Grad ihrer Leistungsfähigkeit wiederherzustellen, daß sie im beruflichen und wirtschaftlichen Leben und in der Gemeinschaft einen ihnen angemessenen Platz möglichst dauernd einnehmen können (§ 300 ASVG).

In Anbetracht der Tatsache, daß die Pensions- und Unfallversicherungsträger über jahrzehntelange Erfahrung bezüglich der Rehabilitation und die hierfür erforderlichen Einrichtungen verfügen, wird im Abs. 3 des § 154 a ASVG normiert, daß die medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation in der Krankenversicherung beim Pensions(Unfall)versicherungsträger zu beantragen sind. Soweit diese nach den für sie in Betracht kommenden

Zuständigkeitsvorschriften die Rehabilitation nicht selbst erbringen oder zu erbringen haben, haben sie den Antrag an den zuständigen Krankenversicherungsträger weiterzuleiten. Mit dieser Regelung wird die Trennung zwischen den medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation in der Krankenversicherung einerseits und solchen Maßnahmen im Bereich der Pensions- und Unfallversicherung andererseits auch bei der praktischen Durchführung klar vorgenommen werden können. Eine solche klare Trennung ist Voraussetzung dafür, daß die Krankenversicherungsträger ihre Zuständigkeit für die Durchführung der medizinischen Rehabilitation, die sich auf die kranken-, aber nicht pensionsversicherten Personen erstreckt, in einwandfreier Weise wahrnehmen können.

Die bereits bestehende Zuständigkeit der Pensions(Unfall)versicherungsträger bezüglich der Rehabilitationsmaßnahmen bleibt unberührt; so wie bisher sollen sie auch künftig gewährt werden, insoweit sie nicht der Krankenversicherungsträger erbringt. Darüber hinaus können sie die Gewährung der Rehabilitationsmaßnahmen jederzeit an sich ziehen (§§ 191 Abs. 2 und 302 Abs. 2 ASVG).

Durch die Regelung des § 154 a Abs. 5 ASVG soll insbesondere sichergestellt werden, daß der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger beim Vollzug der ihm durch den § 307 c zweiter Satz ASVG übertragenen Aufgaben nunmehr auch auf die primäre Zuständigkeit der Krankenversicherungsträger Bedacht zu nehmen hat.

Zu § 154 b:

Die im § 154 b ASVG neu eingeführte Gesundheitsförderung stellt auf der Grundlage des § 116 Abs. 1 Z 5 ASVG eine Pflichtaufgabe im Leistungskatalog der Krankenversicherung dar. Hiedurch soll die Rolle der Krankenkassen im Bereich der Prävention verstärkt sowie deren Bedeutung im Rahmen einer modernen Gesundheitspolitik unterstrichen werden. Ihre Aufgabe ist es, gesundheitsrisikante Faktoren im Leben und in der Arbeitswelt zu vermindern. In dem Zusammenhang ist auch auf die im § 116 Abs. 4 ASVG festgelegte allgemeine Aufgabe der Krankenversicherung zu verweisen, derzufolge Mittel der Krankenversicherung auch zur Erforschung von Krankheits- bzw. Unfallursachen, ausgenommen Arbeitsunfälle, verwendet werden können (bezüglich der Aufgabenstellung des Hauptverbandes dabei siehe § 31 Abs. 2 Z 2 ASVG).

Zu § 155 Abs. 1 und 2:

In sinnvoller Unterscheidung zwischen den Begriffen Rehabilitation, Kur und Erholung soll davon abgegangen werden, die nach wie vor als

freiwillige Leistungen zu erbringenden Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit nur unter der Voraussetzung des Vorliegens des Versicherungsfalles der Krankheit gemäß § 120 Abs. 1 Z 1 ASVG zu gewähren. Vor allem soll klargestellt werden, daß die Unterbringung in einer Kuranstalt neben dem Ziel einer erweiterten Krankenbehandlung zur Vermeidung der Verschlimmerung oder zur Linderung einer bestehenden Krankheit auch präventiven Charakter haben und den Eintritt einer unmittelbar drohenden Krankheit verhindern oder doch verzögern soll. Obwohl eine stationäre Kurbehandlung eher einen Erfolg verspricht, soll die Möglichkeit eines Zuschusses zu einer ambulant erbrachten Kurbehandlung im § 155 Abs. 4 ASVG belassen werden, zumal es dem Versicherungsträger je nach Möglichkeit der Einweisung in eigene Häuser oder solche anderer Träger überlassen bleibt, restriktiv vorzugehen.

Zu Art. II Z 8 (§ 120 Abs. 1 Z 3):

Bei dieser Ergänzung handelt es sich lediglich um eine Klarstellung, die sich auf Grund von Erfahrungen in der Vollzugspraxis im Interesse der Versicherten als erforderlich erwiesen hat, um allfällige Zweifel daran auszuschließen, daß bei Vorliegen eines Beschäftigungsverbot im Sinne des § 3 Abs. 3 MSchG für werdende Mütter grundsätzlich ein Anspruch auf Wochengeld besteht. Im übrigen steht diese Änderung in einem sachlichen Zusammenhang mit den im Rahmen dieser Novelle ebenfalls vorgeschlagenen Änderungen des § 157 erster Halbsatz und des § 162 Abs. 1 dritter Satz ASVG.

Zu Art. II Z 9 (§ 122 Abs. 2 Z 2):

Gemäß § 10 des Arbeitslosenversicherungsgesetzes verliert ein Arbeitsloser, der sich weigert, eine zumutbare Beschäftigung anzunehmen, für vier Wochen den Anspruch auf Arbeitslosengeld. Der Krankenversicherungsschutz bleibt nach § 122 Abs. 2 lit. c ASVG weiterhin aufrecht.

Arbeitslose, deren Dienstverhältnis infolge eigenen Verschuldens beendet wurde oder die ihr Dienstverhältnis ohne triftigen Grund freiwillig gelöst haben, erhalten ebenfalls für die Dauer von vier Wochen ab Ende des Dienstverhältnisses kein Arbeitslosengeld (§ 11 AIVG). Für diese Personen endet der Krankenversicherungsschutz somit nach der Schutzfrist von drei Wochen. Auf Grund einer Anregung des Österreichischen Arbeiterkammertages soll auch der Tatbestand des § 11 AIVG im § 122 Abs. 2 Z 2 lit. c ASVG berücksichtigt werden.

Zu Art. II Z 10 (§ 122 Abs. 3):

Bei der Modifikation bzw. Ergänzung des Wortlautes des ersten Satzes handelt es sich

lediglich um Klarstellungen, die sich auf Grund von Erfahrungen in der Vollzugspraxis als erforderlich erwiesen haben. Es entspricht zweifellos dem vom Gesetzgeber angestrebten sozialen Schutzzweck dieser Norm, auch jene Zeiträume der Zeit einer Pflichtversicherung gleichzuhalten, in denen Frauen lediglich wegen einer krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit oder wegen eines Mutterschaftsfallendes an der Ausübung einer die Pflichtversicherung begründenden Beschäftigung verhindert waren.

Andererseits hat es sich ebenso von der Vollzugspraxis her als erforderlich erwiesen, zur Vermeidung möglicher Zweifel die im zweiten Satz des § 122 Abs. 3 ASVG zum Ausdruck gebrachte Absicht des Gesetzgebers insofern zu präzisieren, als dieser nicht nur den Fall einer formellen „Kündigung“ durch die Dienstnehmerin, sondern auch die anderen nunmehr angeführten Fälle im Auge gehabt hat, in denen eine Dienstnehmerin ihr Dienstverhältnis von sich aus beendet oder (nach einem Karenzurlaub) nicht wieder aufnimmt.

Zu Art. II Z 1 (§ 123 Abs. 5):

Kinder von Versicherten, die sich im Ausland zur Schul- oder Berufsausbildung aufhalten und dort den ordentlichen Wohnsitz begründen, sind nach geltendem Recht nicht mehr als anspruchsberechtigte Angehörige in der Krankenversicherung anzusehen. Diese Fälle ereignen sich insbesondere bei im Ausland beschäftigten Personen, wenn deren Kinder bei der Rückkehr der Eltern nach Österreich zur Beendigung ihrer Schul- oder Berufsausbildung im Ausland verbleiben.

Zur Beseitigung dieser nicht gerechtfertigten Härte sieht die vorliegende Änderung die Einfügung eines § 123 Abs. 5 ASVG vor.

Zu Art. II Z 13 und 14 (§ 125 Abs. 1):

Gemäß § 125 Abs. 1 ASVG hängt die Höhe des Krankengeldes von der Höhe des beitragspflichtigen Entgelts ab, das im Beitragszeitraum vor der Erkrankung bezogen wurde. Eine während der Zeit der Entgeltfortzahlung auf Grund des Angestellten-gesetzes oder des Entgeltfortzahlungsgesetzes eingetretene Lohn- oder Gehaltserhöhung wirkt sich auf die Höhe des Krankengeldes nicht aus, obwohl vom höheren Entgelt Sozialversicherungsbeiträge geleistet wurden.

Um diese von den Betroffenen als ungerecht empfundene Rechtslage zu beseitigen, soll auf Grund eines Vorschlages des Österreichischen Arbeiterkammertages § 125 Abs. 1 ASVG dahin gehend geändert werden, daß die Bemessungsgrundlage auf das Ende jenes Beitragszeitraumes abstellt, in dem das letzte „volle“ (also nicht durch die Krankheit geschmälerte) Entgelt gezahlt wird.

Zu Art. II Z 15 und 16 sowie Art. V Z 2, 3 und 5 bis 8 (§§ 131 b, 135 Abs. 1, 338 Abs. 1, 338 a, 349 Abs. 2 bis 4):

Mit dem am 1. Jänner 1991 in Kraft getretenen Psychologengesetz, BGBl. Nr. 360/1990, sowie dem gleichfalls am 1. Jänner 1991 wirksam gewordenen Psychotherapiegesetz, BGBl. Nr. 361/1990, wurden die gesetzlichen Grundlagen für die selbständige Ausübung des psychologischen Berufes bzw. der Psychotherapie geschaffen.

Um die psychologische bzw. psychotherapeutische Behandlung sicherzustellen, soll der im § 135 Abs. 1 ASVG bezeichnete Personenkreis um Psychologen bzw. Psychotherapeuten im Sinne der zitierten Gesetze erweitert werden. Demnach soll der ärztlichen Hilfe nunmehr auch eine erforderliche psychotherapeutische Behandlung durch Personen, die gemäß § 11 des Psychotherapiegesetzes zur selbständigen Ausübung der Psychotherapie berechtigt sind, gleichgestellt werden.

In Berücksichtigung der Ergebnisse des Begutachtungsverfahrens, vor allem der Stellungnahme des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger, wird die Gleichstellung der Tätigkeit der Psychologen mit der ärztlichen Hilfe auf die klinischen Psychologen eingeschränkt.

Nach Auffassung des Hauptverbandes besteht für die Tätigkeit von Gesundheitspsychologen in einer niedergelassenen Praxis auf Rechnung der Krankenversicherung kaum ein Bedarf. Ähnlich verhält es sich dem Hauptverband zufolge mit den klinisch tätigen Psychologen; sie werden in erster Linie zur Erstellung von klinisch-psychologischen Diagnosen benötigt. Aus der Sicht der Berufsgruppe der Psychologen ist dem gegenüberzustellen, daß die klinisch-psychologischen und gesundheitspsychologischen Behandlungen zumeist aus spezifischen Konzepten und Trainingsprogrammen zur Verhaltensänderung bei bestimmten Diagnosen (zB psychologische Vorbereitung und Nachsorge bei schweren Operationen senkt das Infektionsrisiko) bestehen, die für manche medizinischen Behandlungen eine notwendige Begleittherapie darstellen. Ihrer Meinung nach sollte die genaue Leistungsabgrenzung im Gesamtvertrag geregelt werden. Angesichts dieser Auffassungen werden im § 135 Abs. 1 Z 2 ASVG nur die diagnostischen Leistungen des klinischen Psychologen angeführt und weiters wird als Voraussetzung für die Kostenübernahme durch die Krankenversicherungsträger eine Zuweisung durch den Arzt oder Psychotherapeuten normiert.

Die Gleichstellung der klinisch-psychologischen und gesundheitspsychologischen Behandlungen mit der ärztlichen Hilfe wird damit vorerst verschoben.

Durch diese Erweiterung des § 135 Abs. 1 ASVG soll auch klargestellt werden, daß die soziale Krankenversicherung nur die Kosten für die

psychologische Diagnostik bzw. die psychotherapeutische Krankenbehandlung übernimmt, also nur für die Behandlung bzw. Diagnostik von Störungen mit Krankheitswert im Sinne des § 120 Abs. 1 Z 1 in Verbindung mit § 133 Abs. 2 ASVG. Andere Behandlungen im Sinne des § 1 Abs. 1 des Psychotherapiegesetzes (zB Behandlungen mit dem Ziel, die Reifung und Entwicklung des Behandelten zu fördern, oder eine psychosoziale Betreuung) werden somit von der Leistungszuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung nicht erfaßt. Es steht aber außer Zweifel, daß insbesondere klinische Psychologen mit Spezialausbildung wesentliche Leistungen im Rehabilitationsbereich erbringen. Dazu gehören Leistungen der Neurotraumatologie, Erstellung von Programmen für die Nachsorge nach Operationen bzw. Aufbautrainingsprogrammen im Rahmen der Geriatrie. Diese Leistungen sollen vorerst weiter im Rahmen von stationären Einrichtungen erbracht und Erfahrungen gesammelt werden. Wenn, wie geplant, die Rehabilitation in der Krankenversicherung ab dem Jahre 1994 als Pflichtleistung gewährt wird, wird zu überlegen sein, ob nicht auch klinische Psychologen mit Spezialausbildung in den oben genannten Gebieten in freier Praxis heranzuziehen sind.

Durch die Änderung der §§ 338 Abs. 1 sowie 349 Abs. 2, 3 und 4 ASVG soll die gesetzliche Grundlage für die Aufnahme vertraglicher Beziehungen zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung und den Psychotherapeuten einerseits bzw. den klinischen Psychologen andererseits geschaffen werden. § 338 a ASVG enthält eine Klarstellung hinsichtlich der Beziehungen zwischen den Vertragsärzten und den Psychotherapeuten. In dieser Neuregelung wird vorgeschlagen, daß zur Sicherstellung der gesetzlichen und satzungsmäßigen ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen in den Verträgen (§§ 338, 349 ASVG) auch Regelungen über die gegenseitige Zusammenarbeit zwischen den beiden Berufsgruppen vorzusehen sind. In bestehende Verträge hinsichtlich der Beziehungen der Sozialversicherung zu den freiberuflich tätigen Ärzten wird durch diese Neuregelung nicht eingegriffen. Die Verträge haben auch die Aufforderungsverpflichtung der Psychotherapeuten den Leistungsberechtigten gegenüber vorzusehen, sich einer ärztlichen Untersuchung zu unterziehen. Damit wird gewährleistet, daß der Leistungsberechtigte Gewißheit über das Vorliegen oder Nichtvorliegen von organischen Leiden erhält.

Der neue § 131 b ASVG trifft Vorsorge für die Fälle, in denen für den Bereich einer Berufsgruppe (zB Psychotherapeuten, klinische Psychologen) noch keine Verträge bestehen und auch keine derartigen Verträge zustande kommen. Die Neuregelung eröffnet der Satzung die Möglichkeit, Kostenzuschüsse für den Versicherten unter Bedachtnahme auf dessen wirtschaftliches Bedürfnis bzw. auf die finanzielle Leistungsfähigkeit des Versicherungsträgers festzusetzen.

Der Verband der diplomierten Ergotherapeuten Österreichs hat die Anregung an das Bundesministerium für Arbeit und Soziales herangetragen, angesichts der erfolgten Erweiterung des § 52 Abs. 4 des Bundesgesetzes betreffend die Regelung des Krankenpflegefachdienstes, der medizinisch-technischen Dienste und der Sanitätshilfsdienste im Rahmen des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 747/1988, wonach der beschäftigungs- und arbeitstherapeutische Dienst nunmehr freiberuflich ausgeübt werden kann, eine Gleichstellung dieser Berufsgruppe mit den Logopäden und Physiotherapeuten im § 135 Abs. 1 ASVG vorzunehmen.

Diese Anregung wurde im Rahmen des Ende 1989 eingesetzten Arbeitskreises „Strukturreform der Krankenversicherung“ gesondert behandelt.

Dabei wurde grundsätzlich Einvernehmen darüber erzielt, daß die Aufnahme der ergotherapeutischen Behandlung in die zitierte Bestimmung zu befürworten sei; allerdings müsse eine strikte Trennung zwischen der Tätigkeit eines Ergotherapeuten zur Reaktivierung der persönlichen Fähigkeiten des Patienten und etwa der Besorgung oder Zurverfügungstellung von bestimmten Hilfsmitteln, die dem Patienten zum Beispiel die Handhabung eines Gerätes erleichtern, getroffen werden.

Zu Art. II Z 22 bis 26 (§§ 144 Abs. 1 und 3, 151):

Durch die 32. Novelle zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 704/1976, wurde als neue Leistung der Krankenversicherung die Gewährung von Hauskrankenpflege als freiwillige Leistung eingeführt. Diese Leistung soll nunmehr in eine Pflichtleistung umgewandelt werden, wobei bereits durch die Bezeichnung „medizinische Hauskrankenpflege“ und durch die Formulierung im ersten Absatz des § 151 ASVG gewährleistet werden soll, daß diese Leistung medizinisch bedingt sein muß.

Voraussetzung für den Leistungsanspruch ist demnach das Vorliegen des Versicherungsfalles der Krankheit; darunter ist nach geltendem Recht ein regelwidriger Körper- oder Geisteszustand zu verstehen, der Krankenbehandlung notwendig macht. Die Leistungsgewährung soll nur durch qualifiziertes Personal im Sinne des Bundesgesetzes betreffend die Regelung des Krankenpflegefachdienstes, der medizinisch-technischen Dienste und der Sanitätshilfsdienste über ärztliche Anordnung erfolgen.

Die vorgeschlagene Maßnahme wird zwar vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger grundsätzlich unterstützt, sie stellt jedoch seiner Meinung nach nur einen ersten Schritt dar; weitere Maßnahmen werden sich aus der Neugestaltung des Krankenanstalten-Zusammenarbeitfonds, aus der Einführung der Pflegesicherung

und schließlich aus dem Wirksamwerden der beabsichtigten Gesundheits- und Sozialsprengel ergeben.

Im Rahmen der bis 31. Dezember 1991 verlängerten KRAZAF-Vereinbarung ist unter anderem auch festgelegt worden, daß österreichweit die Zahl der Akutbetten um 2 600 zu verringern ist.

Die Übernahme der Hauskrankenpflege als Pflichtleistung der Krankenkassen soll, da durch eine solche Maßnahme die finanzielle Leistungsfähigkeit der Krankenversicherungsträger nicht beeinträchtigt werden darf, als flankierende Maßnahme zur Bettenreduktion vorgenommen werden. Sie ist, wenn und solange es die Art der Krankheit zuläßt, anstelle von Anstaltspflege zu gewähren (§ 144 Abs. 1 und 3 ASVG).

Die soziale Krankenversicherung wurde — was auch aus den Erläuternden Bemerkungen zur ASVG-Stammfassung zu entnehmen ist — nicht zur Abdeckung der sogenannten „Pflegefälle“ geschaffen. Als Ergebnis der Aufgabenverteilung zwischen Sozialversicherung und Sozialhilfe ist das ausschließlich Aufgabe der Länder, die hierfür auch die Kosten zu tragen haben. Unter die „medizinische Hauskrankenpflege“ fällt somit nicht die sogenannte Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung. Hilfen zur Weiterführung des Haushaltes gehören vielmehr zum Aufgabenbereich der Sozialhilfe (§§ 144 Abs. 3, 151 Abs. 3 letzter Satz und Abs. 6 ASVG).

Die Hauskrankenpflege ist mit der Höchstdauer von vier Wochen begrenzt, sie wird jedoch nach Vorliegen einer chef- oder kontrollärztlichen Bewilligung weitergewährt. Damit soll gewährleistet werden, daß die Hauskrankenpflege eine Leistung aus dem Versicherungsfall der Krankheit bleibt und nicht zu einer Leistung aus dem Bereich der Sozialdienste wird, für die die Träger der Sozialhilfe allein zuständig sind.

Voraussetzung für das Funktionieren der Hauskrankenpflege als Pflichtleistung ist der weitere Ausbau des Angebotes an qualifiziertem Personal durch die Gebietskörperschaften, aber auch durch die in Betracht kommenden privaten Einrichtungen.

Zu Art. II Z 29, 30, 32 und Art. IV Z 28 und 29 (§§ 154 a Abs. 2 Z 4, 155 Abs. 2 Z 4, 156 Abs. 1 Z 4, 307 d Abs. 2 Z 5):

Der Entwurf der Regierungsvorlage einer 50. Novelle zum ASVG sieht einheitlich die Übernahme der Reisekosten bei medizinischer Rehabilitation in der Krankenversicherung, bei den Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit und bei der Krankheitsverhütung in der Krankenversicherung sowie der Gesundheitsvorsorge (der Rehabilitation) in der Pensionsversicherung vor.

Danach wird die Übernahme der Reisekosten in den Satzungen der Versicherungsträger geregelt. Neu daran ist, daß in Anbetracht der Einheitlichkeit der Regelung nunmehr bei der Gesundheitsvorsorge der Pensionsversicherungsträger die Übernahme der Reisekosten wiedereingeführt wird; die Reisekostenübernahme für diese Leistung war durch die 44. Novelle mit Wirkung ab 1. Jänner 1988 abgeschafft worden.

Die vorgeschlagene satzungsmäßige Lösung stellt einen Kompromiß dar zwischen der derzeit geltenden Regelung, die vorsieht, daß Reisekosten zu übernehmen sind (§§ 155 Abs. 1 Z 5, 156 Abs. 1 Z 4 ASVG), und der bereits erwähnten Lösung bei der Gesundheitsvorsorge der Pensionsversicherungsträger, bei der die Übernahme von Reisekosten nicht vorgesehen ist (§ 307 d Abs. 2 ASVG). Vorbild für diese satzungsmäßige Lösung wird die Mustersatzung des Hauptverbandes (§ 455 Abs. 2 ASVG) sein. Darin werden für die Reisekostenübernahme Höchstgrenzen sowie Abstufungen nach sozialer Bedürftigkeit der Versicherten vorzusehen sein. Im Sinn einer einheitlichen Vorgangsweise müßten solche Regelungen auch in die Satzungen der Pensionsversicherungsträger aufgenommen werden.

Zu Art. II Z 33 (§ 157):

Diese Änderung dient lediglich der Klarstellung und steht in einem sachlichen Zusammenhang mit der im Rahmen dieser Novelle ebenfalls vorgeschlagenen Änderung des § 120 Abs. 1 Z 3 ASVG.

Zu Art. II Z 34 (§ 158 Abs. 3):

Die Bestimmung des § 158 Abs. 2 ASVG, auf welche im Abs. 3 dieser Gesetzesstelle Bezug genommen wird, wurde durch das Karenzurlaubserweiterungsgesetz mit Wirksamkeit ab 1. Juli 1990 aufgehoben. In Anbetracht dessen ist der letzte Satz des Abs. 3 des § 158 ASVG gegenstandslos geworden.

Zu Art. II Z 35 (§ 159):

Durch die vorgeschlagene Änderung soll klargestellt werden, daß auch aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft Anspruch auf Kostenerstattung für ärztlichen Beistand, Hebammenbeistand und Beistand durch diplomierte Kinderkranken- und Säuglingsschwestern besteht, wenn kein Vertragspartner in Anspruch genommen worden ist.

Zu Art. II Z 36 (§ 162 Abs. 1):

Durch diese in einem sachlichen Zusammenhang mit der im Rahmen dieser Novelle ebenfalls

vorgeschlagenen Änderung des § 120 Abs. 1 Z 3 ASVG stehenden Ergänzungen des § 162 Abs. 1 dritter Satz ASVG soll klargestellt werden, daß ein Anspruch auf Wochengeld im Falle eines Beschäftigungsverbotes nach dem Mutterschutzgesetz auch für Bezieherinnen einer Leistung nach dem Arbeitslosenversicherungsgesetz 1977 besteht. Für den sozialen Schutzzweck dieser Norm ist es nämlich belanglos, ob im Einzelfall im Hinblick auf den gesetzlichen Mutterschutz ein Einkommen aus einer Beschäftigung nicht erzielt werden kann, weil eine bisherige Beschäftigung nicht fortgeführt oder weil eine neue Beschäftigung nicht aufgenommen werden kann.

Zu Art. II Z 37 und 38 (§ 162 Abs. 3):

Vorauszuschicken ist, daß nach der Rechtsprechung des Obersten Gerichtshofes bei der Auslegung und Anwendung des § 162 Abs. 3 ASVG unter den letzten drei Kalendermonaten die letzten drei vollen Kalendermonate vor dem Beginn des Anspruches auf Wochengeld zu verstehen sind und daß der in diesem Beobachtungszeitraum gebührende Arbeitsverdienst durch die Zahl aller hineinfallenden Kalendertage und nicht nur durch die Zahl der tatsächlichen Beschäftigungstage zu teilen ist (so zB OGH GZ 10 Ob S 356/88 vom 10. Jänner 1989).

Die bisherige Fassung des § 162 Abs. 3 ASVG führte in der Praxis in folgenden Fällen zu vom Gesetzgeber nicht beabsichtigten Härten für die Versicherten:

1. Für Versicherte, deren Arbeitsverdienst nach Kalendermonaten bemessen oder abgerechnet wird, bildete innerhalb des dreimonatigen Beobachtungszeitraumes der volle Kalendermonat die kleinste Recheneinheit. Daraus ergab sich, daß in jenen Fällen, in denen vor dem Kalendermonat des Eintrittes des Versicherungsfalles nicht mindestens ein Kalendermonat des Bezuges eines Arbeitsverdienstes lag, eine Bemessungsgrundlage für ein Wochengeld dem Gesetzeswortlaut nach nicht vorhanden war, obwohl die Beschäftigung im Extremfall (zB Antritt des Dienstverhältnisses am 1. März und Eintritt des Versicherungsfalles am 30. März) schon vier volle Wochen gedauert hatte. Um dieser Problematik zu begegnen, war daher der Wortlaut des § 162 Abs. 3 ASVG entsprechend zu ergänzen (nunmehriger zweiter Satz).

2. Fallen in den Beobachtungszeitraum nur Zeiten eines Leistungsbezuges nach dem Arbeitslosenversicherungsgesetz 1977, so gebührt gemäß § 41 Abs. 1 zweiter Satz dieses Bundesgesetzes als Wochengeld ein Betrag in der Höhe dieses um 80 vH erhöhten Leistungsbezuges. Liegen jedoch am Beginn dieses Beobachtungszeitraumes Zeiten eines solchen Leistungsbezuges und nimmt die Versicherte innerhalb des Beobachtungszeitraumes eine Beschäftigung

auf, so kann für die Berechnung des Wochengeldes (neben dem im Beobachtungszeitraum liegenden Arbeitsverdienst) nur der einfache — und nicht der um 80 vH erhöhte — Leistungsbezug nach dem Arbeitslosenversicherungsgesetz 1977 herangezogen werden. Daraus ergibt sich für die Anspruchsberechtigte lediglich auf Grund der Aufnahme einer Beschäftigung eine finanzielle Schlechterstellung, die umso größer ist, je länger im Beobachtungszeitraum der Leistungsbezug nach dem Arbeitslosenversicherungsgesetz 1977 gedauert hat. Um dieser vom Gesetzgeber sicherlich nicht beabsichtigten Schlechterstellung zu begegnen, wird vorgeschlagen, den Wortlaut des § 162 Abs. 3 ASVG entsprechend zu ergänzen (dritter Satz).

Geringfügige weitere Änderungen des bisherigen Gesetzeswortlautes bewirken keine weiteren inhaltlichen Änderungen, sondern lediglich textliche Bereinigungen und Klarstellungen.

Zu Art. II Z 39 (§ 162 Abs. 5):

Mit der 19. Novelle zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 67/1967, wurde den Pflichtmitgliedern der Tierärztekammern ein Anspruch auf Krankengeld eröffnet, allerdings erst ab der siebenten Woche einer ununterbrochenen Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit. § 162 Abs. 5 ASVG sieht vor, daß die Versicherten, die grundsätzlich vom Anspruch auf Krankengeld ausgeschlossen sind, analog auch vom Anspruch auf Wochengeld ausgeschlossen sein sollen. In bezug auf die im § 138 Abs. 2 lit. e ASVG genannten Mitglieder der Tierärztekammern trifft diese Argumentation nicht zu, weil — wie dargelegt — Tierärztinnen grundsätzlich nicht vom Krankengeldanspruch ausgeschlossen sind. Die vorliegende Änderung trägt diesem Umstand Rechnung und sieht vor, daß dem genannten Personenkreis ein uneingeschränkter Anspruch auf das Wochengeld gebührt.

Zu Art. III Z 1 und 2 (§ 175 Abs. 2 Z 2 und 10):

Im § 175 Abs. 2 Z 2 ASVG wird über Anregung des Österreichischen Arbeiterkammertages und unter Bedachtnahme auf ein Urteil des Obersten Gerichtshofes vom 12. April 1988, 10 Ob S 76/88 (SSV-NF 2/39), der Weg von der Wohnung zum Arzt und anschließend zurück zur Wohnung oder zur Arbeits- oder Ausbildungsstätte unter Versicherungsschutz gestellt werden, sofern der Arztbesuch im Betrieb bekanntgegeben wurde. Im übrigen bleibt die bisherige Bestimmung unberührt.

Die vorgeschlagene Änderung zu § 175 Abs. 2 Z 10 ASVG verwirklicht eine weitere Forderung des Österreichischen Arbeiterkammertages, den Weg von erwerbstätigen Aufsichtspersonen, die Kinder zum Kindergarten (Kindertagesstätte, fremde Obhut) bzw. zur Schule bringen oder von dort abholen, unter Unfallversicherungsschutz zu stellen.

Zu Art. III Z 3 (§ 183 Abs. 2):

Die derzeitige Fassung dieser Bestimmung könnte in jenen Fällen, in denen die Heilbehandlung ab Eintritt des Versicherungsfalles über einen Zweijahreszeitraum hinaus andauert, zu mißverständlichen Auslegungen führen. Der Novellierungsvorschlag dient der Klarstellung.

Zu Art. III Z 5 (§ 199 Abs. 3):

Für die Dauer einer beruflichen Ausbildung im Rahmen der beruflichen Rehabilitation hat der Unfallversicherungsträger dem Versicherten gemäß § 199 ASVG ein Übergangsgeld zu leisten.

Auf dieses Übergangsgeld sind nach derzeit geltender Rechtslage anzurechnen:

- ein dem Versicherten gebührendes Erwerbseinkommen aus selbständiger und unselbständiger Erwerbstätigkeit, sowie Bezüge nach § 23 Abs. 2 des Bezügegesetzes
- eine sonst gebührende Geldleistung aus der Unfallversicherung
- eine Barleistung aus dem Arbeitsmarktförderungsgesetz.

Während auf eine Beihilfe zur Deckung des Lebensunterhaltes eine Pension aus einem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit angerechnet wird, findet eine Anrechnung dieser Leistung auf das Übergangsgeld aus der gesetzlichen Unfallversicherung nicht statt.

Auch wenn nach § 307 ASVG die Gewährung von Maßnahmen der Rehabilitation den Anspruch auf eine Leistung aus einem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit ausschließt, dürfen aber dennoch jene Fälle nicht übersehen werden, in denen eine solche Leistung bereits vor der Gewährung von Rehabilitationsmaßnahmen geltend gemacht wird. Denn wird ein Antrag auf eine Pension aus dem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit während einer Umschulungsmaßnahme gestellt oder erst im Anschluß daran, besteht während der Rehabilitation kein Anspruch auf Pension, wohl aber, wenn im Hinblick auf § 307 letzter Satz ASVG die Antragstellung vor der Gewährung der Rehabilitationsmaßnahme erfolgt. Diese Problematik ist jedoch auf den Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung beschränkt.

Im Hinblick darauf, daß der Pensionsversicherungsträger gemäß § 306 ASVG (nur) dem Versicherten für die Dauer der Gewährung von Maßnahmen der Rehabilitation ein Übergangsgeld zu leisten hat, gebührt einem Pensionisten, der eine Leistung aus dem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit bezieht, während der Gewährung der einschlägigen Rehabilitationsmaßnahmen kein Übergangsgeld. Diese Einschränkung des Leistungsangebots findet seine Begründung darin, daß der Lebensunterhalt der Pensionisten durch die

auch während der Gewährung von Rehabilitationsmaßnahmen weitergebührende Pension sichergestellt ist. Während der Unfallversicherungsträger dem Versicherten ein Übergangsgeld zu leisten hat, trifft diese Verpflichtung den Pensionsversicherungsträger nur gegenüber dem Versicherten. Die Frage der Anrechnung einer Pension aus dem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit auf das Übergangsgeld stellt sich also im Bereich der Pensionsversicherung nicht.

Es wird daher angeregt, auch eine Pension aus einem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit auf das Übergangsgeld aus der Unfallversicherung anzurechnen.

Zu Art. IV Z 2, 3, 6, 13 bis 19 und 31 (§§ 225 Abs. 1 Z 5, 226 Abs. 2 lit. c, 227 Abs. 5, 238 Abs. 4 Z 3, 242 Abs. 2 Z 5 und Abs. 3 lit. a und b, 243 Abs. 2, 244 Abs. 1, 250 Abs. 3, 313):

§ 311 Abs. 5 ASVG in der Fassung der 49. Novelle zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz normiert, daß der Überweisungsbeitrag um den aus Anlaß der Aufnahme in das pensionsversicherungsfreie Dienstverhältnis vom Dienstnehmer an den Dienstgeber geleisteten besonderen Pensionsbeitrag zu erhöhen ist. Damit die Zeiten, für die ein besonderer Pensionsbeitrag geleistet worden ist, als Beitragszeiten nach dem ASVG gelten, sollen nunmehr die §§ 225 und 226 ASVG entsprechend ergänzt werden.

Auch der Novellierungsvorschlag zu § 227 ASVG ist in Zusammenhang mit der Änderung des § 311 Abs. 5 ASVG durch die 49. Novelle zum ASVG zu sehen. Damit die im § 227 Abs. 1 Z 1 ASVG angeführten Zeiten, für die der Dienstnehmer aus Anlaß der Aufnahme in das pensionsversicherungsfreie Dienstverhältnis an den Dienstgeber einen besonderen Pensionsbeitrag geleistet hat und für die in weiterer Folge ein Überweisungsbeitrag nach § 311 ASVG geleistet worden ist, als leistungswirksame Versicherungszeiten nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz gelten, wird § 227 ASVG entsprechend erweitert.

Die Feststellung von Beitragsgrundlagen für Zeiten, für die besondere Pensionsbeiträge entrichtet worden sind, wird in bestimmten Fällen sehr schwierig, wenn nicht gar unmöglich sein. So können beispielsweise in jenen Fällen, in denen für Studienzeiten besondere Pensionsbeiträge entrichtet worden sind, keine Beitragsgrundlagen festgestellt werden. Aus diesem Grunde soll den Zeiten, für die ein besonderer Pensionsbeitrag geleistet worden ist, im Sinne des Novellierungsvorschlages zu § 243 ASVG keine Beitragsgrundlage zugeordnet werden. Durch eine entsprechende Änderung des § 238 Abs. 4 ASVG wird überdies vorgesehen, daß diese Beitragszeiten bei der Ermittlung der Bemessungszeit außer Betracht bleiben.

Durch die Ergänzung des § 313 ASVG soll weiters klargestellt werden, daß auch die an einen Versicherungsträger nach § 311 Abs. 5 ASVG überwiesenen Beiträge für Zeiten, für die ein besonderer Pensionsbeitrag geleistet worden ist, pensionswirksam anerkannt werden.

Die Änderungen in den §§ 242 Abs. 2 Z 5, Abs. 3 lit. a und b sowie 242 Abs. 1 und 250 Abs. 3 dienen lediglich der Anpassung von Zitierungen.

Zu Art. IV Z 8 und Art. V Z 38 (§§ 228 Abs. 2 und 547 Abs. 1 Z 4):

Eine Reihe der von Österreich geschlossenen Abkommen über Soziale Sicherheit sieht eine Ausnahme von der Gleichstellung der Staatsangehörigen hinsichtlich der Berücksichtigung von Kriegsdienstzeiten und diesen gleichgestellten Zeiten vor. Diese Ausnahmen erfolgten zum einen, um Staatsangehörige dieser Vertragsstaaten, die in den Streitkräften des ehemaligen Deutschen Reiches gedient bzw. Kriegsdienstzeit geleistet haben, nicht zu begünstigen, und zum anderen, um für die Staatsangehörigen insbesondere der alliierten Staaten, die nie österreichische Staatsangehörige waren, eine Berücksichtigung der von ihnen in den alliierten Armeen geleisteten Kriegsdienstzeiten als österreichische Versicherungszeiten auszuschließen.

Im Hinblick auf die in den in jüngster Zeit mit Irland und Kanada geschlossenen Abkommen enthaltene Einschränkung dieser Ausnahme von der Gleichstellung zugunsten jener Staatsangehörigen dieser Vertragsstaaten, die unmittelbar vor dem 13. März 1938 die österreichische Staatsangehörigkeit besaßen (Altösterreicher), wurde eine entsprechende, jedoch auch die in den alliierten Armeen geleisteten Kriegsdienstzeiten erfassende Neuregelung im Rahmen des Europäischen Abkommens vorgenommen (Neufassung des Abschnittes II/A Absatz 3 des Anhangs VII, BGBl. Nr. 658/1990). Wie in den Erläuterungen zur Regierungsvorlage betreffend diese Änderung ausgeführt wird, sind entsprechende Regelungen auch bereits im Rahmen von Revisionen der bestehenden Abkommen vorgesehen.

Im Interesse einer sozialpolitisch gebotenen Gleichbehandlung erscheint eine einheitliche Vorgangsweise nicht nur im Verhältnis zu den Altösterreichern geboten, die zum Stichtag die Staatsangehörigkeit eines der 24 Vertragsstaaten haben, sondern auch eine entsprechende Anwendung auf jene Altösterreicher erforderlich, die die Staatsangehörigkeit eines anderen Staates haben.

Durch den vorgesehenen Entfall des Erfordernisses der österreichischen Staatsbürgerschaft am Stichtag für Personen, die am 13. März 1938 die österreichische Staatsbürgerschaft besessen haben,

wird dem Rechnung getragen, wobei durch die rückwirkende Anwendung dieser Bestimmung auf Versicherungsfälle mit einem Stichtag nach dem 2. September 1990 ein gleichzeitiges Wirksamwerden dieser Neuregelung mit dem Wirksamwerden der diesbezüglichen Neuregelung im Rahmen des Europäischen Abkommens sichergestellt wird.

Zu Art. IV Z 20 und 23 (§§ 253 a Abs. 1 Z 4 und 276 a Abs. 1 Z 4):

Über Anregung des Österreichischen Arbeiterkammertages sollen im Zusammenhang mit dem Anspruch auf Frühpension wegen Arbeitslosigkeit Zeiten der Arbeitslosigkeit, für die Kündigungsschädigung gebührt, Zeiten der Arbeitslosigkeit gleichgestellt werden, für die Urlaubsentschädigung oder Urlaubsabfindung gebührt. Im § 16 Abs. 1 AIVG sind Zeiten der Kündigungsschädigung gleichgestellt mit Zeiten, für die Urlaubsentschädigung oder Urlaubsabfindung gebührt — in allen drei Fällen ruht der Anspruch auf Arbeitslosengeld. Die Neuregelung im vorliegenden Entwurf ist daher lediglich die Folge einer bestehenden Regelung in der Arbeitslosenversicherung.

Zu Art. IV Z 21, 22 und 27 (§§ 261 Abs. 5, 276 Abs. 3 und 306 Abs. 4):

Die vorgeschlagenen Änderungen dienen der Beseitigung von Redaktionsversehen.

Zu Art. IV Z 24 und 25 (§ 293 Abs. 1 und 2):

Die Regierungserklärung vom 18. Dezember 1990 und das Arbeitsübereinkommen der Regierungsparteien vom 17. Dezember 1990 setzen sich das Ziel, den Ausgleichszulagenrichtsatz noch in dieser Legislaturperiode überdurchschnittlich so anzuheben, daß er im Jahre 1994 für Alleinstehende 7 500 S und für Ehepaare 10 714 S beträgt. Im Wege einer etappenweisen Anhebung der Ausgleichszulagenrichtsätze wird daher der Richtsatz für Alleinstehende von 6 000 S im Jahre 1991 auf 6 500 S für das Jahr 1992 angehoben, der Richtsatz für Ehepaare von 8 600 S auf 9 317 S.

Zu Art. V Z 1 (§ 324 Abs. 3):

Die Änderung geht auf eine Anregung der Volksanwaltschaft zurück, der sich sowohl die Interessenvertretungen der Dienstnehmer und der Dienstgeber angeschlossen haben. Sie erfaßt jene Fälle, in denen der Pensions(Renten)berechtigte in einem Alters(Siechen)heim oder in einer vergleichbaren Anstalt untergebracht ist und sein Leistungsanspruch bis zu 50 vH auf den Träger der Einrichtung zufolge der geltenden Bestimmung des § 324 Abs. 3 ASVG übergeht. In diesem Zusammen-

hang kommt es immer wieder vor, daß der dem unterhaltsberechtigten Angehörigen des Pflégling verbleibende Rest der Pension (Rente) nicht ausreicht, um den Lebensunterhalt (einschließlich der Wohnungskosten) zu bestreiten. Durch die vorgeschlagene Änderung soll die Lage des in der gemeinsamen Wohnung zurückbleibenden Ehegatten (Angehörigen) insofern verbessert werden, als der Übergang von 50 vH der Pension (Rente) auf den Träger der Sozialhilfe solange zu unterbleiben hat, bis die gesamten dem Ehegatten (Angehörigen) zur Verfügung stehenden Einkünfte den Betrag des Ausgleichszulagenrichtsatzes für Alleinstehende erreicht.

Zu Art. V Z 9 (§ 350 Abs. 1 Z 3):

Durch die vorliegende Änderung soll die Bestimmung des § 350 Abs. 1 Z 3 ASVG an die geltende Fassung des § 31 Abs. 3 Z 11 ASVG angepaßt werden.

Im übrigen wird in diesem Zusammenhang auf das Apothekengesetz verwiesen, das in seinem § 30 das Nähere über die Befugnis beim Betrieb ärztlicher Hausapotheken enthält.

Zu Art. V Z 10 und 33 (§§ 352 und 479):

Die vorgeschlagenen Änderungen dienen der Klarstellung, daß die zusätzliche Pensionsversicherung bei den Pensionsinstituten des § 479 nicht nur Bedienstete von Privatbahnunternehmungen erfaßt.

Zu Art. V Z 11 (§ 367 Abs. 1):

Mit dem Sozialrechts-Änderungsgesetz 1991, BGBl. Nr. 157, wurde durch die Einfügung der §§ 255 a und 273 a ASVG die Möglichkeit der bescheidmäßigen Feststellung der Invalidität bzw. Berufsunfähigkeit geschaffen, und zwar unter der Voraussetzung, daß in einem Verfahren auf Zuerkennung einer Leistung nicht entschieden worden ist. Allerdings fehlt nach wie vor die Einräumung eines Rechtsmittels in den Fällen, in denen über den Leistungsantrag — wegen des Nichtvorliegens von Invalidität, Berufsunfähigkeit oder Dienstunfähigkeit — ablehnend entschieden worden ist. Durch die vorliegende Ergänzung des § 367 Abs. 1 ASVG wird dem Versicherten eine gesonderte Klagemöglichkeit hinsichtlich der ablehnenden Entscheidung des Versicherungsträgers über das Vorliegen von Invalidität (Berufsunfähigkeit oder Dienstunfähigkeit) eröffnet, sofern im konkreten Fall die Wartezeit erfüllt ist.

Zu Art. V Z 12 und 13 (§§ 412 und 413 Abs. 1 Z 1):

Durch die Möglichkeit einer Einspruchsvorentscheidung des Sozialversicherungsträgers würde das Verwaltungsverfahren effizienter gestaltet werden:

In jenen Fällen, in denen sich durch den Einspruch bereits eine Klärung der Sach- und Rechtslage zugunsten des Einspruchwerbers ergibt, würde sich die Befassung des Landeshauptmannes erübrigen.

Ebenso könnten offenkundige Fehler und Irrtümer im Bescheid, die nicht durch einen Berichtigungsbescheid (§ 62 Abs. 4 AVG) korrigiert werden können, vom Sozialversicherungsträger auf kurzem Wege bereinigt werden, ohne in völlig überflüssiger und zeitraubender Weise die Einspruchsbehörde belasten zu müssen.

Die Einspruchsvorentscheidung würde sich vor allem im Versicherungs-, Melde- und Beitragswesen bewähren.

Den Krankenversicherungsträgern werden oft durch den Einspruch eines Dienstgebers Umstände bekannt, bei deren früherer Kenntnis die Kasse den Bescheid nicht mit dem beeinspruchten Inhalt erlassen hätte (insbesondere Fälle des § 113 ASVG — Beitragszuschlag). Nach der geltenden Rechtslage ist es aber der Kasse verwehrt, nach Einlangen eines Einspruches weitere Erhebungen beim Dienstgeber zu tätigen.

Durch Einführung der Einspruchsvorentscheidung des Krankenversicherungsträgers wäre die Möglichkeit geschaffen, daß der Versicherungsträger nach Einbringung eines Einspruches nochmals beim Dienstgeber in die Verrechnungsunterlagen Einsicht nimmt. Durch diese nochmalige Einsicht könnten in vielen Fällen die vom Dienstgeber im Einspruch erhobenen Einwände rasch geklärt werden. Soweit sich diese Einwände als richtig erweisen, könnte durch die Einspruchsvorentscheidung eine unbürokratische Erledigung erfolgen.

Der gegenständliche Novellierungsvorschlag geht daher von folgenden Grundsätzen aus:

1. Mit Bundesgesetz vom 6. Juni 1990, BGBl. Nr. 357/1990, wurde das AVG um § 64 a erweitert, der die Einführung einer sogenannten „Berufungsvorentscheidung“ vorsieht.

Der Novellierungsvorschlag ist an diese Bestimmung angelehnt. Dies gilt insbesondere für die Frist, innerhalb derer eine Einspruchsvorentscheidung zu erlassen bzw. der Einspruch an den Landeshauptmann weiterzuleiten ist. Im übrigen gilt auch ein beim Landeshauptmann eingebrachter Einspruch als beim Versicherungsträger eingebracht und ist an diesen unverzüglich weiterzuleiten.

2. Würde der Versicherungsträger in seiner Einspruchsvorentscheidung den Einspruch als unbegründet abweisen, wäre mit der Einbringung eines Vorlageantrages an den Landeshauptmann zu rechnen, sodaß einerseits Verwaltungsaufwand, andererseits aber jedenfalls eine Verzögerung des Verfahrens die Folge wäre.

Eine Einspruchsvorentscheidung sollte daher nur dann möglich sein, wenn der Versicherungsträger den Bescheid abändert, ergänzt oder aufhebt.

3. Die Erlassung einer Einspruchsvorentscheidung soll im Ermessen des Versicherungsträgers liegen.

Eine Einspruchsvorentscheidung könnte dann nicht zweckmäßig sein, wenn der Versicherungsträger den Bescheid zwar abändert (er ist somit zur Erlassung der Einspruchsvorentscheidung berechtigt), aber dem Einspruch des Rechtsmittelwerbers nicht vollständig stattgibt.

4. Ergeht keine Einspruchsvorentscheidung durch den Versicherungsträger, hat dieser den Einspruch ungesäumt, jedenfalls aber binnen zwei Monaten (die Frist entspricht § 64 a AVG), an den Landeshauptmann weiterzuleiten; für die Weiterleitung eines Vorlageantrages gilt die (bisherige) zweiwöchige Frist.

Durch die zweimonatige Entscheidungsfrist werden sich für den Rechtsmittelwerber in der Praxis zumeist keine Nachteile ergeben, daß die Versicherungsträger in der Regel Bescheide in Verwaltungssachen erst nach der Entscheidung des Landeshauptmannes über die aufschiebende Wirkung vollstrecken.

5. Über den Antrag auf aufschiebende Wirkung eines Einspruches entscheidet wie bisher der Landeshauptmann. Es ist zweckmäßig, wenn diese Entscheidung vom Landeshauptmann erst dann getroffen wird, wenn der Einspruch diesem zur Sachentscheidung vorgelegt wird. Eine Vorlage durch den Versicherungsträger lediglich zur Entscheidung über die aufschiebende Wirkung würde der — mit der Neuregelung angestrebten — Verwaltungsvereinfachung widersprechen.

Wie bereits ausgeführt wurde, vollstrecken die Versicherungsträger in der Regel Bescheide in Verwaltungssachen erst nach der Entscheidung des Landeshauptmannes über die aufschiebende Wirkung. Es sind daher für den Rechtsmittelwerber aus einer eventuell längeren Verfahrensdauer zumeist keine Nachteile zu erwarten.

6. Der Antrag auf Zuerkennung der aufschiebenden Wirkung des Einspruches gilt gleichzeitig als Antrag auf Zuerkennung der aufschiebenden Wirkung bei Einbringung eines Vorlageantrages, auch wenn dieser nicht vom Einspruchswerber gestellt wird. Diese Regelung ist notwendig, damit der Antrag auf aufschiebende Wirkung nicht durch einen Vorlageantrag (dieser wird meistens nicht vom Einspruchswerber, sondern von einer anderen Partei eingebracht werden) verlorengeht.

7. Eine aufschiebende Wirkung des Vorlageantrages kommt nicht in Betracht, da die Einspruchsvorentscheidung außer Kraft tritt.

Zu Art. V Z 14, 17 und 20 bis 22 (§§ 422, 431 Abs. 5, 433 Abs. 6 und 434 Abs. 1 und 2):

Durch die Neufassung des § 422 ASVG soll dem Anliegen Rechnung getragen werden, daß für die

Berechtigung eines Versicherungsvertreters zur Ausübung seines Amtes allein seine Bestellung und deren nachweisliche Annahme maßgebend sein sollen.

Durch die vorgeschlagene Ergänzung in den §§ 431 Abs. 5 und 434 Abs. 1 ASVG soll der Zeitpunkt, ab dem gewählte Funktionäre zur Ausübung ihres Amtes berechtigt sind, ausdrücklich durch das Gesetz bestimmt werden. Danach sind die Versicherungsvertreter zur Ausübung ihrer Funktion berechtigt, sobald sie die Annahme ihrer Ernennung gegenüber dem Bundesminister für Arbeit und Soziales ausdrücklich erklärt haben. Im Bereich des Hauptverbandes haben die gewählten Versicherungsvertreter diesen von der Annahme ihrer Wahl nachweislich in Kenntnis zu setzen und sind gleichfalls ab dem Zeitpunkt des Einlangens dieser Mitteilung beim Hauptverband zur Ausübung ihres Amtes berechtigt.

Zu Art. V Z 15, 16, 19, 23 und 25 (§§ 424, 432, 434 Abs. 3 und 451 Abs. 1):

Durch die vorgeschlagene Änderung, die auf den Wortlaut des § 449 Abs. 1 erster Satz ASVG Bedacht nimmt, sollen die Pflichten der Versicherungsvertreter ausdrücklich im Gesetz festgelegt werden.

Die in den §§ 432 bzw. 434 Abs. 3 ASVG vorgesehene Angelobung der Versicherungsvertreter soll zwar grundsätzlich beibehalten, jedoch in eine zeitgemäße Form gebracht werden, wobei die Angelobungsformel an den Text des § 424 ASVG angepaßt werden soll.

Zu Art. V Z 24 (§ 446 a):

Mit der 46. Novelle zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 749/1988, wurde § 447 ASVG dahin gehend geändert, daß in Hinkunft nicht mehr die Veränderungen von Vermögensbeständen selbst genehmigungspflichtig sind, sondern die Beschlüsse der Verwaltungskörper über solche Veränderungen. Von wesentlicher Bedeutung war hierbei auch das Bestreben, den Wortlaut des § 447 ASVG insofern an den des damit im Zusammenhang zu sehenden § 31 Abs. 6 lit. a ASVG anzupassen, als in letzterem ebenfalls von Beschlüssen der Verwaltungskörper die Rede ist. Infolge der Herstellung des Konnexes blieb unberücksichtigt, daß die Bestimmung des § 446 a ASVG ebenfalls Veränderungen von Vermögensbeständen der Versicherungsträger betrifft.

Durch die vorgeschlagene Änderung soll einwandfrei klargestellt werden, daß auch für die in Rede stehenden Bereiche jede Vollzugshandlung das Vorliegen eines entsprechenden und — zur Herstellung seiner Wirksamkeit — bereits geneh-

mitigen Verwaltungskörperbeschlusses zur Voraussetzung hat.

Zu Art. V Z 26 (§ 459 a):

Auf Grund der Vorschriften des Bewertungsgesetzes werden die land(forst)wirtschaftlichen Einheitswerte in gewissen Zeitabständen neu festgestellt. Diese Neufeststellungen zur Erfassung des aktuellen Einkommens aus einem land- und forstwirtschaftlichen Betrieb sind für die Anwendung der Bestimmungen des § 292 Abs. 5 und 8 ASVG von wesentlicher Bedeutung. Sie sind aber auch für die Prüfung des Anspruches auf eine Leistung aus den Versicherungsfällen des Alters maßgebend.

Die derzeitige Erfassung der geänderten Bewertungsdaten bedingt bei den Trägern der Pensionsversicherung nach dem ASVG jeweils einen umfangreichen administrativen Aufwand, für den auch erhebliche finanzielle Mittel eingesetzt werden müssen. Zum Beispiel sind allein im Bereich der Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter von einer derartigen Einheitswertneufeststellung etwa 63 000 Leistungsfälle betroffen. Diese Aufwendungen könnten dadurch erheblich vermindert werden, indem die relevanten Daten vom Rechenzentrum des Bundes den Trägern der Pensionsversicherung nach dem ASVG auf elektronischem Wege direkt übermittelt werden. Eine solche Vergangweise käme überdies auch einer bürgerfreundlichen Verwaltungsvereinfachung großzügig entgegen. Aus diesen Gründen sollte die Bestimmung des § 459 a ASVG, die der Vorschrift des § 217 Abs. 2 BSVG nachgebildet wurde, in das ASVG übernommen werden.

Zu Art. V Z 30 bis 32 (§ 474 Abs. 1):

Die vorgeschlagene Änderung dient der Anpassung an das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz.

Zu Art. V Z 34 bis 38 (§§ 544, 545, 546 und 547):

Die vorgeschlagenen Änderungen sollen in einem ersten Schritt den in den Legistischen Richtlinien 1990 normierten Regeln betreffend die Gestaltung von Verweisungs-, Übergangs- und Inkrafttretensbestimmungen zum Durchbruch verhelfen.

Zu Art. V Z 38 (§ 547 Abs. 1 Z 3):

Durch das Bundesgesetz, mit dem das Gehaltsgesetz 1956, das Richterdienstgesetz, das Pensionsgesetz 1965, das Nebengebühreuzulagengesetz, das Bundestheaterpensionsgesetz, das Bezügegesetz und die Reisegebührevorschrift 1955 geändert

werden, BGBl. Nr. 288/1988, erfolgte ua. die Neuregelung der Abfertigungsbestimmungen des Gehaltsgesetzes 1956 mit Wirksamkeit 1. Juni 1988 sowie die Einführung der Entrichtung des besonderen Pensionsbeitrages für Schul- und Studienzeiten nach dem Pensionsgesetz 1965 mit Wirksamkeit 1. Juli 1988 für seit dem 1. Juli 1988 begründete öffentlich-rechtliche Dienstverhältnisse.

Nunmehr soll die durch die 49. Novelle zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 294/1990, eingeführte Regelung betreffend die Berücksichtigung von aus Anlaß der Aufnahme in das pensionsversicherungsfreie Dienstverhältnis vom Dienstnehmer geleisteten besonderen Pensionsbeiträgen beim Überweisungsbetrag rückwirkend mit 1. Jänner 1988 in Kraft gesetzt werden.

Zu Art. V Z 39 bis 41 (Anlage 1 Nr. 6, 10 und 15):

Die vorgeschlagenen Änderungen dienen der Korrektur von Redaktionsversehen.

Zu Art. V Z 42 (Anlage 1 Nr. 25):

Meniskusschäden sind nach der geltenden Rechtslage als Berufskrankheiten nur anerkannt, wenn sie bei regelmäßiger Tätigkeit von Bergleuten unter Tag eintreten, bei anderen Personen, wenn sie nach mindestens dreijähriger Tätigkeit die Kniegelenke in gleicher Weise in Anspruch nehmen. Die Berufskrankheit gilt überdies nur bei Tätigkeiten im Berg-, Stollen- oder Tunnelbau. Auf Grund neuer Erkenntnisse treten Meniskusschäden auch bei knienden Tätigkeiten über Tag auf; typisches Beispiel sind die Erkrankungen von Fliesenlegern und Bodenlegern. Aus diesem Grund soll bei Nichtbergleuten, die mindestens drei Jahre regelmäßig eine Tätigkeit in kniender oder hockender Stellung ausüben, diese Tätigkeit im Rahmen einer Berufskrankheit geschützt sein. Eine Einschränkung auf eine bestimmte Berufsgruppe oder bestimmte Unternehmen ist aus arbeitsmedizinischer Sicht nicht sinnvoll.

Zu Art. V Z 43 (Anlage 1 Nr. 30):

Nach der Berufskrankheit Nr. 30 in der Fassung des Stammgesetzes, BGBl. Nr. 189/1955, galt ein beruflich verursachtes Asthma bronchiale, allerdings mit der Einschränkung auf Bäckerei- oder Mühlenbetriebe, als entschädigungspflichtige Berufskrankheit. Bei dieser Listenerkrankung handelt es sich nach den Erläuternden Bemerkungen um ein allergisches Asthma bronchiale, hervorgerufen durch Stoffe, die als Allergene besonders wirksam werden. Nur das (allergische) Asthma bronchiale der Bäcker und Müller war zunächst als Berufskrankheit anerkannt und zu entschädigen.

Mit der 41. Novelle zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz wurde die Beschränkung auf Bäckerei- oder Mühlenbetriebe als rechtlich relevante Expositionsbereiche beseitigt und durch diese Erweiterung die Möglichkeit geschaffen, das exogen-allergische Asthma bronchiale auch anderer Berufsgruppen, wie Friseure usw. anzuerkennen. Es gelten nunmehr Erkrankungen an Asthma bronchiale in allen Unternehmen als Berufskrankheiten, wenn und solange sie zur Aufgabe schädigender Erwerbsarbeit zwingen (Berufskrankheit Nr. 30 in der geltenden Fassung). Durch chemisch-irritative Stoffe verursachtes Asthma bronchiale wird nach der Berufskrankheit Nr. 41 in der Fassung der 37. Novelle zum ASVG entschädigt.

Wie die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt dargelegt hat, bereitet die Auslegung der Berufskrankheit Nr. 30 der Anlage 1 zum ASVG immer wieder Schwierigkeiten und führte in einzelnen Fällen zu problematischen Ergebnissen.

Jede chronische Bronchitis ist mit einer erhöhten Empfindlichkeit des Bronchialbaumes auf exogene Reize unspezifischer Art verbunden, führt also zu einem hyperreagiblen Bronchialbaum, und kann es bei Kälte, Nebel, Rauch und anderen Einflüssen jeglicher Art zu einer asthmaähnlichen Verengung des Bronchialbaumes kommen. Dieser Zustand ist aber mit dem Asthma bronchiale der Berufskrankheit Nr. 30, das der Gesetzgeber nach den zitierten Erläuternden Bemerkungen offensichtlich gemeint hat, nicht ident. Die chronische Bronchitis mit oder ohne asthmoider Komponente ist eine Erkrankung, die nicht in der Liste der Berufskrankheiten angeführt ist. Aus diesem Grund kann auch eine allfällige Verschlimmerung durch Staub, Rauch oder Gaseinwirkungen nicht als Berufskrankheit anerkannt werden.

In diesem Zusammenhang darf auf eine Bronchitisstudie der deutschen Forschungsgemeinschaft hingewiesen werden, die in über 10 Untersuchungszentren an insgesamt 13 000 Bergleuten durchgeführt wurde. Auf Grund der bei dieser Studie gewonnenen Erkenntnisse, nämlich daß die Tätigkeit der Bergleute Untertage keinen wesentlichen Teilfaktor für die Entstehung einer Bronchitis darstellt, wird eine Bronchitis bei einem Bergmann in der Bundesrepublik Deutschland auch nicht als Berufskrankheit anerkannt und entschädigt.

Im Hinblick darauf, daß dem Willen des Gesetzgebers entsprechend nur das allergische Asthma bronchiale als Berufskrankheit Nr. 30 anzuerkennen ist und auch die Berufskrankheitenverordnung der BRD ausdrücklich zwischen durch allergisierende Stoffe verursachte obstruktive Atemwegserkrankungen (allergisches Asthma bronchiale) und durch chemisch-irritativ oder toxisch wirkende Stoffe verursachte obstruktive Atemwegserkrankungen (chemisch-irritatives Asthma bronchiale) unterscheidet, wird zur Verdeutlichung eine

Änderung des Wortlautes der Berufskrankheit Nr. 30 vorgeschlagen.

Diese Klarstellung bzw. Verdeutlichung erweist sich als notwendig, um zu vermeiden, daß jede Art von chronisch-asthmoider Bronchitis — wie dies bereits mehrmals geschehen ist — als entschädigungspflichtige Berufskrankheit Nr. 30 anerkannt wird.

Zu Art. V Z 44 (Anlage 1 Nr. 45 und 46):

Zu Nr. 45:

Adenokarzinome der Nasenhaupt- und Nasennebenhöhlen sind seltene bösartige Tumore, welche hauptsächlich bei Holzarbeitern in der Möbelindustrie vorkommen. Es besteht der begründete Verdacht, daß Holzstaub einen karzinogenen oder cokerzinogenen Effekt hat. Viele Studien haben aufgezeigt, daß feiner Hartholzstaub von Buche und Eiche der eigentliche ätiologische Faktor ist. Bei der Entstehung der Adenokarzinome, bei welchen Cuboidalmetaplasie mit -dysplasie Frühmerkmale darstellen, ist anzunehmen, daß Hartholzstaub als Promotor die Kanzerogenese fördert, wie jedoch bei Promotoren angenommen, ist die Wirkung auf das Kontaktorgan limitiert. Seit 1989 ist Eichen- und Buchenholzstaub als krebserzeugend in der Kategorie III A 1 in der österreichischen TRK-Werte-Liste eingestuft. Wie bei krebserzeugenden Substanzen ist die einzige sichere Vorbeugung die absolute Karenzierung von der jeweiligen Substanz. Im Fall von Eichen- und Buchenholzstaub ist zwar durch das Festsetzen der TRK-Werte von 2 mg/m³ bei Neuanlagen und 5 mg/m³ für Altanlagen eine Verminderung der Belastung durch Absauganlagen gewährleistet, jedoch ist auf Grund der verbleibenden Menge nach dem Prinzip der krebserzeugenden Theorie eine Sicherheit für das Nichtentstehen eines Adenokarzinoms nicht möglich. Ersatzarbeiten sind derzeit bei der Bedeutung der österreichischen Holzwirtschaft nicht abzusehen. Das seltene Vorkommen der Hartholzstaubadenokarzinome im Bereich der Nasenhaupt- und nebenhöhlen ist auf Grund der Erkenntnisse auf die holzbearbeitenden und holzverarbeitenden Betriebe einzuschränken.

Zu Nr. 46:

Sowohl die Frühsommermeningoencephalitis (FSME) als auch die Borreliose (lyme-disease) werden durch Zeckenbisse übertragen, wobei solche Übertragungen im Zusammenhang mit einer versicherten Tätigkeit nicht nur im Bereich der Land- und Forstwirtschaft, sondern praktisch in allen Bereichen denkbar sind, in denen auf Grund einer die Versicherung begründenden Beschäftigung zeckengefährdete Gebiete aufgesucht werden müssen.

Diese Erkrankungen könnten zwar grundsätzlich auch als Folge eines Arbeitsunfalles (Unfall = Zeckenbiß) gewertet werden. Da es sich dabei letztlich um Infektionskrankheiten handelt, ist die Aufnahme in die Liste der Berufskrankheiten schon deshalb wünschenswert, weil dann im Hinblick auf §§ 186 Z 5 und 188 a ASVG ohne weiteres auch vorbeugende Maßnahmen (Schutzimpfungen) erbracht werden könnten. Es sollte dies zweckmäßigerweise durch Schaffung einer neuen Position in der Berufskrankheitenliste geschehen, da eine an sich mögliche Subsumierung unter die Berufskrankheiten Nr. 38 oder 39 schon wegen des bei diesen Berufskrankheiten eingeschränkten Unternehmensbegriffes kaum zielführend wäre.

Finanzielle Erläuterungen

Der Schwerpunkt des vorliegenden Entwurfes liegt im Bereich der sozialen Krankenversicherung. Durch eine Reihe von Leistungsverbesserungen soll eine Strukturreform im Bereich des Gesundheitswesens eingeleitet werden. Damit werden, zumindest soweit es die gesetzliche Krankenversicherung betrifft, die Rahmenbedingungen für ein modernes und leistungsfähiges Gesundheitssystem geschaffen.

Mit dem vorliegenden Maßnahmenpaket erbringt die soziale Krankenversicherung eine Reihe von finanziellen Vorleistungen. Diesen Vorleistungen müssen konkrete Maßnahmen in anderen Bereichen des Gesundheitswesens folgen. Zu letzteren gehören im besonderen die Neugestaltung der Krankenanstaltenfinanzierung im Wege eines leistungsorientierten Finanzierungsmodells sowie der Aufbau einer flächendeckenden Versorgung mit Sozial- und Gesundheitsleistungen (Sozial- und Gesundheits-sprengel).

Von den im vorliegenden Entwurf enthaltenen Maßnahmen sind folgende Vorhaben finanziell von Bedeutung:

1. Medizinische Hauskrankenpflege als Pflichtleistung in der Krankenversicherung

Eine exakte Quantifizierung der finanziellen Auswirkungen der Einführung der „medizinischen Hauskrankenpflege“ als neue Pflichtleistung in der Krankenversicherung ist nicht möglich.

Zum einen sind statistische Daten über die Anzahl der Personen, die für die Inanspruchnahme dieser neuen Leistung in Betracht kommen, derzeit nicht vorhanden. Zum anderen hängt die Kostenentwicklung davon ab, wie rasch es gelingt, eine flächendeckende Versorgung mit dem benötigten Pflegepersonal etwa im Wege von Sozial- und Gesundheitssprengeln aufzubauen.

Mit diesen Unsicherheiten behaftet, kann für die jährlichen Gesamtkosten der „medizinischen Haus-

krankenpflege“ eine Größenordnung von rd. 2 bis 3 Milliarden Schilling (Geldwertbasis 1992) angegeben werden. Diese Kosten beinhalten sowohl die Kosten für das benötigte Pflegepersonal als auch die zusätzlichen Kosten für die Ärzte. Dabei ist aber zu berücksichtigen, daß diese Kosten in ihrer vollen Höhe erst nach einer Anlaufphase von ca. 10 Jahren anfallen werden. Für das Jahr 1992 werden Kosten in einer Größenordnung von 300 Millionen Schilling erwartet, die sich sodann mittelfristig auf das volle Ausmaß erhöhen. Die hier genannten Kosten beziehen sich auf die gesamte soziale Krankenversicherung.

Auf den Bereich der Krankenversicherung nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz entfällt davon ein Anteil von rund 80%, dies entspricht Mehrkosten für das Jahr 1992 von rund 240 Millionen Schilling sowie jährlichen Langfristkosten von 1,6 Milliarden Schilling bis 2,4 Milliarden Schilling.

Infolgedessen werden fürs erste auch keine wesentlichen finanziellen Entlastungen im Bereich der Anstaltspflege erwartet. Erst wenn es gelingt, die Finanzierung der Krankenanstalten auf eine neue Basis umzustellen sowie die bereits für die Vergangenheit vorgesehene Verringerung der Zahl der Akutbetten im stationären Bereich zu erreichen, kann die medizinische Hauskrankenpflege eine finanzielle Entlastung bei der Anstaltspflege mit sich bringen.

Eine Doppelbelastung der sozialen Krankenversicherung, durch Ausbau der Hauskrankenpflege einerseits und Spitalsfinanzierung andererseits, gilt es aber zu vermeiden:

Jahresausgleichszahlungen der sozialen Krankenversicherung an die Rechtsträger von Krankenanstalten, die derzeit zu leisten sind, wenn in einem Finanzjahr die Zahl der auf Rechnung eines Krankenversicherungsträgers geleisteten Pfl egetage unter die Anzahl der entsprechenden Pfl egetage des Jahres 1987 sinkt, sind ab dem Jahre 1992 in eine neue KRAZAF-Regelung nicht mehr einzubeziehen. Andernfalls ist für die soziale Krankenversicherung eine doppelte finanzielle Belastung gegeben.

2. Medizinische Maßnahmen der Rehabilitation in der Krankenversicherung

Die medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation im Bereich der Krankenversicherung werden nunmehr im Anschluß an die Krankenbehandlung gewährt, mit dem Ziel, den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern oder die Folgen der Krankheit zu erleichtern. Dies gilt in erster Linie für jenen Personenkreis, der zwar krankenversichert, nicht aber pensionsversichert ist. Die bereits bestehende Zuständigkeit der Pensionsversicherungsträger für ihren Bereich bleibt insofern unberührt, als diese die Rehabilitation für ihre Versicherten gewähren bzw. ihre Gewährung an sich ziehen können.

Die somit geschlossene Lücke im Bereich der medizinischen Rehabilitation betrifft daher in erster Linie mitversicherte Angehörige sowie Pensionisten.

Auch in diesem Bereich erbringt die soziale Krankenversicherung finanzielle Vorleistungen. Neben der anfangs wohl überwiegenden Leistungserbringung von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen in eigenen Einrichtungen der Sozialversicherungsträger wird es notwendig sein, gerade im Bereich der Rehabilitation älterer Patienten im Anschluß an den Akutbereich in den Spitälern stationäre medizinische Rehabilitationszentren zu schaffen. Diese erst zu schaffenden „Remobilisationseinrichtungen“ sollen dazu beitragen, daß ältere Patienten nicht zu Pflegefällen werden, da gerade in diesem Bereich medizinische Rehabilitationsmaßnahmen in unmittelbarem Anschluß an eine Akutpflege am sinnvollsten sind.

Auch in diesem Bereich ist es daher notwendig, die entsprechenden Strukturen aufzubauen. Daneben ist es aber notwendig, auch für diese Einrichtungen jene Pflegestandards und Qualitätsnormen zu garantieren, die bereits derzeit für den Bereich der Rehabilitationseinrichtungen der Sozialversicherungsträger gelten.

Infolge der Tatsache, daß auch im Bereich der medizinischen Rehabilitation neue Strukturen zum Teil erst geschaffen werden müssen, wird auch die Kostenentwicklung nur mittelfristig fortschreiten. Für das Jahr 1992 werden in einer ersten Anlaufphase Kosten im Bereich der gesamten sozialen Krankenversicherung von rund 300 Millionen Schilling erwartet. Bei einem entsprechenden vollen Ausbau der Leistungsstrukturen in einem Zeitraum von etwa 10 Jahren werden dann jährliche Kosten von rund 1 bis 1,5 Milliarden Schilling erwartet (Geldwertbasis 1992).

Auch hier entfällt auf den Bereich der Krankenversicherung nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz ein Anteil von 240 Millionen Schilling sowie Langfristkosten pro Jahr von 0,8 Milliarden Schilling bis 1,2 Milliarden Schilling.

3. Gleichstellung der psychologischen und psychotherapeutischen Dienste mit der ärztlichen Hilfe

Einer groben Abschätzung der psychologischen und psychotherapeutischen Vereinigungen zufolge, bedürfen rund 5% der österreichischen Wohnbevölkerung psychologischer bzw. psychotherapeutischer Hilfe. Von diesen 350 000 Personen wird für 150 000 Personen ein eher dringender Behandlungsbedarf konstatiert. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt dürften allerdings nur 30 000 bis 50 000 Personen psychologische bzw. psychotherapeutische Dienste in Anspruch nehmen, wobei die Behandlungsdauer zwischen kurzer Behandlungsdauer und Langzeittherapie differiert.

Unter Heranziehung dieser Zahlen können die Kosten für die gesamte Krankenversicherung für diese Maßnahme mit rund 800 Millionen Schilling pro Jahr grob abgeschätzt werden. Wie bereits in den vorangegangenen Punkten werden auch hier diese Kosten erst mittelfristig entstehen, daß der zur Behandlung zugelassene Personenkreis von Psychologen und Psychotherapeuten erst im Aufbau begriffen ist. Für das Jahr 1992 wird daher mit Kosten von 200 Millionen Schilling gerechnet.

Auf den Bereich der Krankenversicherung nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz entfallen Langfristkosten von 640 Millionen Schilling und Kosten für das Jahr 1992 von 160 Millionen Schilling.

4. Wegfall des Ruhens des Kranken- bzw. Wochengeldanspruches bei Anstaltspflege bei gleichzeitigem Wegfall des Familien- und Taggeldes

Der Aufwand der Krankenversicherungsträger für Familien- und Taggeld aus dem Versicherungsfall der Krankheit hätte sich im Jahr 1992 auf rund 250 Millionen Schilling belaufen. Durch den Wegfall dieser Leistungen und ihren Ersatz durch das höhere Krankengeld ist mit Aufwendungen von 450 Millionen Schilling zu rechnen. Durch den Wegfall des Ruhens des Krankengeldanspruches bei Spitalsaufenthalten werden die Mehraufwendungen der Krankenversicherungsträger im Jahr 1992 somit rund 200 Millionen Schilling betragen.

Der Aufwand der Krankenversicherungsträger für Familien- und Taggeld aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft hätte im Jahr 1992 rund 70 Millionen Schilling betragen. Der Ersatz dieser Leistungen durch das höhere Wochengeld führt zu Aufwendungen von 170 Millionen Schilling. Der damit entstehende Mehraufwand von 100 Millionen Schilling entfällt allerdings nur zu einem geringeren Teil auf die Krankenversicherungsträger, nämlich mit 15 Millionen Schilling. 85 Millionen Schilling entfallen auf den Familienlastenausgleichsfonds, der 50% des Wochengeldaufwandes trägt.

Die gesamten Mehraufwendungen für die soziale Krankenversicherung betragen daher 215 Millionen Schilling im Jahr 1992. Diese Kosten von 215 Millionen Schilling entfallen zur Gänze auf die Krankenversicherung nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz. Für den Familienlastenausgleichsfonds entstehen Mehrkosten von 85 Millionen Schilling.

Neben diesen vier Maßnahmen enthält der vorliegende Entwurf für den Bereich der sozialen Krankenversicherung noch eine Vielzahl kleinerer Maßnahmen, die sich allerdings finanziell nur in geringem Ausmaß niederschlagen werden. Dazu zählen insbesondere:

- Ermächtigung der Krankenversicherungsträger zur Verbesserung und zum Ausbau von

Maßnahmen der Krankheitsverhütung und Krankheitsfrüherkennung (Primär- und Sekundärprävention)

- Einbeziehung der ergotherapeutischen Dienste in den Leistungskatalog der Krankenversicherung.

Addiert man die in den Punkten 1 bis 4 für das Jahr 1992 genannten Kosten, so ergibt sich für den Gesamtbereich der sozialen Krankenversicherung ein Mehraufwand von rund 1 015 Millionen Schilling. Nimmt man die zuletzt angeführten Maßnahmen, deren Mehrkosten als gering veranschlagt werden, hinzu, dürfte sich der Mehraufwand auf Grund des vorliegenden Entwurfes für das Jahr

1992 in der Größenordnung von rund 1 100 Millionen Schilling bewegen.

Mittelfristig, in einem Zeitraum von etwa 10 Jahren, werden sich die genannten Leistungsverbesserungen, sofern die notwendigen Strukturmaßnahmen auch außerhalb des Bereiches der sozialen Krankenversicherung getätigt worden sind, mit jährlichen Mehrkosten für die gesamte soziale Krankenversicherung von rund 4,4 bis 5,4 Milliarden Schilling niederschlagen (Geldwertbasis 1992).

Für die Krankenversicherung nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz ergeben sich Kosten für das Jahr 1992 von rund 920 Millionen Schilling, die langfristigen Kosten betragen rund 3,6 bis 4,4 Milliarden Schilling.

Kosten des Maßnahmenpaketes für die soziale Krankenversicherung in Mio. S
(Geldwertbasis 1992)

a) für die gesamte KV

	1992	1993	1994	1995	1996
1. medizinische Hauskrankenpflege	300	500	700	900	1 100
2. medizinische Rehabilitation	300	400	500	600	700
3. psychologische und psychotherapeutische Dienste	200	300	400	500	600
4. Ersatz des Familien- und Taggeldes durch Wochen- bzw. Krankengeld	215	215	215	215	215
5. sonstige Maßnahmen des Entwurfes	85	85	85	85	85

b) für die KV nach dem ASVG

	1992	1993	1994	1995	1996
1. medizinische Hauskrankenpflege	240	400	560	720	880
2. medizinische Rehabilitation	240	320	400	480	560
3. psychologische und psychotherapeutische Dienste	160	240	320	400	480
4. Ersatz des Familien- und Taggeldes durch Wochen- bzw. Krankengeld	215	215	215	215	215
5. sonstige Maßnahmen des Entwurfes	65	65	65	65	65

Über die in diesem Entwurf vorgesehene Ausweitung des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenversicherung hinaus wird für die Krankenversicherung ab dem Jahr 1992 eine zusätzliche Erhöhung des Ausgabenniveaus von 1,2 Milliarden Schilling (Geldwertbasis 1992) erwartet.

Diese Mehrausgaben entstehen insbesondere durch Maßnahmen, die einen zusätzlichen Ausbau der extramuralen Versorgung ermöglichen. Für den Zeitraum 1992 bis 1996 ergibt sich daher für die soziale Krankenversicherung folgender finanzieller Mehrbedarf (Geldwertbasis 1992):

	gesamte KV	KV nach dem ASVG
	Mio. S	
1992	2 300	2 020
1993	2 700	2 340
1994	3 100	2 660
1995	3 500	2 980
1996	3 900	3 300

Zur Abdeckung dieses finanziellen Mehrbedarfs und damit zur Sicherstellung der Gebarung der

gesetzlichen Krankenversicherung ist die in diesem Entwurf vorgesehene Anhebung der Beitragssätze notwendig.

Die gesamten erwarteten Mehrausgaben für den Zeitraum 1992 bis 1996 betragen rund 15,5 Milliarden Schilling. Für denselben Zeitraum werden Mehreinnahmen aus der vorgesehenen Anhebung der Beitragssätze für den gesamten Bereich der sozialen Krankenversicherung von rund 15,6 Milliarden Schilling erwartet.

Zusätzlich zu dieser Anhebung der Beitragssätze ist vorgesehen, einen Zusatzbeitrag in der Krankenversicherung von 0,5 vH, der je zur Hälfte von den Dienstgebern und Dienstnehmern zu tragen ist, einzuführen.

Die Einnahmen aus diesem Zusatzbeitrag dienen ausschließlich dem Zweck, das zusätzliche Finanzierungserfordernis im Bereich der Spitäler abzudecken.

Von jenen Maßnahmen des vorliegenden Entwurfes, die den Bereich der gesetzlichen Pensionsversicherung betreffen, sind zwei Maßnahmen von Bedeutung:

1. die überproportionale Erhöhung der Richtsätze für die Bezieher von Ausgleichszulagen:

Gemäß der Regierungserklärung vom 18. Dezember 1990 und dem Arbeitsübereinkommen der Regierungsparteien vom 17. Dezember 1990 verwirklicht der vorliegende Entwurf die erste Etappe der in drei Etappen bis zum Jahr 1994 vorgesehenen Erhöhung der Ausgleichszulagenrichtsätze. Der Richtsatz für Alleinstehende erhöht sich von 6 000 S im Jahr 1991 auf 6 500 S im Jahr 1992, der Richtsatz für Verheiratete von 8 600 S auf 9 317 S. Dies entspricht einer Erhöhung der Ausgleichszulagenrichtsätze um 8,3%. Von diesen Maßnahmen werden insgesamt rund 275 000 Ausgleichszulagenbezieher profitieren, davon rund 174 000 Ausgleichszulagenbezieher nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz.

Die damit verbundenen Mehrkosten für die gesamte gesetzliche Pensionsversicherung werden im Jahr 1992 rund 1 Milliarde Schilling betragen. Auf die Pensionsversicherung nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz entfallen davon rund 634 Millionen Schilling.

2. Herausnahme der Arbeitslosenrate bei der Berechnung des Richtwertes.

Der Wegfall der Berücksichtigung der Arbeitslosenrate bei der Berechnung des Richtwertes führt bei der gegenwärtigen Höhe der Arbeitslosenrate zu einer Erhöhung des Richtwertes um 0,5 bis 0,6 Prozentpunkte.

Nach der derzeit geltenden Rechtslage würde die Aufwertungszahl für das Jahr 1992 1,045 und der Richtwert 1,040 betragen. Unter Berücksichtigung des vorliegenden Entwurfes beträgt die Aufwertungszahl für das Jahr 1992 1,055 und der Richtwert 1,045.

Der Beirat für die Renten- und Pensionsanpassung hat in seiner Sitzung vom 30. September 1991 empfohlen, den Anpassungsfaktor für das Jahr 1992 mit 1,040 festzusetzen. Seit der 49. Novelle zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz ist bei der Festlegung des Pensionsanpassungsfaktors die voraussichtliche Entwicklung der Löhne und Gehälter zu berücksichtigen (Aktualisierung). Der vorliegende Entwurf sieht darüber hinaus nunmehr auch den Wegfall der Berücksichtigung der Arbeitslosenrate bei der Berechnung des Richtwertes vor, aber auch die Berücksichtigung von etwaigen Änderungen der Sozial- und Arbeitslosenversicherungsbeiträge bei den Aktiven und/oder Pensionisten. Dies bedeutet einen ersten Schritt zur Verwirklichung der geplanten Nettoanpassung.

Mit der Empfehlung eines Pensionsanpassungsfaktors von 1,040 trägt der Beirat für die Renten- und Pensionsanpassung diesen neuen Gesichtspunkten bereits Rechnung. Da umgekehrt ein Anpassungsfaktor von 1,040 aber auch dem Richtwert für das Jahr 1992 nach der derzeitigen Gesetzeslage entspricht, entstehen für das Jahr 1992 keine Mehrkosten aus der geplanten Gesetzesänderung.

Als budgetbegleitende Maßnahme sieht dieser Entwurf eine Entlastung des Bundeshaushaltes durch eine Überweisung von 1,5 Milliarden Schilling von der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt an den Ausgleichsfonds der Pensionsversicherungsträger vor. Als zusätzliche budgetbegleitende Maßnahme sieht dieser Entwurf vor, daß der sich nach § 80 ASVG ergebende Beitrag des Bundes zur Pensionsversicherung im Bereich des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes um 2,6 Milliarden Schilling verringert wird (1 050 Millionen Schilling — Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter, 250 Millionen Schilling — Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen, 950 Millionen Schilling — Pensionsversicherungsanstalt der Angestellten und 350 Millionen Schilling — Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues).

Als weitere budgetbegleitende Maßnahme ist vorgesehen, für das Jahr 1992 den Beitrag zur Krankenversicherung der Beamten der österreichischen Bundesbahnen und der ihnen gleichgestellten Personen (Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen, Abteilung B) um 1,4 Prozentpunkte zu senken. Der Bund erspart sich damit rund 200 Millionen Schilling im Jahre 1992.

Textgegenüberstellung

ASVG — Geltende Fassung

ASVG — Vorgeschlagene Fassung

Selbstversicherung in der Pensionsversicherung

§ 16 a. (1) Personen, die das 15. Lebensjahr vollendet haben und nicht in einer gesetzlichen Pensionsversicherung pflicht- oder weiterversichert oder die nicht im § 2 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Sozialversicherung freiberuflich selbständig Erwerbstätiger, BGBl. Nr. 624/1978, angeführt sind, können sich, solange ihr Wohnsitz im Inland gelegen ist, in der Pensionsversicherung selbstversichern.

(2) Von der Selbstversicherung sind Personen für die Zeit ausgeschlossen, während der sie

1. zu einer Weiterversicherung in der Pensionsversicherung berechtigt sind oder gemäß § 17 Abs. 1 Z 1 berechtigt wären,
2. einen bescheidmäßig zuerkannten Anspruch auf eine monatlich wiederkehrende Geldleistung aus einer eigenen gesetzlichen Pensionsversicherung oder nach einem Sozialhilfegesetz der Länder haben oder
3. in einem öffentlich-rechtlichen oder unkündbaren privatrechtlichen Dienstverhältnis zu einer öffentlich-rechtlichen Körperschaft oder zu von solchen Körperschaften verwalteten Betrieben, Anstalten, Stiftungen und Fonds stehen, wenn ihnen aus ihrem Dienstverhältnis die Anwartschaft auf Ruhe- und Versorgungsgenuß zusteht oder die auf Grund eines solchen Dienstverhältnisses einen Ruhe(Versorgungs)genuß beziehen, der den Leistungen der Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz gleichwertig ist (§ 6).

(3) Die Selbstversicherung beginnt, unbeschadet der Bestimmungen des § 225 Abs. 1 Z 3, mit dem Zeitpunkt, den der Versicherte wählt, spätestens jedoch mit dem Monatsersten, der auf die Antragstellung folgt. War der Antragsteller in der Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz

1. bereits versichert, so ist der Antrag bei dem Träger der Pensionsversicherung einzubringen, bei dem er zuletzt versichert war; war er zuletzt in mehreren Pensionsversicherungen nach diesem Bundesgesetz versichert, steht es ihm frei, für welche der in Betracht kommenden Pensionsversicherungen er sich entscheidet;
2. nicht versichert oder in der Pensionsversicherung nach einem anderen Bundesgesetz versichert, so ist der Antrag bei der Pensionsversicherungsanstalt der Angestellten einzubringen.

Weiterversicherung in der Pensionsversicherung

§ 17. (1) Personen, die

- a) aus der Pflichtversicherung nach diesem Bundesgesetz oder aus einer nach früherer gesetzlicher Regelung ihr entsprechenden Pensions(Renten)versicherung oder aus der Pensionsversicherung für das Notariat ausgeschieden sind oder ausscheiden und die
- b) in den letzten zwölf Monaten vor dem Ausscheiden mindestens sechs oder in den letzten 36 Monaten vor dem Ausscheiden mindestens zwölf oder in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden jährlich mindestens drei Versicherungsmonate in einer oder mehreren gesetzlichen Pensionsversicherungen erworben haben,

sowie Personen, die aus einer Versicherung nach lit. a einen bescheidmässig zuerkannten Anspruch auf eine laufende Leistung, ausgenommen auf eine Hinterbliebenenpension, hatten, können sich in der Pensionsversicherung weiterversichern, solange sie nicht in einer gesetzlichen Pensionsversicherung pflichtversichert sind oder einen bescheidmässig zuerkannten Anspruch auf eine laufende Leistung aus einer eigenen gesetzlichen Pensionsversicherung haben.

Weiterversicherung in der Pensionsversicherung

§ 17. (1) Personen, die

- 1. a) aus der Pflichtversicherung oder der Selbstversicherung gemäß § 16 a nach diesem Bundesgesetz oder aus einer nach früherer gesetzlicher Regelung ihr entsprechenden Pensions(Renten)versicherung oder aus der Pensionsversicherung für das Notariat ausgeschieden sind oder ausscheiden und die
- b) in den letzten 24 Monaten vor dem Ausscheiden mindestens zwölf oder in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden jährlich mindestens drei Versicherungsmonate in einer oder mehreren gesetzlichen Pensionsversicherungen erworben haben,

2. aus einer Versicherung nach Z 1 lit. a einen bescheidmässig zuerkannten Anspruch auf eine laufende Leistung, ausgenommen auf eine Hinterbliebenenpension, hatten, können sich in der Pensionsversicherung weiterversichern, solange sie nicht in einer gesetzlichen Pensionsversicherung pflichtversichert sind oder einen bescheidmässig zuerkannten Anspruch auf eine laufende Leistung aus einer eigenen gesetzlichen Pensionsversicherung haben.

ASVG — Geltende Fassung

(2) und (3) unverändert.

(4) Das Recht auf Weiterversicherung ist bis zum Ende des sechsten auf das Ausscheiden aus der Pflichtversicherung bzw. auf das Ende des Anspruches auf die laufende Leistung folgenden Monats geltend zu machen. In den Fällen, in denen gemäß § 410 Abs. 1 Z 1 oder 2 ein Bescheid zu erlassen ist, beginnt diese Frist mit dem rechtskräftigen Abschluß des Verfahrens.

(5) Die im Abs. 1 genannten Zeiträume, in denen mindestens sechs bzw. zwölf Versicherungsmonate erworben sein müssen, der im Abs. 3 genannte Zeitraum von 60 Monaten und die im Abs. 4 genannte Frist von sechs Monaten verlängern sich

a) bis e) unverändert.

(6) Personen, die in einer oder mehreren der im Abs. 1 lit. a genannten Pensions(Renten)versicherungen, in der Pensionsversicherung nach dem Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz oder in der Pensionsversicherung nach dem Bauern-Sozialversicherungsgesetz 120 Versicherungsmonate erworben haben, können das Recht auf Weiterversicherung jederzeit geltend machen oder eine beendete Weiterversicherung erneuern. Abs. 3 ist mit der Maßgabe anzuwenden, daß die letzten 60 Monate vor dem Ende des zuletzt erworbenen Versicherungsmonates zu berücksichtigen sind.

(7) bis (9) unverändert.

Selbstversicherung in der Pensionsversicherung für Zeiten der Kindererziehung(-pflege)

§ 18. (1) bis (6) unverändert.

(7) Das Ende der Selbstversicherung steht hinsichtlich der Berechtigung zur Weiterversicherung in der Pensionsversicherung dem Ausscheiden aus der Pflichtversicherung im Sinne des § 17 Abs. 1 lit. a gleich.

ASVG — Vorgeschlagene Fassung

(2) und (3) unverändert.

(4) Das Recht auf Weiterversicherung ist geltend zu machen:

1. in den Fällen des Abs. 1 Z 1 bis zum Ende des sechsten auf das Ausscheiden aus der Pflichtversicherung oder der Selbstversicherung gemäß § 16 a folgenden Monats,
2. in den Fällen des Abs. 1 Z 2 bis zum Ende des sechsten auf das Ende des Anspruches auf die laufende Leistung folgenden Monats.

In den Fällen, in denen gemäß § 410 Abs. 1 Z 1 oder 2 ein Bescheid zu erlassen ist, beginnt diese Frist mit dem rechtskräftigen Abschluß des Verfahrens.

(5) Der im Abs. 1 genannte Zeitraum, in dem mindestens zwölf Versicherungsmonate erworben sein müssen, der im Abs. 3 genannte Zeitraum von 60 Monaten und die im Abs. 4 genannte Frist von sechs Monaten verlängern sich

a) bis e) unverändert.

(6) Personen, die in einer oder mehreren der im Abs. 1 lit. a genannten Pensions(Renten)versicherungen, in der Pensionsversicherung nach dem Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz oder in der Pensionsversicherung nach dem Bauern-Sozialversicherungsgesetz 60 Versicherungsmonate — ausgenommen Zeiten der Selbstversicherung gemäß § 16 a — erworben haben, können das Recht auf Weiterversicherung jederzeit geltend machen oder eine beendete Weiterversicherung erneuern. Abs. 3 ist mit der Maßgabe anzuwenden, daß die letzten 60 Monate vor dem Ende des zuletzt erworbenen Versicherungsmonates zu berücksichtigen sind.

(7) bis (9) unverändert.

Selbstversicherung in der Pensionsversicherung für Zeiten der Kindererziehung(-pflege)

§ 18. (1) bis (6) unverändert.

(7) Das Ende der Selbstversicherung steht hinsichtlich der Berechtigung zur Weiterversicherung in der Pensionsversicherung dem Ausscheiden aus der Pflichtversicherung im Sinne des § 17 Abs. 1 Z 1 lit. a gleich.

Selbstversicherung in der Pensionsversicherung für Zeiten der Pflege eines behinderten Kindes

§ 18 a. (1) bis (6) unverändert.

(7) Das Ende der Selbstversicherung steht hinsichtlich der Berechtigung zur Weiterversicherung in der Pensionsversicherung dem Ausscheiden aus der Pflichtversicherung im Sinne des § 17 Abs. 1 lit. a gleich.

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

§ 31. (1) unverändert.

(2) Dem Hauptverband obliegt die Wahrnehmung der allgemeinen Interessen der Sozialversicherung und die Vertretung der Sozialversicherungsträger in gemeinsamen Angelegenheiten.

(3) Ihm obliegt insbesondere:

1. bis 21. unverändert.

22. der Aufbau und die Führung einer Statistikdatenbank der österreichischen Sozialversicherung gemeinsam mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung. Die Statistikdatenbank ist in einer Weise aufzubauen und zu führen, daß sie im Rahmen der Aufgaben des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, der Sozialversicherungsträger und des Hauptverbandes verwendbar ist.

(4) unverändert.

Selbstversicherung in der Pensionsversicherung für Zeiten der Pflege eines behinderten Kindes

§ 18 a. (1) bis (6) unverändert.

(7) Das Ende der Selbstversicherung steht hinsichtlich der Berechtigung zur Weiterversicherung in der Pensionsversicherung dem Ausscheiden aus der Pflichtversicherung im Sinne des § 17 Abs. 1 Z 1 lit. a gleich.

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

§ 31. (1) unverändert.

(2) Dem Hauptverband obliegt

1. die Wahrnehmung der allgemeinen Interessen der Sozialversicherung und die Vertretung der Sozialversicherungsträger in gemeinsamen Angelegenheiten
2. die Forschung auf dem Gebiet der Sozialen Sicherheit.

(3) Ihm obliegt insbesondere:

1. bis 21. unverändert.
22. der Aufbau und die Führung einer Statistikdatenbank der österreichischen Sozialversicherung gemeinsam mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung. Die Statistikdatenbank ist in einer Weise aufzubauen und zu führen, daß sie im Rahmen der Aufgaben des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, der Sozialversicherungsträger und des Hauptverbandes verwendbar ist;
23. unter Bedachtnahme auf § 133 Abs. 2 Richtlinien über die Berücksichtigung ökonomischer Grundsätze bei der Krankenbehandlung aufzustellen. In diesen Richtlinien, die für die Vertragspartner (§§ 338 ff) verbindlich sind, sind jene Behandlungsmethoden anzuführen, die entweder allgemein oder unter bestimmten Voraussetzungen (zB für gewisse Krankheitsgruppen) erst nach einer chef- oder kontrollärztlichen Bewilligung des Versicherungsträgers anzuwenden sind. Durch diese Richtlinien darf der Zweck der Krankenbehandlung nicht gefährdet werden.

(4) unverändert.

ASVG — Geltende Fassung

(5) Die vom Hauptverband aufgestellten Richtlinien und im Rahmen seines gesetzlichen Wirkungskreises gefaßten Beschlüsse sind für die im Hauptverband zusammengefaßten Versicherungsträger verbindlich; jedoch gelten die gemäß Abs. 3 Z 13 aufgestellten Richtlinien nicht für die Träger der nach den Vorschriften über die Bauernkrankenversicherung, über die Gewerbliche Selbständigenkrankenversicherung und über die Krankenversicherung öffentlich Bediensteter geregelten Krankenversicherung. Die gemäß Abs. 3 Z 3, 4, 10, 11 lit. a, 13, 15, 16 und 21 aufgestellten Richtlinien bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Zustimmung des Bundesministers für Arbeit und Soziales, die gemäß Abs. 3 Z 18 aufgestellten Richtlinien bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Zustimmung des Bundesministers für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz. Die gemäß Abs. 3 Z 3, 11 lit. a, 15, 17 und 21 aufgestellten Richtlinien sowie das gemäß Abs. 3 Z 11 lit. b herausgegebene Heilmittelverzeichnis sind in der Fachzeitschrift „Soziale Sicherheit“ zu verlautbaren.

(6) und (7) unverändert.

(8) Die in Abs. 3 Z 19 bezeichnete Dokumentation ist unter besonderer Berücksichtigung der einschlägigen Rechtsvorschriften und ihrer Änderungen sowie der hiezu ergangenen Rechtsprechung und wissenschaftlichen Bearbeitung in einer Weise aufzubauen und zu führen, daß sie im Rahmen der gesetzlichen Aufgaben des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, der Sozialversicherungsträger, des Hauptverbandes sowie für Zwecke der gesetzgebenden Körperschaften des Bundes verwendbar ist. Der Hauptverband hat am Aufbau dieser Dokumentation in Zusammenarbeit mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales nach Maßgabe der jeweiligen sachlichen und organisatorischen Erfordernisse mitzuwirken. Ihm obliegt ferner die Führung dieser Dokumentation dahin gehend, daß das Material, soweit es für Zwecke der Dokumentation gespeichert wurde, für die genannten Stellen zugriffsbereit gehalten wird. Der Zugriff ist auch den Gerichten und anderen Stellen der Gebietskörperschaften, sofern die von letzteren betriebenen Rechtsdokumentationen auch der Sozialversicherung kostenlos zugänglich gemacht werden, zu ermöglichen. Das Material, soweit es für Zwecke der Dokumentation gespeichert wurde, ist nach Maßgabe der technischen und organisatorischen Möglichkeiten gegen Kostenersatz den gesetzlichen beruflichen Vertretungen und anderen Stellen und Personen zugänglich zu machen; der Kostenersatz kann, wenn dies der Verwaltungsvereinfachung dient, in einer nach dem durchschnittlichen Ausmaß der Inanspruchnahme bemessenen Pauschalabgeltung festgesetzt werden. Der

ASVG — Vorgeschlagene Fassung

(5) Die vom Hauptverband aufgestellten Richtlinien und im Rahmen seines gesetzlichen Wirkungskreises gefaßten Beschlüsse sind für die im Hauptverband zusammengefaßten Versicherungsträger verbindlich; jedoch gelten die gemäß Abs. 3 Z 13 aufgestellten Richtlinien nicht für die Träger der nach den Vorschriften über die Bauernkrankenversicherung, über die Gewerbliche Selbständigenkrankenversicherung und über die Krankenversicherung öffentlich Bediensteter geregelten Krankenversicherung. Die gemäß Abs. 3 Z 3, 4, 10, 11 lit. a, 13, 15, 16, 21 und 23 aufgestellten Richtlinien bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Zustimmung des Bundesministers für Arbeit und Soziales, die gemäß Abs. 3 Z 18 aufgestellten Richtlinien bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Zustimmung des Bundesministers für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz. Die gemäß Abs. 3 Z 3, 11 lit. a, 15, 17, 21 und 23 aufgestellten Richtlinien sowie das gemäß Abs. 3 Z 11 lit. b herausgegebene Heilmittelverzeichnis sind in der Fachzeitschrift „Soziale Sicherheit“ zu verlautbaren.

(6) und (7) unverändert.

(8) Die in Abs. 3 Z 19 bezeichnete Dokumentation ist unter besonderer Berücksichtigung der einschlägigen Rechtsvorschriften und ihrer Änderungen sowie der hiezu ergangenen Rechtsprechung und wissenschaftlichen Bearbeitung in einer Weise aufzubauen und zu führen, daß sie im Rahmen der gesetzlichen Aufgaben des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, der Sozialversicherungsträger, des Hauptverbandes sowie für Zwecke der gesetzgebenden Körperschaften des Bundes verwendbar ist. Der Hauptverband hat am Aufbau dieser Dokumentation in Zusammenarbeit mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales nach Maßgabe der jeweiligen sachlichen und organisatorischen Erfordernisse mitzuwirken. Ihm obliegt ferner die Führung dieser Dokumentation dahin gehend, daß das Material, soweit es für Zwecke der Dokumentation gespeichert wurde, für die genannten Stellen zugriffsbereit gehalten wird. Der Zugriff ist auch den Gerichten, Universitäten und anderen Stellen der Gebietskörperschaften, sofern die von letzteren betriebenen Rechtsdokumentationen auch der Sozialversicherung kostenlos zugänglich gemacht werden, zu ermöglichen. Das Material, soweit es für Zwecke der Dokumentation gespeichert wurde, ist nach Maßgabe der technischen und organisatorischen Möglichkeiten gegen Kostenersatz den gesetzlichen beruflichen Vertretungen und anderen Stellen und Personen zugänglich zu machen; der Kostenersatz kann, wenn dies der Verwaltungsvereinfachung dient, in einer nach dem durchschnittlichen Ausmaß der Inanspruchnahme bemessenen Pauschalabgeltung festgesetzt

ASVG — Geltende Fassung

durch den Aufbau und den Betrieb der Dokumentation entstehende Aufwand ist, soweit er nicht durch die Kostenersätze der abfragenden Stellen gedeckt wird, je zur Hälfte vom Hauptverband und vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales zu tragen. Über den Aufbau und die Führung der Dokumentation (oder eines ihrer Teile) können auch Vereinbarungen mit anderen Personen abgeschlossen werden, soweit dadurch Kosten eingespart werden können. In solchen Vereinbarungen ist vorzusehen, daß

1. und 2. unverändert.
- (9) und (10) unverändert.

An- und Abmeldung der Pflichtversicherten

§ 33. (1) und (2) unverändert.

(3) Aufgehoben.

Meldung der Zahlungsempfänger

§ 40. Die Zahlungsempfänger (§ 106) sind verpflichtet, jede Änderung in den für den Fortbestand der Bezugsberechtigung maßgebenden Verhältnissen sowie jede Änderung ihres Wohnsitzes bzw. des Wohnsitzes des Anspruchsberechtigten, soweit im folgenden nichts anderes bestimmt wird, binnen zwei Wochen dem zuständigen Versicherungsträger anzuzeigen. Personen, die Anspruch haben

1. auf Geldleistungen aus den Versicherungsfällen der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit oder der Mutterschaft
2. auf Pensionen aus der Pensionsversicherung mit Ausnahme der Ansprüche auf Knappschaftspensionen und Knappschaftssold sowie Waisenpensionen haben während des Leistungsbezuges bzw. während des Ruhens des Leistungsanspruches jede Aufnahme einer Erwerbstätigkeit sowie die Höhe des Erwerbseinkommens und jede Änderung der Höhe des Erwerbseinkommens binnen sieben Tagen zu melden, soweit dies für den Fortbestand und

ASVG — Vorgeschlagene Fassung

werden. Der durch den Aufbau und den Betrieb der Dokumentation entstehende Aufwand ist, soweit er nicht durch die Kostenersätze der abfragenden Stellen gedeckt wird, je zur Hälfte vom Hauptverband und vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales zu tragen. Über den Aufbau und die Vereinbarungen mit anderen Personen abgeschlossen werden, soweit dadurch Kosten eingespart werden können. In solchen Vereinbarungen ist vorzusehen, daß

1. und 2. unverändert.
- (9) und (10) unverändert.

An- und Abmeldung der Pflichtversicherten

§ 33. (1) und (2) unverändert.

(3) Abweichend von Abs. 1 sind für die nach § 25 Abs. 1 und 4 des Arbeitsmarktförderungsgesetzes, BGBl. Nr. 31/1969, pflichtversicherten Bezieher einer Beihilfe zur Deckung des Lebensunterhaltes die An- und Abmeldung durch Verordnung gemäß § 25 c Abs. 3 des Arbeitsmarktförderungsgesetzes zu regeln.

Meldung der Zahlungsempfänger (Leistungswerber)

§ 40. (1) Die Zahlungsempfänger (§ 106) sind verpflichtet, jede Änderung in den für den Fortbestand der Bezugsberechtigung maßgebenden Verhältnissen sowie jede Änderung ihres Wohnsitzes bzw. des Wohnsitzes des Anspruchsberechtigten, soweit im folgenden nichts anderes bestimmt wird, binnen zwei Wochen dem zuständigen Versicherungsträger anzuzeigen. Personen, die Anspruch haben,

1. auf Geldleistungen aus den Versicherungsfällen der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit oder der Mutterschaft
2. auf Pensionen aus der Pensionsversicherung mit Ausnahme der Ansprüche auf Knappschaftspensionen und Knappschaftssold sowie Waisenpensionen, haben während des Leistungsbezuges jede Aufnahme einer Erwerbstätigkeit sowie die Höhe des Erwerbseinkommens und jede Änderung der Höhe des Erwerbseinkommens binnen sieben Tagen zu melden, soweit dies für den Fortbestand und das Ausmaß der Bezugsberechtigung maßgebend ist.

das Ausmaß der Bezugsberechtigung maßgebend ist. Einkommensänderungen, die auf Grund der alljährlichen Rentenanpassung in der Kriegsoffer- und Heeresversorgung bewirkt werden, unterliegen nicht der Anzeigeverpflichtung.

Form der Meldungen

§ 41. (1) Die Meldungen nach § 33 Abs. 1 und 2 sowie § 34 Abs. 1 sind mit den vom Träger der Krankenversicherung aufzulegenden Vordrucken zu erstatten; auch ohne Vordruck schriftlich erstattete Meldungen gelten als ordnungsgemäß erstattet, wenn sie alle wesentlichen Angaben enthalten, die für die Durchführung der Versicherung notwendig sind, und den Richtlinien nach Abs. 3 entsprechen. Die Betriebskrankenkassen können auf die Verwendung von Vordrucken verzichten.

(2) und (3) unverändert.

Allgemeine Beiträge für Vollversicherte

§ 51. (1) Für vollversicherte Dienstnehmer (Lehrlinge) sowie für die gemäß § 4 Abs. 1 Z 3, 8 und 10 pflichtversicherten, nicht als Dienstnehmer beschäftigten Personen ist, sofern im folgenden nicht anderes bestimmt wird, als allgemeiner Beitrag zu leisten:

1. in der Krankenversicherung
 - a) für Dienstnehmer, deren Beschäftigungsverhältnis durch das Angestelltengesetz, BGBl. Nr. 292/1921, Gutsangestelltengesetz, BGBl. Nr. 538/1923, Journalistengesetz, StGBI. Nr. 88/1920, oder Schauspielergesetz, BGBl. Nr. 441/1922, geregelt ist oder die gemäß § 14 Abs. 1 Z 2 oder Abs. 4 zur Pensionsversicherung der Angestellten gehören sowie für Versicherte gemäß § 4 Abs. 1 Z 5, 9 und 10 für zeitverpflichtete Soldaten. 5 vH
 - b) für Dienstnehmer, die unter den Geltungsbereich des Entgeltfortzahlungsgesetzes fallen, für Dienstnehmer, die gemäß § 1 Abs. 3

Einkommensänderungen, die auf der alljährlichen Rentenanpassung in der Kriegsoffer- und Heeresversorgung bewirkt werden, unterliegen nicht der Anzeigeverpflichtung.

(2) Abs. 1 gilt auch für Personen, die eine Leistung aus einem Versicherungsfall des Alters beantragt haben, wenn sie vom Versicherungsträger nachweislich über den Umfang ihrer Meldeverpflichtung belehrt wurden.

Form der Meldungen

§ 41. (1) Die Meldungen nach § 33 Abs. 1 und 2 sowie § 34 Abs. 1 sind mit den vom Träger der Krankenversicherung aufzulegenden Vordrucken zu erstatten; auch ohne Vordruck schriftlich oder mittels elektronischer Datenträger erstattete Meldungen gelten als ordnungsgemäß erstattet, wenn sie alle wesentlichen Angaben enthalten, die für die Durchführung der Versicherung notwendig sind, und den Richtlinien nach Abs. 3 entsprechen. Die Betriebskrankenkassen können auf die Verwendung von Vordrucken verzichten.

(2) und (3) unverändert.

Allgemeine Beiträge für Vollversicherte

§ 51. (1) Für vollversicherte Dienstnehmer (Lehrlinge) sowie für die gemäß § 4 Abs. 1 Z 3, 8 und 10 pflichtversicherten, nicht als Dienstnehmer beschäftigten Personen ist, sofern im folgenden nicht anderes bestimmt wird, als allgemeiner Beitrag zu leisten:

1. in der Krankenversicherung
 - a) für Dienstnehmer, deren Beschäftigungsverhältnis durch das Angestelltengesetz, BGBl. Nr. 292/1921, Gutsangestelltengesetz, BGBl. Nr. 538/1923, Journalistengesetz, StGBI. Nr. 88/1920, oder Schauspielergesetz, BGBl. Nr. 441/1922, geregelt ist oder die gemäß § 14 Abs. 1 Z 2 oder Abs. 4 zur Pensionsversicherung der Angestellten gehören sowie für Versicherte gemäß § 4 Abs. 1 Z 5, 9 und 10 und für zeitverpflichtete Soldaten 5,5 vH
 - b) für Dienstnehmer, die unter den Geltungsbereich des Entgeltfortzahlungsgesetzes fallen, für Dienstnehmer, die

ASVG — Geltende Fassung

- des Entgeltfortzahlungsgesetzes davon ausgenommen sind und zur Pensionsversicherung der Arbeiter gehören, für alle Versicherten, auf die Art. II, III oder IV des Entgeltfortzahlungsgesetzes anzuwenden ist, sowie für Heimarbeiter 6,3 vH
- c) für Dienstnehmer, deren Beschäftigungsverhältnis dem Landarbeitsgesetz 1984, BGBl. Nr. 287 unterliegt 6,3 vH
- d) für die übrigen Vollversicherten 7,5 vH
- der allgemeinen Beitragsgrundlage;
2. und 3. unverändert.
- (2) bis (6) unverändert.

Beiträge während der Leistung des Präsenzdienstes

§ 56 a. (1) unverändert.

(2) Der Bund hat an den Versicherungsträger einen Pauschalbetrag in der Höhe von 341 S monatlich für jeden Familienangehörigen gemäß § 123 des im ordentlichen oder außerordentlichen Präsenzdienst stehenden Versicherten (§ 8 Abs. 1 Z 1 lit. c) zu leisten. An die Stelle dieses Betrags tritt ab Beginn eines jeden Beitragsjahres (§ 242 Abs. 6 erster Halbsatz) der unter Bedachtnahme auf § 108 i mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 108 a Abs. 1) vervielfachte Betrag. Der dreißigste Teil des monatlichen Pauschalbetrages gilt als auf den Tag entfallender

ASVG — Vorgeschlagene Fassung

- gemäß § 1 Abs. 3 des Entgeltfortzahlungsgesetzes davon ausgenommen sind und zur Pensionsversicherung der Arbeiter gehören, für alle Versicherten, auf die Art. II, III oder IV des Entgeltfortzahlungsgesetzes anzuwenden ist, sowie für Heimarbeiter 6,6 vH
- c) für Dienstnehmer, deren Beschäftigungsverhältnis dem Landarbeitsgesetz 1984, BGBl. Nr. 287 unterliegt 6,6 vH
- d) für die übrigen Vollversicherten 7,8 vH
- der allgemeinen Beitragsgrundlage;
2. und 3. unverändert.
- (2) bis (6) unverändert.

Zusatzbeitrag in der Krankenversicherung

§ 51 b. (1) Für in der Krankenversicherung versicherte Personen ist ein Zusatzbeitrag in der Krankenversicherung im Ausmaß von 0,5 vH der (allgemeinen) Beitragsgrundlage zu leisten. Von diesem Zusatzbeitrag entfallen

1. auf den Pflichtversicherten 0,25 vH

2. auf dessen Dienstgeber 0,25 vH

der allgemeinen Beitragsgrundlage.

(2) Alle für die Beiträge zur Pflichtversicherung in der Krankenversicherung geltenden Rechtsvorschriften sind, soweit nichts anderes bestimmt wird, auf den Zusatzbeitrag nach Abs. 1 anzuwenden.

Beiträge während der Leistung des Präsenzdienstes

§ 56 a. (1) unverändert.

(2) Der Bund hat an den Versicherungsträger einen Pauschalbetrag in der Höhe von 449 S monatlich für jeden Familienangehörigen gemäß § 123 des im ordentlichen oder außerordentlichen Präsenzdienst stehenden Versicherten (§ 8 Abs. 1 Z 1 lit. c) zu leisten. An die Stelle dieses Betrags tritt ab Beginn eines jeden Beitragsjahres (§ 242 Abs. 6 erster Halbsatz) der unter Bedachtnahme auf § 108 i mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 108 a Abs. 1) vervielfachte Betrag. Der dreißigste Teil des monatlichen Pauschalbetrages gilt als auf den Tag entfallender

Pauschalbetrag, der siebenfache Tagespauschalbetrag gilt als auf die Woche entfallender Pauschalbetrag.

(3) unverändert.

Verjährung der Beiträge

§ 68. (1) Das Recht auf Feststellung der Verpflichtung zur Zahlung von Beiträgen verjährt binnen zwei Jahren vom Tag der Fälligkeit der Beiträge. Hat der Dienstgeber Angaben über Versicherte bzw. über deren Entgelt nicht innerhalb der in Betracht kommenden Meldefristen gemacht, so beginnt die Verjährungsfrist erst mit dem Tage der Meldung zu laufen. Diese Verjährungsfrist der Feststellung verlängert sich jedoch auf fünf Jahre, wenn der Dienstgeber oder eine sonstige meldepflichtige Person (§ 36) keine oder unrichtige Angaben bzw. Änderungsmeldungen über die bei ihm beschäftigten Personen bzw. über deren jeweiliges Entgelt (auch Sonderzahlungen im Sinne des § 49 Abs. 2) gemacht hat, die er bei gehöriger Sorgfalt als notwendig oder unrichtig hätte erkennen müssen. Die Verjährung des Feststellungsrechtes wird durch jede zum Zwecke der Feststellung getroffene Maßnahme in dem Zeitpunkt unterbrochen, in dem der Zahlungspflichtige hievon in Kenntnis gesetzt wird. Die Verjährung ist gehemmt, solange ein Verfahren in Verwaltungssachen bzw. vor den Gerichtshöfen des öffentlichen Rechtes über das Bestehen der Pflichtversicherung oder die Feststellung der Verpflichtung zur Zahlung von Beiträgen anhängig ist.

(2) und (3) unverändert.

Rückforderung ungebührlich entrichteter Beiträge

§ 69. (1) Zu Ungebühr entrichtete Beiträge können, soweit im folgenden nichts anderes bestimmt wird, zurückgefordert werden. Das Recht auf Rückforderung verjährt nach Ablauf von drei Jahren nach deren Zahlung. Der Lauf der Verjährung des Rückforderungsrechtes wird durch Einleitung eines Verwaltungsverfahrens zur Herbeiführung einer Entscheidung, aus der sich die Ungebührlichkeit der Beitragsentrichtung ergibt, bis zu einem Anerkenntnis durch den Versicherungsträger bzw. bis zum Eintritt der Rechtskraft der Entscheidung im Verwaltungsverfahren unterbrochen.

(2) bis (6) unverändert.

Pauschalbetrag, der siebenfache Tagespauschalbetrag gilt als auf die Woche entfallender Pauschalbetrag.

(3) unverändert.

Verjährung der Beiträge

§ 68. (1) Das Recht auf Feststellung der Verpflichtung zur Zahlung von Beiträgen verjährt bei Beitragsschuldnern und Beitragsmithaftenden binnen drei Jahren vom Tag der Fälligkeit der Beiträge. Hat der Dienstgeber Angaben über Versicherte bzw. über deren Entgelt nicht innerhalb der in Betracht kommenden Meldefristen gemacht, so beginnt die Verjährungsfrist erst mit dem Tage der Meldung zu laufen. Diese Verjährungsfrist der Feststellung verlängert sich jedoch auf fünf Jahre, wenn der Dienstgeber oder eine sonstige meldepflichtige Person (§ 36) keine oder unrichtige Angaben bzw. Änderungsmeldungen über die bei ihm beschäftigten Personen bzw. über deren jeweiliges Entgelt (auch Sonderzahlungen im Sinne des § 49 Abs. 2) gemacht hat, die er bei gehöriger Sorgfalt als notwendig oder unrichtig hätte erkennen müssen. Die Verjährung des Feststellungsrechtes wird durch jede zum Zwecke der Feststellung getroffene Maßnahme in dem Zeitpunkt unterbrochen, in dem der Zahlungspflichtige hievon in Kenntnis gesetzt wird. Die Verjährung ist gehemmt, solange ein Verfahren in Verwaltungssachen bzw. vor den Gerichtshöfen des öffentlichen Rechtes über das Bestehen der Pflichtversicherung oder die Feststellung der Verpflichtung zur Zahlung von Beiträgen anhängig ist.

(2) und (3) unverändert.

Rückforderung ungebührlich entrichteter Beiträge

§ 69. (1) Zu Ungebühr entrichtete Beiträge können, soweit im folgenden nichts anderes bestimmt wird, zurückgefordert werden. Das Recht auf Rückforderung verjährt nach Ablauf von fünf Jahren nach deren Zahlung. Der Lauf der Verjährung des Rückforderungsrechtes wird durch Einleitung eines Verwaltungsverfahrens zur Herbeiführung einer Entscheidung, aus der sich die Ungebührlichkeit der Beitragsentrichtung ergibt, bis zu einem Anerkenntnis durch den Versicherungsträger bzw. bis zum Eintritt der Rechtskraft der Entscheidung im Verwaltungsverfahren unterbrochen.

(2) bis (6) unverändert.

Beiträge in der Krankenversicherung der Pensionisten

§ 73. (1) bis (3) unverändert.

(4) Die Beiträge nach Abs. 3 sind vorschußweise in monatlichen Raten in dem im Abs. 3 bezeichneten Hundertsatz der Summe des im vorangegangenen Kalendermonat erwachsenden Aufwandes an Pensionen (Pensionssonderzahlungen) dem Hauptverband zu überweisen. Der Ausgleich ist innerhalb der ersten sechs Monate des folgenden Kalenderjahres vorzunehmen. Der Hauptverband teilt die einlangenden Beiträge auf die zuständigen Träger der Krankenversicherung nach einem Schlüssel auf, der vom Bundesminister für Arbeit und Soziales auf Antrag des Hauptverbandes unter Berücksichtigung des Verhältnisses, in welchem der Pensionsaufwand aller nach Abs. 1 beitragspflichtigen Träger der Pensionsversicherung auf die bei den einzelnen Trägern der Krankenversicherung gemäß § 8 Abs. 1 Z 1 lit. a oder d krankenversicherten Personen entfällt, festgesetzt wird.

(5) bis (7) unverändert.

(8) In der Krankenversicherung der nach § 8 Abs. 1 Z 1 lit. b teilversicherten Bezieher einer laufenden Geldleistung aus der zusätzlichen Pensionsversicherung nach § 479 haben die Träger der zusätzlichen Pensionsversicherung an die Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen ab dem Beginn der Krankenversicherung (§ 10 Abs. 6 bzw. 7) bis zu deren Ende (§ 12 Abs. 5) einen Beitrag von 5,7 vH der Beitragsgrundlage zu entrichten; als Beitragsgrundlage gilt die die Teilversicherung begründende laufende Geldleistung aus der zusätzlichen Pensionsversicherung in ihrer jeweiligen Höhe ohne Berücksichtigung von Ruhensbestimmungen.

(9) Aufgehoben.

Beiträge in der Krankenversicherung der Pensionisten

§ 73. (1) bis (3) unverändert.

(4) Die Beiträge nach Abs. 3 sind vorschußweise in monatlichen Raten in dem im Abs. 3 bezeichneten Hundertsatz der Summe des im vorangegangenen Kalendermonat erwachsenden Aufwandes an Pensionen (Pensionssonderzahlungen) dem Hauptverband zu überweisen. Der Ausgleich ist innerhalb der ersten sechs Monate des folgenden Kalenderjahres vorzunehmen. Der Hauptverband teilt die einlangenden Beiträge auf die zuständigen Träger der Krankenversicherung nach einem Schlüssel auf, der vom Bundesminister für Arbeit und Soziales unter Berücksichtigung des Verhältnisses, in welchem der Pensionsaufwand aller nach Abs. 1 beitragspflichtigen Träger der Pensionsversicherung auf die bei den einzelnen Trägern der Krankenversicherung gemäß § 8 Abs. 1 Z 1 lit. a oder d krankenversicherten Personen entfällt, innerhalb der ersten sechs Monate des folgenden Kalenderjahres mit Verordnung festzusetzen ist. Der Hauptverband hat die vorschußweise einlangenden Beiträge nach dem 20. eines jeden Kalendermonates vorläufig nach einem Schlüssel aufzuteilen und an die zuständigen Träger der Krankenversicherung zu überweisen, der jährlich bis zum 30. November für das Folgejahr nach den gleichen Grundsätzen wie der endgültige Schlüssel nach den jeweils aktuellsten Daten festzusetzen ist. Der Ausgleich ist innerhalb von drei Monaten nach dem Inkrafttreten der jeweiligen Verordnung vorzunehmen.

(5) bis (7) unverändert.

(8) In der Krankenversicherung der nach § 8 Abs. 1 Z 1 lit. b teilversicherten Bezieher einer laufenden Geldleistung aus der zusätzlichen Pensionsversicherung nach § 479 haben die Träger der zusätzlichen Pensionsversicherung an die Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen ab dem Beginn der Krankenversicherung (§ 10 Abs. 6 bzw. 7) bis zu deren Ende (§ 12 Abs. 5) einen Beitrag von 5,7 vH der Beitragsgrundlage zu entrichten; als Beitragsgrundlage gilt die die Teilversicherung begründende laufende Geldleistung aus der zusätzlichen Pensionsversicherung in ihrer jeweiligen Höhe ohne Berücksichtigung von Ruhensbestimmungen.

(9) Abweichend von § 73 Abs. 4 wird die Aufteilung der Beiträge in der Krankenversicherung der Pensionisten (Rentner) auf die Krankenversicherungsträger für die Kalenderjahre 1985 bis 1990 wie folgt festgesetzt:

ASVG — Geltende Fassung

ASVG — Vorgeschlagene Fassung

	Endgültige Aufteilungsschlüssel in Prozent		
	1985	1986	1987
Krankenversicherungsträger			
Wiener Gebietskrankenkasse . . .	31,93417	31,44863	30,84390
Niederösterreichische Gebiets- krankenkasse	16,64272	16,76266	16,92323
Burgenländische Gebietskran- kenkasse	2,52712	2,57598	2,64660
Oberösterreichische Gebiets- krankenkasse	14,95248	15,08610	15,29008
Steiermärkische Gebietskran- kenkasse	12,10927	12,11266	12,15748
Kärntner Gebietskrankenkasse .	5,66937	5,74931	5,80497
Salzburger Gebietskran- kenkasse	4,89322	4,92737	4,94872
Tiroler Gebietskrankenkasse . . .	5,52247	5,57068	5,60872
Vorarlberger Gebietskran- kenkasse	3,04539	3,08146	3,09725

	Endgültige Aufteilungsschlüssel in Prozent		
	1988	1989	1990
Krankenversicherungsträger			
Wiener Gebietskrankenkasse . . .	30,21413	29,68775	29,18969
Niederösterreichische Gebiets- krankenkasse	17,09285	17,26208	17,41738
Burgenländische Gebietskran- kenkasse	2,69619	2,74948	2,81013
Oberösterreichische Gebiets- krankenkasse	15,51708	15,64787	15,76186
Steiermärkische Gebietskran- kenkasse	12,20956	12,24122	12,26364
Kärntner Gebietskrankenkasse .	5,87081	5,89547	5,93241
Salzburger Gebietskran- kenkasse	4,96794	5,00253	5,03334
Tiroler Gebietskrankenkasse . . .	5,62416	5,65178	5,68153
Vorarlberger Gebietskran- kenkasse	3,11713	3,13799	3,15929

284 der Beilagen

53

ASVG — Geltende Fassung

ASVG — Vorgeschlagene Fassung

54

	Endgültige Aufteilungsschlüssel in Prozent		
	1985	1986	1987
Krankenversicherungsträger			
Betriebskrankenkasse der Österreichischen Staatsdruckerei	0,06918	0,06840	0,06779
Betriebskrankenkasse der Austria Tabakwerke	0,24986	0,24445	0,24501
Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe	0,01939	0,01907	0,01862
Betriebskrankenkasse der Semperit-AG	0,54328	0,55500	0,56047
Betriebskrankenkasse der Neusiedler AG für Papierfabrikation	0,08142	0,08139	0,08217
Betriebskrankenkasse der Vereinigten Österreichischen Eisen- und Stahlwerke-Alpine Stahl Donawitz Ges. m. b. H.	0,55402	0,53250	0,52162
Betriebskrankenkasse Zeltweg der Vereinigten Österreichischen Eisen- und Stahlwerke-Alpine Maschinenbau Ges. m. b. H.	0,10335	0,10422	0,10540
Betriebskrankenkasse der Vereinigten Österreichischen Eisen- und Stahlwerke-Alpine Stahlrohr-Kindberg Ges. m. b. H.	0,09475	0,09862	0,09806
Betriebskrankenkasse Böhler Kapfenberg	0,49054	0,48416	0,48650
Betriebskrankenkasse der Firma Johann Pengg	0,05786	0,05780	0,05843

284 der Beilagen

ASVG — Geltende Fassung

ASVG — Vorgeschlagene Fassung

	Endgültige Aufteilungsschlüssel in Prozent		
	1988	1989	1990
Krankenversicherungsträger			
Betriebskrankenkasse der Österreichischen Staatsdruckerei	0,06714	0,06712	0,06641
Betriebskrankenkasse der Austria Tabakwerke	0,24291	0,24195	0,24049
Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe	0,01868	0,01813	0,01721
Betriebskrankenkasse der Semperit-AG	0,56443	0,56915	0,56943
Betriebskrankenkasse der Neusiedler AG für Papierfabrikation	0,08216	0,08394	0,08576
Betriebskrankenkasse der Vereinigten Österreichischen Eisen- und Stahlwerke-Alpine Stahl Donawitz Ges. m. b. H.	0,51967	0,52879	0,53797
Betriebskrankenkasse Zeltweg der Vereinigten Österreichischen Eisen- und Stahlwerke-Alpine Maschinenbau Ges. m. b. H.	0,10832	0,11219	0,11569
Betriebskrankenkasse der Vereinigten Österreichischen Eisen- und Stahlwerke-Alpine Stahlrohr-Kindberg Ges. m. b. H.	0,09770	0,10048	0,10190
Betriebskrankenkasse Böhler Kapfenberg	0,49389	0,50259	0,51306
Betriebskrankenkasse der Firma Johann Pengg	0,05953	0,06138	0,06288

284 der Beilagen

55

284 der Beilagen XVIII. GP - Regierungsvorlage (gesamtes Original)

55 von 112

	Endgültige Aufteilungsschlüssel in Prozent		
	1985	1986	1987
Krankenversicherungsträger			
Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues	0,01098	0,00958	0,00889
Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen	0,42916	0,42996	0,42609

	Endgültige Aufteilungsschlüssel in Prozent		
	1988	1989	1990
Krankenversicherungsträger			
Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues	0,00818	0,00725	0,00640
Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen	0,42754	0,43086	0,43353

Der Ausgleich ist zusammen mit dem Ausgleich für das Geschäftsjahr 1991 (§ 73 Abs. 4 letzter Satz) vorzunehmen.

Beitragsgrundlage für Selbstversicherte in der Krankenversicherung

§ 76. (1) Beitragsgrundlage für den Kalendertag ist für die

1. unverändert
2. im § 16 Abs. 2 bezeichneten Selbstversicherten, sofern diese das 35. Lebensjahr noch nicht vollendet, kein Hochschulstudium im Sinne des § 2 Abs. 1 lit. d des Studienförderungsgesetzes 1983 absolviert haben und kein Einkommen im Sinne des § 4 des Studienförderungsgesetzes 1983 beziehen, der Tageswert der Lohnstufe (§ 46 Abs. 4) in die der gemäß § 76 a Abs. 3 genannte, jeweils geltende Betrag fällt.

Beitragsgrundlage für Selbstversicherte in der Krankenversicherung

§ 76. (1) Beitragsgrundlage für den Kalendertag ist für die

1. unverändert
2. im § 16 Abs. 2 bezeichneten Selbstversicherten der Tageswert der Lohnstufe (§ 46 Abs. 4), in die der gemäß § 76 a Abs. 3 genannte, jeweils geltende Betrag fällt; an die Stelle dieser Beitragsgrundlage tritt jedoch die Beitragsgrundlage nach Z 1, wenn der Selbstversicherte
 - a) ein Einkommen bezieht, das das im § 4 Abs. 4 des Studienförderungsgesetzes 1983 bezeichnete Höchstausmaß jährlich überschreitet oder
 - b) eine Studiendauer im Sinne des § 2 Abs. 3 des Studienförderungsgesetzes 1983 ohne wichtige Gründe um mehr als vier Semester überschritten hat oder
 - c) vor dem gegenwärtigen Studium schon ein Hochschulstudium im Sinne des § 2 Abs. 1 lit. d des Studienförderungsgesetzes 1983 absolviert hat;
 lit. c ist nicht anzuwenden für Hörer (Lehrgangsteilnehmer) der Diplomatischen Akademie sowie für Selbstversicherte, sofern sie während

(2) und (3) unverändert.

(4) Die Abs. 2 und 3 gelten nicht für die im § 16 Abs. 2 bezeichneten Personen, sofern diese das 35. Lebensjahr noch nicht vollendet, kein Hochschulstudium im Sinne des § 2 Abs. 1 lit. d des Studienförderungsgesetzes 1983 absolviert haben und kein Einkommen im Sinne des § 4 des Studienförderungsgesetzes 1983 beziehen.

(5) und (6) unverändert.

Beitragsgrundlage für Weiterversicherte in der Pensionsversicherung

§ 76 a. (1) Beitragsgrundlage für den Kalendertag ist für in der Pensionsversicherung Weiterversicherte die um ein Sechstel ihres Betrages erhöhte Tagesbeitragsgrundlage der Pflichtversicherung (§ 242 Abs. 2 Z 1) des dem Ausscheiden aus der Pflichtversicherung vorangegangenen letzten Beitragsjahres (§ 242 Abs. 6 erster Halbsatz), in den Fällen des § 17 Abs. 3 letzter Satz ein Dreißigstel der sich nach § 244 a ergebenden Beitragsgrundlage. Hat der Versicherte Beitragszeiten der Pflichtversicherung nur im Beitragsjahr des Ausscheidens aus der Pflichtversicherung erworben, so ist dieses Beitragsjahr heranzuziehen. Die demnach in Betracht kommende Beitragsgrundlage ist mit dem sich nach Abs. 2 ergebenden Faktor zu vervielfachen. Hat die (der) Versicherte vor der Weiterversicherung Beitragszeiten einer Selbstversicherung nach § 18 erworben, gilt als Beitragsgrundlage für die Weiterversicherung die Beitragsgrundlage gemäß § 76 b Abs. 3 zweiter Satz, hat sie (er) vor der Weiterversicherung Beitragszeiten einer Selbstversicherung nach § 18 a erworben, gilt als Beitragsgrundlage für die Weiterversicherung die Beitragsgrundlage gemäß § 76 b Abs. 4.

(2) bis (7) unverändert.

des Hochschulstudiums keine selbständige oder unselbständige Erwerbstätigkeit ausüben; eine Erwerbstätigkeit, auf Grund derer ein Erwerbseinkommen bezogen wird, das das nach § 5 Abs. 2 lit. c jeweils in Betracht kommende Monateinkommen nicht übersteigt, bleibt hiebei unberücksichtigt.

(2) und (3) unverändert.

(4) Die Abs. 2 und 3 gelten nicht für die im § 16 Abs. 2 bezeichneten Personen, sofern ihre Beiträge von der Beitragsgrundlage nach Abs. 1 Z 2 erster Halbsatz berechnet werden.

(5) und (6) unverändert.

Beitragsgrundlage für Weiterversicherte in der Pensionsversicherung

§ 76 a. (1) Beitragsgrundlage für den Kalendertag ist für in der Pensionsversicherung Weiterversicherte die um ein Sechstel ihres Betrages erhöhte Tagesbeitragsgrundlage der Pflichtversicherung (§ 242 Abs. 2 Z 1) des dem Ausscheiden aus der Pflichtversicherung vorangegangenen letzten Beitragsjahres (§ 242 Abs. 6 erster Halbsatz), in den Fällen des § 17 Abs. 3 letzter Satz ein Dreißigstel der sich nach § 244 a ergebenden Beitragsgrundlage. Hat der Versicherte Beitragszeiten der Pflichtversicherung nur im Beitragsjahr des Ausscheidens aus der Pflichtversicherung erworben, so ist dieses Beitragsjahr heranzuziehen. Die demnach in Betracht kommende Beitragsgrundlage ist mit dem sich nach Abs. 2 ergebenden Faktor zu vervielfachen. Hat der (die) Versicherte vor der Weiterversicherung Beitragszeiten einer Selbstversicherung nach § 16 a erworben, gilt als Beitragsgrundlage für die Weiterversicherung die Beitragsgrundlage gemäß § 76 b Abs. 5; hat der (die) Versicherte vor der Weiterversicherung Beitragszeiten einer Selbstversicherung nach § 18 erworben, gilt als Beitragsgrundlage für die Weiterversicherung die Beitragsgrundlage gemäß § 76 b Abs. 3; hat der (die) Versicherte vor der Weiterversicherung Beitragszeiten einer Selbstversicherung nach § 18 a erworben, gilt als Beitragsgrundlage für die Weiterversicherung die Beitragsgrundlage gemäß § 76 b Abs. 4.

(2) bis (7) unverändert.

Beitragsgrundlage für Selbstversicherte

§ 76 b. (1) bis (4) unverändert.

(5) Beitragszeitraum ist der Kalendermonat; er ist einheitlich mit 30 Kalendertagen anzunehmen.

Ausmaß und Entrichtung

§ 77. (1) In der Krankenversicherung beträgt der Beitragssatz für Selbstversicherte, ausgenommen für Selbstversicherte nach § 19 a, 5 vH der Beitragsgrundlage. Zahlungen, die für Gruppen von Selbstversicherten von einer Einrichtung zur wirtschaftlichen Selbsthilfe auf Grund einer Vereinbarung mit dem den Beitrag einziehenden Versicherungsträger geleistet werden, sind auf den Beitrag anzurechnen. Für die nach § 19 a Selbstversicherten beträgt der Beitragssatz 5 vH bzw. 7,5 vH der Beitragsgrundlage, je nachdem, ob sie der Pensionsversicherung der Arbeiter oder einer anderen Pensionsversicherung zugehören (§ 19 a Abs. 5).

(2) Der Beitragssatz beträgt

- a) für die Weiterversicherung von Personen im Sinne des § 18 Abs. 2, solange die Voraussetzungen nach § 18 Abs. 1 erster und zweiter Satz zutreffen, sowie für die Selbstversicherung gemäß § 18 in der Pensionsversicherung der Arbeiter und Angestellten 10 vH, in der knappschaftlichen Pensionsversicherung 12,75 vH,
- b) für alle übrigen Weiter- und Selbstversicherten einschließlich der Selbstversicherten gemäß § 18 a in der Pensionsversicherung der Arbeiter und Angestellten 20 vH, in der knappschaftlichen Pensionsversicherung 25,5 vH

der Beitragsgrundlage. Für den Beginn und das Ende der Heranziehung der Beitragssätze nach lit. a gilt § 18 Abs. 5 und 6 bzw. § 18 a Abs. 5 und 6 entsprechend. Für die Höherversicherung in der Pensionsversicherung sind

Beitragsgrundlage für Selbstversicherte

§ 76 b. (1) bis (4) unverändert.

(5) Beitragsgrundlage für den Kalendertag ist für in der Pensionsversicherung gemäß § 16 a Selbstversicherte die um ein Sechstel ihres Betrages erhöhte halbe Höchstbeitragsgrundlage (§ 45 Abs. 1). Geht der Selbstversicherung gemäß § 16 a eine Pflichtversicherung voran, so ist die Beitragsgrundlage für den Kalendertag gemäß § 76 a Abs. 1 zu ermitteln. § 76 a Abs. 4 und 5 ist anzuwenden.

(6) Beitragszeitraum ist der Kalendermonat; er ist einheitlich mit 30 Kalendertagen anzunehmen.

Ausmaß und Entrichtung

§ 77. (1) In der Krankenversicherung ist für Selbstversicherte, ausgenommen für Selbstversicherte nach § 19 a, als Beitragssatz der gleiche Hundertsatz der Beitragsgrundlage wie im § 51 Abs. 1 Z 1 lit. a heranzuziehen. Zahlungen, die für Gruppen von Selbstversicherten von einer Einrichtung zur wirtschaftlichen Selbsthilfe auf Grund einer Vereinbarung mit dem den Beitrag einziehenden Versicherungsträger geleistet werden, sind auf den Beitrag anzurechnen. Für die nach § 19 a Selbstversicherten ist als Beitragssatz ein Hundertsatz der Beitragsgrundlage wie im § 51 Abs. 1 Z 1 lit. a bzw. lit. d heranzuziehen, je nachdem, ob sie der Pensionsversicherung der Arbeiter oder einer anderen Pensionsversicherung zugehören (§ 19 a Abs. 5).

(2) In der Pensionsversicherung beträgt der Beitragssatz

ASVG — Geltende Fassung

Beiträge in einer vom Versicherten gewählten Höhe zu entrichten; der jährliche Beitrag darf das Sechzigfache der Höchstbeitragsgrundlage nach § 45 Abs. 1 nicht übersteigen.

(3) bis (7) unverändert.

Vergütung für Mitwirkung an fremden Aufgaben

§ 82. (1) und (2) unverändert.

ASVG — Vorgeschlagene Fassung

1. für die Weiterversicherung von Personen im Sinne des § 18 Abs. 2, solange die Voraussetzungen nach § 18 Abs. 1 erster und zweiter Satz zutreffen, sowie für die Selbstversicherung gemäß § 18 10,25 vH,
 2. für alle übrigen Weiter- und Selbstversicherten einschließlich der Selbstversicherten gemäß den §§ 16 a und 18 a 22,8 vH
- der Beitragsgrundlage. Für den Beginn und das Ende der Heranziehung der Beitragssätze nach lit. a gilt § 18 Abs. 5 und 6 bzw. § 18 a Abs. 5 und 6 entsprechend. Für die Höherversicherung in der Pensionsversicherung sind Beiträge in einer vom Versicherten gewählten Höhe zu entrichten; der jährliche Beitrag darf das Sechzigfache der Höchstbeitragsgrundlage nach § 45 Abs. 1 nicht übersteigen.

(3) bis (7) unverändert.

§ 80 a. (1) Die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt hat an den Ausgleichsfonds der Pensionsversicherungsträger (§ 447 g) 1,5 Milliarden Schilling am 20. November 1992 zu überweisen.

(2) Abweichend von § 80 Abs. 1 leistet der Bund für das Geschäftsjahr 1992 einen Beitrag, der sich gegenüber dem nach § 80 Abs. 1 zu ermittelnden Betrag vermindert:

1. für die Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter um 1 050 Millionen Schilling,
2. für die Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen um 250 Millionen Schilling,
3. für die Pensionsversicherungsanstalt der Angestellten um 950 Millionen Schilling,
4. für die Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues um 350 Millionen Schilling.

Vergütung für Mitwirkung an fremden Aufgaben

§ 82. (1) und (2) unverändert.

(3) Soweit der Hauptverband an der Durchführung der der Arbeitsmarktverwaltung bzw. der Arbeitslosenversicherung gesetzlich übertragenen Aufgaben

Anfall der Leistungen

§ 86. (1) bis (3) unverändert.

(4) Leistungen aus der Unfallversicherung fallen, wenn innerhalb von zwei Jahren nach Eintritt des Versicherungsfalles weder der Anspruch von Amts wegen festgestellt noch ein Antrag auf Feststellung des Anspruches gestellt wurde, mit dem Tag der späteren Antragstellung bzw. mit dem Tag der Einleitung des Verfahrens an, das zur Feststellung des Anspruches führt. Wird für ein doppelt verwaistes Kind ein Antrag auf Waisenrente nach einem Elternteil gestellt, so ist dieser Antrag rechtswirksam für den Anspruch auf Waisenrente bzw. Waisenpension nach beiden Elternteilen und gilt für alle Unfallversicherungsträger bzw. Pensionsversicherungsträger nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz.

(5) unverändert.

Zusammentreffen eines Pensionsanspruches aus eigener Pensionsversicherung mit einem Anspruch auf Krankengeld

§ 90. (1) Fällt während der ersten drei Tage einer Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit, für die gemäß § 138 Abs. 1 Anspruch auf Krankengeld nicht besteht, oder während der Dauer des Anspruches auf Krankengeld ein Pensionsanspruch aus eigener Pensionsversicherung des Versicherten an oder lebt eine Pension aus einem der Versicherungsfälle des Alters wieder auf, so ruht der Pensionsanspruch für die weitere Dauer des Krankengeldanspruches sowie für die Dauer des

Anfall der Leistungen

§ 86. (1) bis (3) unverändert.

(4) Leistungen aus der Unfallversicherung fallen, wenn innerhalb von zwei Jahren nach Eintritt des Versicherungsfalles weder der Anspruch von Amts wegen festgestellt noch ein Antrag auf Feststellung des Anspruches gestellt wurde, mit dem Tag der späteren Antragstellung bzw. mit dem Tag der Einleitung des Verfahrens an, das zur Feststellung des Anspruches führt. Wird eine Unfallsanzeige innerhalb von zwei Jahren nach Eintritt des Versicherungsfalles erstattet, so gilt der Zeitpunkt des Einlangens der Unfallsanzeige beim Unfallversicherungsträger als Tag der Einleitung des Verfahrens, wenn dem Versicherten zum Zeitpunkt der späteren Antragstellung oder Einleitung des Verfahrens noch ein Anspruch auf Rentenleistungen zusteht. Wird für ein doppelt verwaistes Kind ein Antrag auf Waisenrente nach einem Elternteil gestellt, so ist dieser Antrag rechtswirksam für den Anspruch auf Waisenrente bzw. Waisenpension nach beiden Elternteilen und gilt für alle Unfallversicherungsträger bzw. Pensionsversicherungsträger nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz.

(5) unverändert.

Zusammentreffen eines Pensionsanspruches aus eigener Pensionsversicherung mit einem Anspruch auf Krankengeld

§ 90. (1) Fällt während der ersten drei Tage einer Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit, für die gemäß § 138 Abs. 1 Anspruch auf Krankengeld nicht besteht, oder während der Dauer des Anspruches auf Krankengeld ein Pensionsanspruch aus eigener Pensionsversicherung des Versicherten an oder lebt eine Pension aus einem der Versicherungsfälle des Alters wieder auf, so ruht der Pensionsanspruch für die weitere Dauer des Krankengeldanspruches mit dem Betrag des

ASVG — Geltende Fassung

Ruhens des Krankengeldanspruches nach § 143 Abs. 1 Z 2 mit dem Betrag des Krankengeldes. Das Ruhen des Pensionsanspruches tritt auch dann ein, wenn während der Dauer des Ruhens (§ 143 Abs. 1 Z 2), der Verwirkung (§ 88 Abs. 1) oder Versagung (§ 142) des Krankengeldanspruches die Pension anfällt oder wieder auflebt.

(2) unverändert.

Aufwertungszahl

§ 108 a. (1) Für jedes Kalenderjahr ist eine Aufwertungszahl zu ermitteln, welche durch Teilung der durchschnittlichen Beitragsgrundlage des zweitvorangegangenen Kalenderjahres (Ausgangsjahr) durch die durchschnittliche Beitragsgrundlage des drittvorangegangenen Kalenderjahres (Vergleichsjahr) gebildet wird. Die durchschnittliche Beitragsgrundlage des Vergleichsjahres ist gemäß Abs. 2, 3 und 5 zu errechnen. Die durchschnittliche Beitragsgrundlage des Ausgangsjahres ist gemäß Abs. 2, 4 und 5 zu errechnen. Die Aufwertungszahl ist auf drei Dezimalstellen zu runden. Der Bundesminister für Arbeit und Soziales hat die Aufwertungszahl für jedes Kalenderjahr, gleichzeitig mit der Verlautbarung des Gutachtens des Beirates für die Renten- und Pensionsanpassung (§ 108 e), kundzumachen.

(2) unverändert.

(3) Zur Feststellung der durchschnittlichen Beitragsgrundlage des Vergleichsjahres (Abs. 1) ist die Zahl der in jeder Lohnstufe eingereichten Versicherungstage mit dem Tageswert (§ 46 Abs. 4) dieser Lohnstufe zu vervielfachen. Dabei bleiben jeweils die Lohnstufen außer Betracht, in die Versicherungstage eingereiht wurden, deren mit 30 vervielfachte Tagesbeitragsgrundlage den Betrag des im Vergleichsjahr in Geltung gestandenen Richtsatzes für Pensionsberechtigte aus eigener Pensionsversicherung (§ 293 Abs. 1 lit. a bb nicht übersteigt.

(4) Zur Feststellung der durchschnittlichen Beitragsgrundlage des Ausgangsjahres (Abs. 1) ist für das Ausgangsjahr ein unterer und ein oberer Grenzbetrag zu bilden. Unterer Grenzbetrag für das Ausgangsjahr ist die mit der um 0,5 erhöhten halben Aufwertungszahl des Ausgangsjahres vervielfachte untere Grenze der niedrigsten im Vergleichsjahr nach Abs. 3 heranzuziehenden Lohnstufe. Der untere Grenzbetrag ist auf Groschen zu runden. Oberer Grenzbetrag für das Ausgangsjahr ist der mit der um 0,5 erhöhten halben Aufwertungszahl des Ausgangsjahres vervielfachte Meßbetrag (§ 108 b Abs. 2) des Vergleichsjahres.

ASVG — Vorgeschlagene Fassung

Krankengeldes. Das Ruhen des Pensionsanspruches tritt auch dann ein, wenn während der Dauer der Verwirkung (§ 88 Abs. 1) oder Versagung (§ 142) des Krankengeldanspruches die Pension anfällt oder wieder auflebt.

(2) unverändert.

Aufwertungszahl

§ 108 a. (1) Für jedes Kalenderjahr ist eine Aufwertungszahl zu ermitteln, welche durch Teilung der durchschnittlichen Beitragsgrundlage des zweitvorangegangenen Kalenderjahres (Ausgangsjahr) durch die durchschnittliche Beitragsgrundlage des drittvorangegangenen Kalenderjahres (Vergleichsjahr) gebildet wird. Die durchschnittliche Beitragsgrundlage ist gemäß Abs. 2, 3 und 4 zu errechnen. Die Aufwertungszahl ist auf drei Dezimalstellen zu runden. Der Bundesminister für Arbeit und Soziales hat die Aufwertungszahl für jedes Kalenderjahr, gleichzeitig mit der Verlautbarung des Gutachtens des Beirates für die Renten- und Pensionsanpassung (§ 108 e), kundzumachen.

(2) unverändert.

(3) Zur Feststellung der durchschnittlichen Beitragsgrundlage (Abs. 1) ist die Zahl der in jeder Lohnstufe eingereichten Versicherungstage mit dem Tageswert (§ 46 Abs. 4) dieser Lohnstufe zu vervielfachen.

(4) Die durchschnittliche Beitragsgrundlage des Vergleichs- bzw. Ausgangsjahres ist der Betrag, der sich aus der Summe der nach Abs. 3 errechneten Beträge für alle Lohnstufen im Vergleichsjahr bzw. im Ausgangsjahr, geteilt durch die Summe der im Vergleichsjahr bzw. im Ausgangsjahr in diese Lohnstufen eingereichten Versicherungstage ergibt. Die durchschnittliche Beitragsgrundlage ist auf Groschen zu runden.

Der obere Grenzbetrag ist auf Groschen zu runden. Die Zahl der in jeder Lohnstufe eingereichten Versicherungstage ist mit dem Tageswert (§ 46 Abs. 4) dieser Lohnstufe zu vervielfachen. Dabei ist als unterste Lohnstufe der Bereich zwischen dem unteren Grenzbetrag und der nächsthöheren Lohnstufengrenze anzunehmen und der Mittelwert aus dem unteren Grenzbetrag und der nächsthöheren Lohnstufengrenze zu bilden. Der Mittelwert ist auf Groschen zu runden. Die Zahl der in die unterste Lohnstufe eingereichten Versicherungstage ist entsprechend der Verkürzung des Lohnstufenbereiches zu vermindern und die so verminderte Zahl mit dem Mittelwert an Stelle des Tageswertes der Lohnstufe zu vervielfachen. Als oberste Lohnstufe gilt die Lohnstufe, in die der obere Grenzbetrag fällt. Die Zahl aller in diese oder in eine höhere Lohnstufe eingereichten Versicherungstage ist für die Bildung der durchschnittlichen Beitragsgrundlage mit dem oberen Grenzbetrag zu vervielfachen.

(5) Die durchschnittliche Beitragsgrundlage des Vergleichs- bzw. Ausgangsjahres ist der Betrag, der sich aus der Summe der nach Abs. 3 errechneten Beträge für alle Lohnstufen im Vergleichsjahr bzw. aus der Summe der unter Bedachtnahme auf die Sonderregelungen für die unterste und oberste Lohnstufe nach Abs. 4 errechneten Beträge für alle Lohnstufen im Ausgangsjahr, geteilt durch die Summe der im Vergleichsjahr bzw. im Ausgangsjahr in diese Lohnstufen eingereichten Versicherungstage ergibt. Die durchschnittliche Beitragsgrundlage ist auf Groschen zu runden.

Festsetzung der Höchstbeitragsgrundlage

§ 108 b. (1) unverändert.

(2) Für das Kalenderjahr 1988 beträgt der Meßbetrag 907,50 S. Für jedes weitere Kalenderjahr ist dieser Meßbetrag durch Verordnung des Bundesministers für Arbeit und Soziales neu festzusetzen. Der neue Meßbetrag ergibt sich aus der Vervielfachung des letzten Meßbetrages mit der Aufwertungszahl (§ 108 a Abs. 1) des Kalenderjahres, für das der Meßbetrag neu festzusetzen ist. Der Meßbetrag ist auf Groschen zu runden.

(3) unverändert.

Aufwertungsfaktoren

§ 108 c. (1) Für Zwecke der Aufwertung von Beitragsgrundlagen, die zur Bildung der Bemessungsgrundlage heranzuziehen sind, sind mit Wirksamkeit ab

Festsetzung der Höchstbeitragsgrundlage

§ 108 b. (1) unverändert.

(2) Für das Kalenderjahr 1992 beträgt der Meßbetrag 1 050,17 S. Für jedes weitere Kalenderjahr ist dieser Meßbetrag durch Verordnung des Bundesministers für Arbeit und Soziales neu festzusetzen. Der neue Meßbetrag ergibt sich aus der Vervielfachung des letzten Meßbetrages mit der Aufwertungszahl (§ 108 a Abs. 1) des Kalenderjahres, für das der Meßbetrag neu festzusetzen ist. Der Meßbetrag ist auf Groschen zu runden.

(3) unverändert.

Aufwertungsfaktoren

§ 108 c. (1) Für Zwecke der Aufwertung von Beitragsgrundlagen, die zur Bildung der Bemessungsgrundlage heranzuziehen sind, sind mit Wirksamkeit ab

ASVG — Geltende Fassung

1. Jänner eines jeden Jahres Aufwertungsfaktoren durch Verordnung des Bundesministers für Arbeit und Soziales in der Weise festzustellen, daß die zuletzt in Geltung gestandenen Aufwertungsfaktoren mit der Aufwertungszahl dieses Jahres vervielfacht und auf drei Dezimalstellen gerundet werden; der Reihe dieser Aufwertungsfaktoren ist jeweils die Aufwertungszahl dieses Jahres als Aufwertungsfaktor für die Beitragsgrundlagen des drittvorangegangenen Jahres anzufügen.

(2) unverändert.

Richtwert für die Festsetzung des Anpassungsfaktors

§ 108 d. (1) Für jedes Kalenderjahr ist ein Richtwert zu ermitteln, der durch Vervielfachung des ungerundeten Wertes der Aufwertungszahl mit dem Faktor, der sich nach Maßgabe des Abs. 2 ergibt, gebildet wird. Der Richtwert ist auf drei Dezimalstellen zu runden. Der Bundesminister für Arbeit und Soziales hat den Richtwert für jedes Kalenderjahr gleichzeitig mit der Verlautbarung des Gutachtens des Beirates für die Renten- und Pensionsanpassung (§ 108 e) kundzumachen.

(2) Für die Bildung des Richtwertes nach Abs. 1 ist ein Faktor heranzuziehen, der unter Berücksichtigung der Bezieherrate von Arbeitslosengeld und Notstandshilfe im Ausgangsjahr (Abs. 3) nach Maßgabe des Abs. 4 berechnet wird. Dieser Faktor beträgt 1, wenn die Bezieherrate gemäß Abs. 3 kleiner als 0,025 ist.

(3) Die Bezieherrate von Arbeitslosengeld und Notstandshilfe im Ausgangsjahr ist durch Teilung des Jahresdurchschnittswertes der vom Bundesminister für Arbeit und Soziales veröffentlichten Zahlen der Bezieher von Arbeitslosengeld und Notstandshilfe in den Monaten des Ausgangsjahres (Summe der zwölf Monatsstände geteilt durch 12) durch die Summe dieses Jahresdurchschnittswertes zuzüglich des vom Hauptverband veröffentlichten Jahresdurchschnittswertes der Beschäftigten des Ausgangsjahres zu ermitteln.

(4) Der Faktor nach Abs. 2 ist der Wert, der sich durch Teilung der Zahl 10 durch die um zehn erhöhte Bezieherrate von Arbeitslosengeld und Notstandshilfe im Ausgangsjahr (Abs. 3) ergibt.

ASVG — Vorgeschlagene Fassung

1. Jänner eines jeden Jahres Aufwertungsfaktoren durch Verordnung des Bundesministers für Arbeit und Soziales in der Weise festzustellen, daß die zuletzt in Geltung gestandenen Aufwertungsfaktoren mit dem Richtwert dieses Jahres vervielfacht und auf drei Dezimalstellen gerundet werden; der Reihe dieser Aufwertungsfaktoren ist jeweils der Richtwert dieses Jahres als Aufwertungsfaktor für die Beitragsgrundlagen des drittvorangegangenen Jahres anzufügen.

(2) unverändert.

Richtwert für die Festsetzung des Anpassungsfaktors

108 d. (1) Für jedes Kalenderjahr ist ein Richtwert zu ermitteln, welcher durch Teilung der durchschnittlichen Beitragsgrundlage des zweitvorangegangenen Kalenderjahres (Ausgangsjahr) durch die durchschnittliche Beitragsgrundlage des drittvorangegangenen Kalenderjahres (Vergleichsjahr) gebildet wird. Die durchschnittliche Beitragsgrundlage des Vergleichsjahres ist gemäß Abs. 2, 3 und 5 zu errechnen. Die durchschnittliche Beitragsgrundlage des Ausgangsjahres ist gemäß Abs. 2, 4 und 5 zu errechnen. Der Richtwert ist auf drei Dezimalstellen zu runden. Der Bundesminister für Arbeit und Soziales hat den Richtwert für jedes Kalenderjahr, gleichzeitig mit der Verlautbarung des Gutachtens des Beirates für die Renten- und Pensionsanpassung (§ 108 e), kundzumachen.

(2) Zur Ermittlung der durchschnittlichen Beitragsgrundlage eines Jahres sind alle Versicherungstage von Pflichtversicherten eines Jahres, für die eine Tagesbeitragsgrundlage vorgesehen ist, in die Lohnstufen (§ 46 Abs. 2 bis 5) einzureihen.

(3) Zur Feststellung der durchschnittlichen Beitragsgrundlage des Vergleichsjahres (Abs. 1) ist die Zahl der in jeder Lohnstufe eingereichten Versicherungstage mit dem Tageswert (§ 46 Abs. 4) dieser Lohnstufe zu vervielfachen. Dabei bleiben jeweils die Lohnstufen außer Betracht, in die Versicherungstage eingereicht wurden, deren mit 30 vervielfachte Tagesbeitragsgrundlage den Betrag des im Vergleichsjahr in Geltung gestandenen Richtsatzes für Pensionsberechtigte aus eigener Pensionsversicherung (§ 293 Abs. 1 lit. a sublit. bb) nicht übersteigt.

(4) Zur Feststellung der durchschnittlichen Beitragsgrundlage des Ausgangsjahres (Abs. 1) ist für das Ausgangsjahr ein unterer und ein oberer Grenzbetrag zu bilden. Unterer Grenzbetrag für das Ausgangsjahr ist die mit der um 0,5 erhöhten

halben Aufwertungszahl des Ausgangsjahres vervielfachte untere Grenze der niedrigsten im Vergleichsjahr nach Abs. 3 heranzuziehenden Lohnstufe. Der untere Grenzbetrag ist auf Groschen zu runden. Oberer Grenzbetrag für das Ausgangsjahr ist der mit der um 0,5 erhöhten halben Aufwertungszahl des Ausgangsjahres vervielfachte Meßbetrag (§ 108 b Abs. 2) des Vergleichsjahres. Der obere Grenzbetrag ist auf Groschen zu runden. Die Zahl der in jeder Lohnstufe eingereichten Versicherungstage ist mit dem Tageswert (§ 46 Abs. 4) dieser Lohnstufe zu vervielfachen. Dabei ist als unterste Lohnstufe der Bereich zwischen dem unteren Grenzbetrag und der nächsthöheren Lohnstufengrenze anzunehmen und der Mittelwert aus dem unteren Grenzbetrag und der nächsthöheren Lohnstufengrenze zu bilden. Der Mittelwert ist auf Groschen zu runden. Die Zahl der in die unterste Lohnstufe eingereichten Versicherungstage ist entsprechend der Verkürzung des Lohnstufenbereiches zu vermindern und die so verminderte Zahl mit dem Mittelwert an Stelle des Tageswertes der Lohnstufe zu vervielfachen. Als oberste Lohnstufe gilt die Lohnstufe, in die der obere Grenzbetrag fällt. Die Zahl aller in diese oder in eine höhere Lohnstufe eingereichten Versicherungstage ist für die Bildung der durchschnittlichen Beitragsgrundlage mit dem oberen Grenzbetrag zu vervielfachen.

(5) Die durchschnittliche Beitragsgrundlage des Vergleichs- bzw. Ausgangsjahres ist der Betrag, der sich aus der Summe der nach Abs. 3 errechneten Beträge für alle Lohnstufen im Vergleichsjahr bzw. aus der Summe der unter Bedachtnahme auf die Sonderregelungen für die unterste und oberste Lohnstufe nach Abs. 4 errechneten Beträge für alle Lohnstufen im Ausgangsjahr, geteilt durch die Summe der im Vergleichsjahr bzw. im Ausgangsjahr in diese Lohnstufen eingereichten Versicherungstage ergibt. Die durchschnittliche Beitragsgrundlage ist auf Groschen zu runden.

Beirat für die Renten- und Pensionsanpassung

§ 108 e. (1) bis (9) unverändert.

(10) Der Beirat hat bis zum 30. Juni eines jeden Jahres dem Bundesminister für Arbeit und Soziales eine vorläufige Empfehlung darüber vorzulegen, in welcher Höhe der Anpassungsfaktor festgesetzt werden soll. Bis zum 31. Oktober eines jeden Jahres hat der Beirat dem Bundesminister für Arbeit und Soziales in einem Gutachten den Anpassungsfaktor vorzuschlagen. Dabei hat der Beirat auf den Richtwert (§ 108 d), die volkswirtschaftliche Lage sowie die Änderungen des Verhältnisses der Zahl der in der Pensionsversicherung Pflichtversicherten zur

Beirat für die Renten- und Pensionsanpassung

§ 108 e. (1) bis (9) unverändert.

(10) Der Beirat hat bis zum 30. Juni eines jeden Jahres dem Bundesminister für Arbeit und Soziales eine vorläufige Empfehlung darüber vorzulegen, in welcher Höhe der Anpassungsfaktor festgesetzt werden soll. Bis zum 31. Oktober eines jeden Jahres hat der Beirat dem Bundesminister für Arbeit und Soziales in einem Gutachten den Anpassungsfaktor vorzuschlagen. Dabei hat der Beirat auf den Richtwert (§ 108 d), die volkswirtschaftliche Lage sowie die Änderungen des Verhältnisses der Zahl der in der Pensionsversicherung Pflichtversicherten zur

ASVG — Geltende Fassung

Zahl der aus dieser Versicherung Leistungsberechtigten und deren längerfristige Entwicklungen und für die Anpassung bedeutsame aktuelle Entwicklungen Bedacht zu nehmen. Das Gutachten ist unverzüglich in der Fachzeitschrift „Soziale Sicherheit“ zu verlautbaren.

(11) unverändert.

Sicherung der Mittel der Pensionsversicherung

§ 108 f. Aufgehoben.

Aufgaben

§ 116. (1) Die Krankenversicherung trifft Vorsorge

1. für die Verhütung und Früherkennung von Krankheiten [Durchführung von Jugendlichen- und Vorsorge(Gesunden)untersuchungen];
2. und 3. unverändert.
4. für die Früherfassung der für Maßnahmen der Rehabilitation in Betracht kommenden Personen (§ 172 bzw. § 301).

(2) Überdies können aus den Mitteln der Krankenversicherung Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit sowie außer den Jugendlichen- und Vorsorge(Gesunden)untersuchungen (Abs.1 Z 1) noch weitergehende Leistungen zur Verhütung des Eintrittes und der Verbreitung von Krankheiten und Leistungen aus dem Anlaß des Todes gewährt werden.

ASVG — Vorgeschlagene Fassung

Zahl der aus dieser Versicherung Leistungsberechtigten und deren längerfristige Entwicklungen und für die Anpassung bedeutsame aktuelle Entwicklungen sowie auf eine Änderung der Beitragssätze in der Pflichtversicherung im Bereich der Sozialversicherung oder der Arbeitslosenversicherung Bedacht zu nehmen. Das Gutachten ist unverzüglich in der Fachzeitschrift „Soziale Sicherheit“ zu verlautbaren.

(11) unverändert.

§ 108 l. (1) Die Aufwertungszahl (§ 108 a) beträgt für das Jahr 1992 1,055.

(2) Der Richtwert (§ 108 d) beträgt für das Jahr 1992 1,045.

(3) Die Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 b Abs. 1) beträgt für das Jahr 1992 1 060 S für den Kalendertag.

Aufgaben

§ 116. (1) Die Krankenversicherung trifft Vorsorge

1. für die Früherkennung von Krankheiten und die Erhaltung der Volksgesundheit;
2. und 3. unverändert.
4. für medizinische Maßnahmen der Rehabilitation;
5. für die Gesundheitsförderung.

(2) Überdies können aus Mitteln der Krankenversicherung

1. Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit (§ 155) und
2. Maßnahmen zur Krankheitsverhütung (§ 156) gewährt werden.

(3) Mittel der Krankenversicherung können auch zur Förderung und Unterstützung von gemeinnützigen Einrichtungen, die der Verhütung oder Früherkennung von Krankheiten, der Sicherstellung der Leistung ärztlicher Hilfe oder der Betreuung von Kranken dienen, sowie zur Förderung der Niederlassung von Vertragsärzten in medizinisch schlecht versorgten Gebieten und zur Aufrechterhaltung der Praxis in solchen Gebieten verwendet werden, wenn hiedurch die Erfüllung der in den Abs. 1 und 2 genannten Aufgaben nicht gefährdet wird.

(4) Beim Tod des Versicherten, des sonst nach § 122 Anspruchsberechtigten oder eines Angehörigen (§ 123) kann durch die Satzung nach Maßgabe der finanziellen Leistungsfähigkeit des Versicherungsträgers ein Zuschuß zu den Bestattungskosten gewährt werden. Dieser Zuschuß kann unter Bedachtnahme auf die wirtschaftlichen Verhältnisse desjenigen, der die Kosten der Bestattung getragen hat, bis zur Höhe von 6 000 S gezahlt werden.

Leistungen

§ 117. Als Leistungen der Krankenversicherung werden nach Maßgabe der Bestimmungen dieses Bundesgesetzes gewährt:

1. Zur Früherkennung von Krankheiten Jugendlichenuntersuchungen und Vorsorge(Gesunden)untersuchungen (§§ 132 a und 132 b);
2. aus dem Versicherungsfall der Krankheit: Krankenbehandlung (§§ 133 bis 137) und Hauskrankenpflege (§ 151), erforderlichenfalls Anstaltspflege (§§ 144 bis 150);
3. aus dem Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit: Krankengeld (§§ 138 bis 143), gegebenenfalls an dessen Stelle Familien- oder Taggeld (§ 152);
4. und 5. unverändert.

(3) Mittel der Krankenversicherung können auch zur Förderung und Unterstützung von gemeinnützigen Einrichtungen, die der Verhütung oder Früherkennung von Krankheiten, der Sicherstellung der Leistung ärztlicher Hilfe oder der Betreuung von Kranken dienen, sowie zur Förderung der Niederlassung von Vertragsärzten 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) Mittel der Krankenversicherung können auch zur Erforschung von Krankheits- bzw. Unfallursachen (ausgenommen Arbeitsunfälle) verwendet werden, wenn dies der Erfüllung der in den Abs. 1 und 2 genannten Aufgaben dient.

(5) Beim Tod des Versicherten, des sonst nach § 122 Anspruchsberechtigten oder eines Angehörigen (§ 123) kann durch die Satzung nach Maßgabe der finanziellen Leistungsfähigkeit des Versicherungsträgers ein Zuschuß zu den Bestattungskosten gewährt werden. Dieser Zuschuß kann unter Bedachtnahme auf die wirtschaftlichen Verhältnisse desjenigen, der die Kosten der Bestattung getragen hat, bis zur Höhe von 6 000 S gezahlt werden.

Leistungen

§ 117. Als Leistungen der Krankenversicherung werden nach Maßgabe der Bestimmungen dieses Bundesgesetzes gewährt:

1. Zur Früherkennung von Krankheiten: Jugendlichenuntersuchungen und Vorsorge(Gesunden)untersuchungen (§§ 132 a und 132 b);
2. aus dem Versicherungsfall der Krankheit: Krankenbehandlung (§§ 133 bis 137), erforderlichenfalls medizinische Hauskrankenpflege (§ 151) oder Anstaltspflege (§§ 144 bis 150);
3. aus dem Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit: Krankengeld (§§ 138 bis 143);
4. und 5. unverändert.

Eintritt des Versicherungsfalles

§ 120. (1) Der Versicherungsfall gilt als eingetreten:

1. und 2. unverändert.

3. im Versicherungsfall der Mutterschaft mit dem Beginn der achten Woche vor der voraussichtlichen Entbindung; wenn aber die Entbindung vor diesem Zeitpunkt erfolgt, mit der Entbindung; ist der Tag der voraussichtlichen Entbindung nicht festgestellt worden, mit dem Beginn der achten Woche vor der Entbindung.

4. unverändert.

(2) unverändert.

Anspruchsberechtigung während der Dauer der Versicherung und nach dem Ausscheiden aus der Versicherung

§ 122. (1) unverändert.

(2) Für Versicherungsfälle, die nach dem Ende der Versicherung oder nach Ablauf des im Abs. 1 lit. b bezeichneten Zeitraumes eintreten, sind Leistungen, und zwar auch für Familienangehörige, nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen zu gewähren:

1. unverändert.

2. an Personen, die innerhalb der letzten zwölf Monate vor dem Ausscheiden aus der durch eine Beschäftigung (ein Lehr- oder Ausbildungsverhältnis) begründeten Pflichtversicherung mindestens 26 Wochen oder unmittelbar vorher mindestens sechs Wochen versichert waren und sogleich nach dem Ausscheiden

Eintritt des Versicherungsfalles

§ 120. (1) Der Versicherungsfall gilt als eingetreten:

1. und 2. unverändert.

3. im Versicherungsfall der Mutterschaft mit dem Beginn der achten Woche vor der voraussichtlichen Entbindung; wenn aber die Entbindung vor diesem Zeitpunkt erfolgt, mit der Entbindung; ist der Tag der voraussichtlichen Entbindung nicht festgestellt worden, mit dem Beginn der achten Woche vor der Entbindung. Darüber hinaus gilt der Versicherungsfall der Mutterschaft bei Dienstnehmerinnen und Bezieherinnen einer Leistung nach dem Arbeitslosenversicherungsgesetz 1977 in jenem Zeitpunkt und für jenen Zeitraum als eingetreten, in dem diese auf Grund besonderer Vorschriften des Mutterschutzrechtes im Einzelfall auf Grund des Zeugnisses eines Arbeitsinspektionsarztes oder eines Amtsarztes nicht beschäftigt werden dürfen, weil Leben oder Gesundheit von Mutter oder Kind bei Fortdauer der Beschäftigung oder Aufnahme einer Beschäftigung gefährdet wäre.

4. unverändert.

(2) unverändert.

Anspruchsberechtigung während der Dauer der Versicherung und nach dem Ausscheiden aus der Versicherung

§ 122. (1) unverändert.

(2) Für Versicherungsfälle, die nach dem Ende der Versicherung oder nach Ablauf des im Abs. 1 lit. b bezeichneten Zeitraumes eintreten, sind Leistungen, und zwar auch für Familienangehörige, nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen zu gewähren:

1. unverändert.

2. an Personen, die innerhalb der letzten zwölf Monate vor dem Ausscheiden aus der durch eine Beschäftigung (ein Lehr- oder Ausbildungsverhältnis) begründeten Pflichtversicherung mindestens 26 Wochen oder unmittelbar vorher mindestens sechs Wochen versichert waren und sogleich nach dem

ASVG — Geltende Fassung

aus der Pflichtversicherung erwerbslos geworden sind, wenn der Versicherungsfall während der Erwerbslosigkeit und binnen drei Wochen nach dem Ausscheiden aus der Pflichtversicherung eintritt. War der Versicherte im Zeitpunkt des Ausscheidens aus der Pflichtversicherung infolge Krankheit arbeitsunfähig oder bestand zu diesem Zeitpunkt Anspruch auf Wochengeld, so beginnt die Frist von drei Wochen erst ab dem Erlöschen des Anspruches auf Krankengeld (Anstaltspflege) bzw. Wochengeld zu laufen. Die Frist von drei Wochen verlängert sich

a) und b) unverändert.

c) um jenen Zeitraum, um den die Dauer des Anspruchsverlustes auf Arbeitslosengeld oder Notstandshilfe gemäß § 10 AIVG über die Frist von drei Wochen hinausgeht.

(3) Über die Bestimmungen des Abs. 2 hinaus sind die Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft auch zu gewähren, wenn der Versicherungsfall nach dem Ende der Pflichtversicherung eintritt und der Beginn der 32. Woche vor dem Eintritt des Versicherungsfalles während des Bestandes der beendeten Pflichtversicherung, die mindestens 13 Wochen bzw. drei Kalendermonate ununterbrochen gedauert haben muß, liegt. Dies gilt jedoch nicht, wenn die Pflichtversicherung auf Grund einer Kündigung durch die Dienstnehmerin oder einer einvernehmlichen Lösung des Dienstverhältnisses geendet hat. Die Voraussetzung von mindestens 13 Wochen bzw. drei Kalendermonaten entfällt, wenn die Versicherte in den letzten 36 Monaten vor dem Ausscheiden aus der Pflichtversicherung mindestens zwölf Monate in der Krankenversicherung nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz pflichtversichert war. Tritt in der Zeit zwischen dem Ende der Pflichtversicherung und dem Eintritt des Versicherungsfalles oder danach während der Zeit, für die Anspruch auf Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft besteht, der Versicherungsfall der Krankheit ein, gebühren die Leistungen aus diesem Versicherungsfall.

(4) und (5) unverändert.

ASVG — Vorgeschlagene Fassung

Ausscheiden aus der Pflichtversicherung erwerbslos geworden sind, wenn der Versicherungsfall während der Erwerbslosigkeit und binnen drei Wochen nach dem Ausscheiden aus der Pflichtversicherung eintritt. War der Versicherte im Zeitpunkt des Ausscheidens aus der Pflichtversicherung infolge Krankheit arbeitsunfähig oder bestand zu diesem Zeitpunkt Anspruch auf Wochengeld, so beginnt die Frist von drei Wochen erst ab dem Erlöschen des Anspruches auf Krankengeld (Anstaltspflege) bzw. Wochengeld zu laufen. Die Frist von drei Wochen verlängert sich

a) und b) unverändert.

c) um jenen Zeitraum, um den die Dauer des Anspruchsverlustes auf Arbeitslosengeld oder Notstandshilfe gemäß §§ 10 bzw. 11 AIVG über die Frist von drei Wochen hinausgeht.

(3) Über die Bestimmungen des Abs. 2 hinaus sind die Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft auch zu gewähren, wenn der Versicherungsfall nach dem Ende der Pflichtversicherung eintritt und der Beginn der 32. Woche vor dem Eintritt des Versicherungsfalles in den Zeitraum des Bestandes der beendeten Pflichtversicherung, die mindestens 13 Wochen bzw. drei Kalendermonate ununterbrochen gedauert haben muß, fällt; fallen in diesen Zeitraum auch Zeiten der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit oder Zeiten eines Leistungsbezuges aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft, so gelten solche Zeiten bei der Anwendung dieser Bestimmung als Zeiten der Pflichtversicherung. Dies gilt jedoch nicht, wenn die Pflichtversicherung auf Grund einer einvernehmlichen Lösung des Dienstverhältnisses, einer Kündigung durch die Dienstnehmerin, eines unberechtigten vorzeitigen Austrittes oder einer verschuldeten Entlassung der Dienstnehmerin geendet hat oder wenn die Dienstnehmerin aus einem dieser Gründe unmittelbar im Anschluß an einen Zeitraum des Bezuges eines Karenzurlaubsgeldes nach den Bestimmungen des Arbeitslosenversicherungsgesetzes 1977 ihre vorherige Beschäftigung nicht wieder aufgenommen hat. Die Voraussetzung von mindestens 13 Wochen bzw. drei Kalendermonaten entfällt, wenn die Versicherte in den letzten 36 Monaten vor dem Ausscheiden aus der Pflichtversicherung mindestens zwölf Monate in der Krankenversicherung nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz pflichtversichert war. Tritt in der Zeit zwischen dem Ende der Pflichtversicherung und dem Eintritt des Versicherungsfalles oder danach während der Zeit, für die Anspruch auf Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft besteht, der Versicherungsfall der Krankheit ein, gebühren die Leistungen aus diesem Versicherungsfall.

(4) und (5) unverändert.

ASVG — Geltende Fassung

Anspruchsberechtigung für Angehörige

§ 123. (1) bis (4) unverändert.

(5) Aufgehoben.

(6) bis (10) unverändert.

Sonderregelungen für Selbstversicherte und Pensionisten

§ 124. (1) Bei den Selbstversicherten in der Krankenversicherung ist die Leistungspflicht allgemein, soweit nicht für einzelne Leistungen eine längere Wartezeit vorgesehen ist, von der Erfüllung einer Wartezeit von drei Monaten unmittelbar vor Eintritt des Versicherungsfalles abhängig. Dies gilt nicht für die im § 16 Abs. 2 bezeichneten Personen, sofern sie das 35. Lebensjahr noch nicht vollendet, kein Hochschulstudium im Sinne des § 2 Abs. 1 lit. d Studienförderungsgesetz 1983 absolviert haben und kein Einkommen im Sinne des § 4 Studienförderungsgesetz 1983 beziehen. Durch die Satzung kann die Wartezeit auf sechs Monate unmittelbar vor Eintritt des Versicherungsfalles erweitert werden. Die Satzung kann ferner für Selbstversicherte auch den Kreis der Angehörigen einschränken, doch dürfen die Kinder (§ 123 Abs. 2 Z 2 bis 6) nicht ausgeschlossen werden.

(2) und (3) unverändert.

Bemessungsgrundlage

§ 125. (1) Bemessungsgrundlage für die Barleistungen aus dem Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit ist der Tageswert der Lohnstufe (§ 46 Abs. 4), in die der Versicherte auf Grund seines Arbeitsverdienstes in dem dem Versicherungsfall zuletzt vorangegangenen Beitragszeitraum (§ 44 Abs. 2) für die Beitragsermittlung eingereiht war oder einzureihen gewesen wäre, wenn der Beitrag lohnstufenmäßig ermittelt worden wäre; kommt ein zuletzt vorangegangener Beitragszeitraum für den Versicherten nicht in Betracht, so tritt an seine Stelle der laufende Beitragszeitraum. Wurde der Beitrag für den

ASVG — Vorgeschlagene Fassung

Anspruchsberechtigung für Angehörige

§ 123. (1) bis (4) unverändert.

(5) Kinder und Enkel (Abs. 2 Z 2 bis 6) gelten im Rahmen der Altersgrenzen des Abs. 4 Z 1 auch dann als Angehörige, wenn sie sich im Ausland in einer Schul- oder Berufsausbildung befinden; dies gilt auch bei nur vorübergehendem Aufenthalt im Inland.

(6) bis (10) unverändert.

Sonderregelungen für Selbstversicherte und Pensionisten

§ 124. (1) Bei den Selbstversicherten in der Krankenversicherung ist die Leistungspflicht allgemein, soweit nicht für einzelne Leistungen eine längere Wartezeit vorgesehen ist, von der Erfüllung einer Wartezeit von drei Monaten unmittelbar vor Eintritt des Versicherungsfalles abhängig. Dies gilt nicht für die im § 16 Abs. 2 bezeichneten Personen, sofern ihre Beiträge von der Beitragsgrundlage nach § 76 Abs. 1 Z 2 erster Halbsatz berechnet werden. Durch die Satzung kann die Wartezeit auf sechs Monate unmittelbar vor Eintritt des Versicherungsfalles erweitert werden. Die Satzung kann ferner für Selbstversicherte auch den Kreis der Angehörigen einschränken, doch dürfen die Kinder (§ 123 Abs. 2 Z 2 bis 6) nicht ausgeschlossen werden.

(2) und (3) unverändert.

Bemessungsgrundlage

§ 125. (1) Bemessungsgrundlage für die Barleistungen aus dem Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit ist der Tageswert der Lohnstufe (§ 46 Abs. 4), in die der Versicherte auf Grund seines Arbeitsverdienstes in dem dem Ende des vollen Entgeltanspruches zuletzt vorangegangenen Beitragszeitraum (§ 44 Abs. 2) für die Beitragsermittlung eingereiht war oder einzureihen gewesen wäre, wenn der Beitrag lohnstufenmäßig ermittelt worden wäre; kommt ein zuletzt vorangegangener Beitragszeitraum für den Versicherten nicht in Betracht, so tritt an seine Stelle der laufende Beitragszeitraum. Wurde der Beitrag für den Versicherten nach Lohnstufen ermittelt und ist im zuletzt

ASVG — Geltende Fassung

Versicherten nach Lohnstufen ermittelt und ist im zuletzt vorangegangenen Beitragszeitraum eine Änderung der Lohnstufe eingetreten, so ist für die Ermittlung der Bemessungsgrundlage nur die letzte Lohnstufe maßgebend.

(2) bis (5) unverändert.

Ärztliche Hilfe

§ 135. (1) Die ärztliche Hilfe wird durch Vertragsärzte, durch Wahlärzte (§ 131 Abs. 1), durch Ärzte in eigenen hierfür ausgestatteten Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) der Versicherungsträger gewährt. Der ärztlichen Hilfe gleichgestellt ist eine auf Grund ärztlicher Verschreibung erforderliche physiotherapeutische oder logopädisch-phoniatisch-audiometrische Behandlung durch Personen, die gemäß § 52 Abs. 4 des Bundesgesetzes vom 22. März 1961, BGBl. Nr. 102, betreffend die Regelung des Krankenpflegefachdienstes, der medizinisch-technischen Dienste und der Sanitätshilfsdienste, in der jeweils geltenden Fassung, zur freiberuflichen Ausübung des physiotherapeutischen Dienstes bzw. des logopädisch-phoniatisch-audiometrischen Dienstes berechtigt sind.

ASVG — Vorgeschlagene Fassung

vorangegangenen Beitragszeitraum eine Änderung der Lohnstufe eingetreten, so ist für die Ermittlung der Bemessungsgrundlage nur die letzte Lohnstufe maßgebend. Lohn- und Gehaltserhöhungen auf Grund von Normen kollektiver Rechtsgestaltung sind zu berücksichtigen.

(2) bis (5) unverändert.

Kostenzuschüsse bei Fehlen vertraglicher Regelungen

§ 131 b. Stehen andere Vertragspartner infolge Fehlens von Verträgen nicht zur Verfügung, so gilt § 131 a mit der Maßgabe, daß in jenen Fällen, in denen noch keine Verträge für den Bereich Berufsgruppe bestehen, der Versicherungsträger den Versicherten die in der Satzung festgesetzten Kostenzuschüsse zu leisten hat. Der Versicherungsträger hat das Ausmaß dieser Zuschüsse unter Bedachtnahme auf seine finanzielle Leistungsfähigkeit und das wirtschaftliche Bedürfnis der Versicherten festzusetzen.

Ärztliche Hilfe

§ 135. (1) Die ärztliche Hilfe wird durch Vertragsärzte, durch Wahlärzte (§ 131 Abs. 1), durch Ärzte in eigenen hierfür ausgestatteten Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) der Versicherungsträger gewährt. Im Rahmen der Krankenbehandlung (§ 133 Abs. 2) ist der ärztlichen Hilfe gleichgestellt:

1. eine auf Grund ärztlicher Verschreibung erforderliche
 - a) physiotherapeutische,
 - b) logopädisch-phoniatisch-audiometrische oder
 - c) ergotherapeutischeBehandlung durch Personen, die gemäß § 52 Abs. 4 des Bundesgesetzes betreffend die Regelung des Krankenpflegefachdienstes, der medizinisch-technischen Dienste und der Sanitätshilfsdienste, BGBl. Nr. 102/1961, zur

(2) bis (5) unverändert.

Anrechnung von Zeiten auf die Höchstdauer des Krankengeldanspruches

§ 140. Auf die Höchstdauer gemäß § 139 sind anzurechnen:

1. Zeiten, für die der Anspruch auf Krankengeld gemäß § 89 oder gemäß § 143 Abs. 1 Z 1, 2, 3 zweiter Halbsatz und 4 sowie Abs. 6 ruht, soweit es sich nicht um Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit handelt;
2. unverändert.

Höhe des Krankengeldes

§ 141. (1) und (2) unverändert.

(3) Als satzungsmäßige Mehrleistung kann das Krankengeld von einem durch die Satzung zu bestimmenden Zeitpunkt an erhöht werden, wenn der Versicherte Angehörige im Sinne des § 123 Abs. 2, 4, 7 oder 8 hat, die sich gewöhnlich im Inland aufhalten; § 152 Abs. 1 zweiter und dritter Satz sind entsprechend anzuwenden. Die Erhöhung darf höchstens 10 vH der Bemessungsgrundlage für den Ehegatten und höchstens 5 vH der Bemessungsgrundlage für jeden sonstigen Angehörigen betragen.

freiberuflichen Ausübung des physiotherapeutischen Dienstes, des logopädisch-phoniatisch-audiometrischen Dienstes bzw. des beschäftigungs- und arbeitstherapeutischen (ergotherapeutischen) Dienstes berechtigt sind;

2. eine auf Grund ärztlicher Verschreibung oder psychotherapeutischer Zuweisung erforderliche diagnostische Leistung eines klinischen Psychologen (einer klinischen Psychologin) gemäß § 12 Abs. 1 Z 2 des Psychologengesetzes, BGBl. Nr. 360/1990, der (die) zur selbständigen Ausübung des psychologischen Berufes gemäß § 10 Abs. 1 des Psychologengesetzes berechtigt ist;
3. eine psychotherapeutische Behandlung durch Personen, die gemäß § 11 des Psychotherapiegesetzes, BGBl. Nr. 361/1990, zur selbständigen Ausübung der Psychotherapie berechtigt sind.

(2) bis (5) unverändert.

Anrechnung von Zeiten auf die Höchstdauer des Krankengeldanspruches

§ 140. Auf die Höchstdauer gemäß § 139 sind anzurechnen:

1. Zeiten, für die der Anspruch auf Krankengeld gemäß § 89 oder gemäß § 143 Abs. 1 Z 1, 3 zweiter Halbsatz und 4 sowie Abs. 6 ruht, soweit es sich nicht um Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit handelt;
2. unverändert.

Höhe des Krankengeldes

§ 141. (1) und (2) unverändert.

(3) Als satzungsmäßige Mehrleistung kann das Krankengeld von einem durch die Satzung zu bestimmenden Zeitpunkt an erhöht werden, wenn der Versicherte Angehörige im Sinne des § 123 Abs. 2, 4, 7 oder 8 hat, die sich gewöhnlich im Inland aufhalten; eine Erhöhung gebührt nicht für einen Angehörigen, der aus selbständiger oder unselbständiger Erwerbstätigkeit, aus einem Lehr- oder Ausbildungsverhältnis oder auf Grund des Bezuges von Geldleistungen aus der Sozialversicherung mit Ausnahme des Hilflosenzuschusses ein Einkommen von

(4) unverändert.

Ruhen des Krankengeldanspruches

§ 143. (1) Der Anspruch auf Krankengeld ruht:

1. unverändert.

2. solange der Versicherte auf Rechnung eines Versicherungsträgers Anstaltspflege erhält oder auf Rechnung eines Versicherungsträgers in einem Genesungs-, Erholungs- oder Kurheim oder einer Sonderkrankenanstalt untergebracht ist oder Anspruch auf Ersatz der Verpflegskosten gemäß § 131 oder § 150 einem Versicherungsträger gegenüber hat;

3. bis 6. unverändert.

(2) unverändert.

(3) Das Ruhen nach Abs. 1 Z 2 tritt auch ein, solange der Versicherte die dort bezeichneten Leistungen aus Bundesmitteln oder aus Mitteln einer anderen öffentlich-rechtlichen Körperschaft, mit Ausnahme der gesetzlichen beruflichen Vertretungen der Dienstnehmer, erhält.

(4) bis (6) unverändert.

4. UNTERABSCHNITT

Anstaltspflege, Familien(Tag)geld

Gewährung der Pflege in einer öffentlichen Krankenanstalt

§ 144. (1) Pflege in der allgemeinen Gebührenklasse einer öffentlichen Krankenanstalt ist, sofern im Sprengel des Versicherungsträgers eine solche Krankenanstalt besteht und der Erkrankte nicht mit seiner Zustimmung in einer

mehr als 3 319 S monatlich bezieht. An die Stelle dieses Betrages tritt ab 1. Jänner eines jeden Jahres der unter Bedachtnahme auf § 108 i mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 108 a Abs. 1) vervielfachte Betrag.

(4) unverändert.

Ruhen des Krankengeldanspruches

§ 143. (1) Der Anspruch auf Krankengeld ruht:

1. unverändert.

2. Aufgehoben.

3. bis 6. unverändert.

(2) unverändert.

(3) Aufgehoben.

(4) bis (6) unverändert.

4. UNTERABSCHNITT

Anstaltspflege, medizinische Hauskrankenpflege

Gewährung der Pflege in einer öffentlichen Krankenanstalt oder der medizinischen Hauskrankenpflege

§ 144. (1) Pflege in der allgemeinen Gebührenklasse einer öffentlichen Krankenanstalt ist, sofern im Sprengel des Versicherungsträgers eine solche Krankenanstalt besteht und der Erkrankte nicht mit seiner Zustimmung in einer

ASVG — Geltende Fassung

nichtöffentlichen Krankenanstalt untergebracht wird, zu gewähren, wenn und solange es die Art der Krankheit erfordert. § 134 gilt entsprechend. Die Anstaltspflege kann auch gewährt werden, wenn die Möglichkeit einer entsprechenden häuslichen Pflege nicht gegeben ist.

(2) unverändert.

(3) Ist die Anstaltspflege nicht durch die Notwendigkeit ärztlicher Behandlung bedingt (Asylierung), so wird sie nicht gewährt.

(4) und (5) unverändert.

Hauskrankenpflege

§ 151. Ist eine ausreichende Pflege des Erkrankten durch einen Haushaltsangehörigen nicht möglich, so kann der Versicherungsträger Hauskrankenpflege gewähren. Die Hauskrankenpflege kann durch beizustellende Pflegepersonen, durch Leistung von Zuschüssen zu den Kosten für die Pflegepersonen oder durch eine Kostenbeteiligung des Versicherungsträgers an Einrichtungen von Gebietskörperschaften, die Hauskrankenpflege durch Pflegepersonen im Sinne des Bundesgesetzes betreffend die Regelung des Krankenpflegefachdienstes, der medizinisch-technischen Dienste und der Sanitätshilfsdienste, BGBl. Nr. 102/1961, betreiben, gewährt werden. Die Hauskrankenpflege kann auch gewährt werden, wenn ein sonstiger wichtiger Grund dafür vorliegt.

ASVG — Vorgeschlagene Fassung

nichtöffentlichen Krankenanstalt untergebracht wird, zu gewähren, wenn und solange es die Art der Krankheit erfordert. § 134 gilt entsprechend. Wenn und solange es die Art der Krankheit zulässt, ist an Stelle von Anstaltspflege medizinische Hauskrankenpflege zu gewähren (§ 151). Die Anstaltspflege kann auch gewährt werden, wenn die Möglichkeit einer medizinischen Hauskrankenpflege nicht gegeben ist.

(2) unverändert.

(3) Ist die Anstaltspflege oder die medizinische Hauskrankenpflege nicht durch die Notwendigkeit ärztlicher Behandlung bedingt (Asylierung), so wird sie nicht gewährt.

(4) und (5) unverändert.

Medizinische Hauskrankenpflege

§ 151. (1) Wenn und solange es die Art der Krankheit erfordert, ist medizinische Hauskrankenpflege zu gewähren.

(2) Die medizinische Hauskrankenpflege wird erbracht durch diplomierte Krankenschwestern bzw. diplomierte Krankenpfleger (§ 23 des Bundesgesetzes betreffend die Regelung des Krankenpflegefachdienstes, der medizinisch-technischen Dienste und der Sanitätshilfsdienste, BGBl. Nr. 102/1961), die vom Krankenversicherungsträger beigestellt werden oder die mit dem Krankenversicherungsträger in einem Vertragsverhältnis im Sinne des Sechsten Teiles dieses Bundesgesetzes stehen oder die im Rahmen von Vertragseinrichtungen tätig sind, die medizinische Hauskrankenpflege betreiben.

(3) Die Tätigkeit der diplomierten Krankenschwester bzw. des diplomierten Krankenpflegers kann nur auf ärztliche Anordnung erfolgen. Die Tätigkeit

Familien- und Taggeld

§ 152. (1) Versicherte erhalten ein Familiengeld, solange sie auf Rechnung eines Kranken- oder Unfallversicherungsträgers in Anstaltspflege stehen und ihr Anspruch auf Krankengeld ausschließlich aus diesem Grunde ruht, wenn sie Angehörige im Sinne des § 123 Abs. 2, 4, 7 oder 8 haben, die sich gewöhnlich im Inland aufhalten; sie erhalten, wenn sie solche Angehörige haben, ein Familiengeld auch dann, wenn sie auf Rechnung eines Kranken- oder Pensionsversicherungsträgers im Rahmen von medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation (§ 302) in einer Krankenanstalt, die vorwiegend der Rehabilitation dient, untergebracht sind, sofern ihnen während dieser Zeit kein Anspruch auf Übergangsgeld (§ 306) zusteht. Anspruch auf Familiengeld besteht nicht für einen Angehörigen, der aus selbständiger oder unselbständiger Erwerbstätigkeit, aus einem Lehr- oder Ausbildungsverhältnis oder auf Grund des Bezuges von Geldleistungen aus der Sozialversicherung mit Ausnahme des Hilflosenzuschusses ein Einkommen von mehr als 2 707 S monatlich bezieht. An die Stelle dieses Betrages tritt ab 1. Jänner eines jeden Jahres der unter Bedachtnahme auf § 108 i mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 108 a Abs. 1) vervielfachte Betrag. Kommen mehrere Angehörige in Betracht, ist der Anspruch auf Familiengeld

umfaßt medizinische Leistungen und qualifizierte Pflegeleistungen, wie die Verabreichung von Injektionen, Sondenernährung, Dekubitusversorgung. Zur medizinischen Hauskrankenpflege gehören nicht die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung des Kranken.

(4) Hat der (die) Anspruchsberechtigte nicht die Vertragspartner (§ 338) oder die eigenen Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) des Versicherungsträgers in Anspruch genommen, so gebührt ihm Kostenersatz gemäß § 131.

(5) Die medizinische Hauskrankenpflege wird für ein und denselben Versicherungsfall für die Dauer von längstens vier Wochen gewährt. Darüber hinaus wird sie nach Vorliegen einer chef- oder kontrollärztlichen Bewilligung weitergewährt.

(6) Medizinische Hauskrankenpflege wird nicht gewährt, wenn der (die) Anspruchsberechtigte in einer der im § 144 Abs. 4 bezeichneten Einrichtungen untergebracht ist.

Familien- und Taggeld

§ 152. Aufgehoben.

ASVG — Geltende Fassung

gegeben, wenn die Voraussetzungen dafür auch nur bei einem Angehörigen erfüllt sind.

(2) Das Familiengeld ist in folgender Höhe zu gewähren:

- a) solange der Versicherte auf Grund gesetzlicher oder vertraglicher Bestimmungen Anspruch auf Fortbezug von weniger als 50 vH der vollen Geld- und Sachbezüge vor dem Eintritt der Arbeitsunfähigkeit hat, in der Höhe eines Drittels der Bemessungsgrundlage;
- b) solange der Versicherte auf Grund gesetzlicher oder vertraglicher Bestimmungen Anspruch auf Fortbezug von 50 vH dieser Bezüge hat, in der Höhe eines Sechstels der Bemessungsgrundlage.

Eine Erhöhung der Geld- und Sachbezüge, die nach dem Beginn der Arbeitsunfähigkeit auf Grund gesetzlicher oder kollektivvertraglicher Regelungen eintritt, hat außer Betracht zu bleiben. Ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit erhöht sich das Familiengeld nach lit. a auf 40 vH der Bemessungsgrundlage für den Kalendertag, ab dem 183. Tag auf 50 vH der Bemessungsgrundlage. Das Familiengeld nach lit. b erhöht sich ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit auf 20 vH, ab dem 183. Tag auf 25 vH der Bemessungsgrundlage. Hat der Versicherte mehr als einen Angehörigen, ist das Familiengeld für jeden weiteren für die Begründung des Anspruches auf diese Leistung nach Abs. 1 in Betracht kommenden Angehörigen um 5 vH der Bemessungsgrundlage zu erhöhen. Der Gesamtbetrag des erhöhten Familiengeldes darf in keinem Fall den Betrag des sonst gebührenden Krankengeldes übersteigen.

(3) Versicherten, die wegen Fehlens von nach Abs. 1 in Betracht kommenden Angehörigen keinen Anspruch auf Familiengeld haben, gebührt für die in Abs. 1 bezeichnete Dauer an Stelle des Familiengeldes ein Taggeld. Das Taggeld beträgt bei Vorliegen der Voraussetzungen nach Abs. 2 lit. a 25 vH, ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit 30 vH der Bemessungsgrundlage, bei Vorliegen der Voraussetzungen nach Abs. 2 lit. b 12,5 vH, ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit 15 vH der Bemessungsgrundlage.

(4) Das Familiengeld kann vom Versicherungsträger unmittelbar an die Angehörigen ausgezahlt werden.

(5) In den Fällen des § 143 Abs. 5 lit. a und b ist Familien(Tag)geld in der Höhe zu gewähren, in der es bei Vorliegen der Voraussetzungen nach Abs. 2 lit. a gebühren würde.

ASVG — Vorgeschlagene Fassung

Hilfe bei körperlichen Gebrechen

§ 154. (1) Bei Verstümmelungen, Verunstaltungen und körperlichen Gebrechen, welche die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit oder die Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, wesentlich beeinträchtigen, kann die Satzung Zuschüsse für die Anschaffung der notwendigen Hilfsmittel sowie für deren Instandsetzung vorsehen, soweit nicht ein Anspruch aus der gesetzlichen Unfallversicherung nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz, eine Leistungsverpflichtung aus der gesetzlichen Pensionsversicherung im Rahmen der medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz oder ein gleichartiger Anspruch nach dem Kriegsopferversorgungsgesetz 1957, nach dem Heeresversorgungsgesetz, nach dem Opferfürsorgegesetz, nach dem Bundesgesetz über die Gewährung von Hilfeleistungen an Opfer von Verbrechen, nach dem Impfschadengesetz oder nach dem Strafvollzugsgesetz besteht. Bei der Festsetzung der Höhe der Zuschüsse ist auf § 137 Abs. 2, 4 und 5 sinngemäß mit der Maßgabe Bedacht zu nehmen, daß der durch die Satzung des Versicherungsträgers für den Kostenzuschuß festzusetzende Höchstbetrag bei Hilfsmitteln, die geeignet sind, die Funktion fehlender oder unzulänglicher Körperteile zu übernehmen und bei Krankenfahrstühlen höchstens das 25fache des Meßbetrages (§ 108 b Abs. 2), gerundet auf volle Schilling, betragen darf. Die Krankenordnung kann eine Gebrauchsdauer für Hilfsmittel vorsehen. Als Hilfsmittel sind hiebei solche Gegenstände oder Vorrichtungen anzusehen, die geeignet sind,

a) und b) unverändert.

Als freiwillige Leistung kann der Versicherungsträger in solchen Fällen überdies, sofern dies notwendig und zweckmäßig ist, Krankenbehandlung und Anstaltspflege gewähren, soweit auf diese Leistungen nicht schon ein Anspruch aus dem Versicherungsfall der Krankheit besteht.

(2) bis (4) unverändert.

Hilfe bei körperlichen Gebrechen

§ 154. (1) Bei Verstümmelungen, Verunstaltungen und körperlichen Gebrechen, welche die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit oder die Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, wesentlich beeinträchtigen, kann die Satzung Zuschüsse für die Anschaffung der notwendigen Hilfsmittel sowie für deren Instandsetzung vorsehen, soweit nicht ein Anspruch aus der gesetzlichen Unfallversicherung nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz, eine Leistungsverpflichtung im Rahmen der medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz oder ein gleichartiger Anspruch nach dem Kriegsopferversorgungsgesetz 1957, nach dem Heeresversorgungsgesetz, nach dem Opferfürsorgegesetz, nach dem Bundesgesetz über die Gewährung von Hilfeleistungen an Opfer von Verbrechen, nach dem Impfschadengesetz oder nach dem Strafvollzugsgesetz besteht. Bei der Festsetzung der Höhe der Zuschüsse ist auf § 137 Abs. 2, 4 und 5 sinngemäß mit der Maßgabe Bedacht zu nehmen, daß der durch die Satzung des Versicherungsträgers für den Kostenzuschuß festzusetzende Höchstbetrag bei Hilfsmitteln, die geeignet sind, die Funktion fehlender oder unzulänglicher Körperteile zu übernehmen und bei Krankenfahrstühlen höchstens das 25fache des Meßbetrages (§ 108 b Abs. 2), gerundet auf volle Schilling, betragen darf. Die Krankenordnung kann eine Gebrauchsdauer für Hilfsmittel vorsehen. Als Hilfsmittel sind hiebei solche Gegenstände oder Vorrichtungen anzusehen, die geeignet sind,

a) und b) unverändert.

Als freiwillige Leistung kann der Versicherungsträger in solchen Fällen überdies, sofern dies notwendig und zweckmäßig ist, Krankenbehandlung und Anstaltspflege gewähren, soweit auf diese Leistungen nicht schon ein Anspruch aus dem Versicherungsfall der Krankheit besteht.

(2) bis (4) unverändert.

Medizinische Maßnahmen der Rehabilitation in der Krankenversicherung

§ 154 a. (1) Die Krankenversicherungsträger gewähren, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern oder die Folgen der Krankheit zu erleichtern, im Anschluß an die Krankenbehandlung nach pflichtgemäßem Ermessen und nach Maßgabe des § 133 Abs. 2 medizinische Maßnahmen der Rehabilitation mit dem

Ziel, den Gesundheitszustand der Versicherten und ihrer Angehörigen so weit wiederherzustellen, daß sie in der Lage sind, in der Gemeinschaft einen ihnen angemessenen Platz möglichst dauernd und ohne Betreuung und Hilfe einzunehmen.

(2) Die Maßnahmen gemäß Abs. 1 umfassen:

1. die Unterbringung in Krankenanstalten, die vorwiegend der Rehabilitation dienen;
2. die Gewährung von Körperersatzstücken, orthopädischen Behelfen und anderen Hilfsmitteln einschließlich der notwendigen Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung sowie der Ausbildung im Gebrauch der Hilfsmittel;
3. die Gewährung ärztlicher Hilfe sowie die Versorgung mit Heilmitteln und Heilbehelfen, wenn diese Leistungen unmittelbar im Anschluß an eine oder im Zusammenhang mit einer der in Z 1 und 2 genannten Maßnahmen erforderlich sind;
4. die Übernahme der Reise- und Transportkosten in den Fällen der Z 1 bis 3 sowie im Zusammenhang mit der körpergerechten Anpassung von Körperersatzstücken, orthopädischen Behelfen und anderen Hilfsmitteln nach Maßgabe der Bestimmungen der Satzung unter Bedachtnahme auf die wirtschaftlichen Verhältnisse des Versicherten bzw. Angehörigen.

(3) Die in Abs. 2 angeführten Maßnahmen sind bei einem Pensionsversicherungsträger oder einem Unfallversicherungsträger zu beantragen, die den Antrag unverzüglich an den zuständigen Krankenversicherungsträger weiterzuleiten haben, soweit sie diese Maßnahmen nicht selbst gemäß den §§ 302 Abs. 2, 307 d Abs. 2 Z 4 oder gemäß § 189 Abs. 2 gewähren bzw. zu gewähren haben oder ihre Gewährung gemäß § 302 Abs. 2 oder gemäß § 191 Abs. 2 an sich ziehen.

(4) Der Krankenversicherungsträger kann die Durchführung von medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation einem Pensionsversicherungsträger mit dessen Zustimmung übertragen. Er hat dem Pensionsversicherungsträger in einem solchen Fall die Kosten zu ersetzen. Die beteiligten Versicherungsträger können jedoch zur Abgeltung der Ersatzansprüche unter Bedachtnahme auf die Anzahl der in Betracht kommenden Fälle und die Höhe der durchschnittlichen Kosten der in diesen Fällen gewährten medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation die Zahlung jährlicher Pauschalbeträge vereinbaren.

(5) Die Krankenversicherungsträger haben die von ihnen jeweils zu treffenden medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation mit den in Frage kommenden Versicherungsträgern, Dienststellen und Einrichtungen im Sinne des § 307 c zu koordinieren und aufeinander abzustimmen.

(6) Die Gewährung von Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit bzw. von Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge (§§ 155 und 307 d) zählt nicht zu den Aufgaben der medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation.

Gesundheitsförderung

§ 154 b. (1) Die Krankenversicherungsträger haben allgemein über Gesundheitsgefährdung und über die Verhütung von Krankheiten und Unfällen — ausgenommen Arbeitsunfälle — aufzuklären sowie darüber zu beraten, wie Gefährdungen vermieden und Krankheiten sowie Unfälle — ausgenommen Arbeitsunfälle — verhütet werden können.

(2) Fallen Maßnahmen gemäß Abs. 1 auch in den sachlichen oder örtlichen Aufgabenbereich anderer Einrichtungen (Behörden, Versicherungsträger und dergleichen), so kann mit diesen eine Vereinbarung über ein planmäßiges Zusammenwirken und eine Beteiligung an den Kosten getroffen werden.

(3) Der Krankenversicherungsträger kann die im Abs. 1 bezeichneten Maßnahmen auch dadurch treffen, daß er sich an Einrichtungen der Gesundheitsfürsorge, die den gleichen Zwecken dienen, beteiligt. Abs. 2 ist anzuwenden.

Maßnahmen der Krankenversicherungsträger zur Festigung der Gesundheit

§ 155. (1) Die Krankenversicherungsträger können unter Berücksichtigung des Fortschrittes der medizinischen Wissenschaft sowie unter Bedachtnahme auf ihre finanzielle Leistungsfähigkeit neben der oder im Anschluß an die Krankenbehandlung geeignete Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit gewähren.

(2) Als Maßnahmen im Sinne des Abs. 1 kommen insbesondere in Frage

1. Fürsorge für Genesende (zB durch Unterbringung in einem Genesungsheim);
2. Unterbringung in einem Erholungsheim;

Maßnahmen der Krankenversicherungsträger zur Festigung der Gesundheit

§ 155. (1) Die Krankenversicherungsträger können unter Berücksichtigung des Fortschrittes der medizinischen Wissenschaft sowie unter Bedachtnahme auf ihre finanzielle Leistungsfähigkeit Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit gewähren.

(2) Als Maßnahmen im Sinne des Abs. 1 kommen insbesondere in Betracht:

1. Landaufenthalt sowie Aufenthalt in Kurorten;
2. Unterbringung in Genesungs- und Erholungsheimen;

ASVG — Geltende Fassung

3. Landaufenthalt sowie Aufenthalt in Kurorten bzw. Kuranstalten;
 4. Unterbringung in Krankenanstalten, die vorwiegend der Rehabilitation dienen;
 5. Übernahme der Reisekosten für die unter Z 1 bis 4 bezeichneten Zwecke.
- (3) und (4) unverändert.
- (5) Die Vorschriften über Familien- und Taggeld (§ 152) sind bei Unterbringung in Genesungs-, Erholungs- oder Kurheimen und in Krankenanstalten, die vorwiegend der Rehabilitation dienen, entsprechend anzuwenden.

Krankheitsverhütung

§ 156. (1) Zur Verhütung des Eintrittes und der Verbreitung von Krankheiten können als freiwillige Leistungen insbesondere gewährt werden:

1. bis 3. unverändert.
4. die erforderlichen Beförderungs(Fahrt)kosten bei Leistungen nach Z 1 bis 3.

(2) und (3) unverändert.

Umfang des Versicherungsschutzes

§ 157. Der Versicherungsfall der Mutterschaft umfaßt die Schwangerschaft, die Entbindung und die sich daraus ergebenden Folgen, soweit diese Folgen nicht als Versicherungsfall der Krankheit oder Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit anzusehen sind.

ASVG — Vorgeschlagene Fassung

3. Unterbringung in Kuranstalten zur Verhinderung
 - a) einer unmittelbar drohenden Krankheit,
 - b) der Verschlimmerung einer bestehenden Krankheit;
4. die Übernahme der Reisekosten in den Fällen der Z 1 bis 3 nach Maßgabe der Bestimmungen der Satzung unter Bedachtnahme auf die wirtschaftlichen Verhältnisse des Versicherten bzw. Angehörigen.

(3) und (4) unverändert.

(5) Aufgehoben.

Krankheitsverhütung

§ 156. (1) Zur Verhütung des Eintrittes und der Verbreitung von Krankheiten können als freiwillige Leistungen insbesondere gewährt werden:

1. bis 3. unverändert.
4. die Übernahme der Reisekosten in den Fällen der Z 1 bis 3 nach Maßgabe der Bestimmungen der Satzung unter Bedachtnahme auf die wirtschaftlichen Verhältnisse des Versicherten bzw. Angehörigen.

(2) und (3) unverändert.

Umfang des Versicherungsschutzes

§ 157. Der Versicherungsfall der Mutterschaft umfaßt den nach seinem Eintritt (§ 120 Abs. 1 Z 3) liegenden Zeitraum der Schwangerschaft, die Entbindung und die sich daraus ergebenden Folgen, soweit diese Folgen nicht als Versicherungsfall der Krankheit oder Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit anzusehen sind.

ASVG — Geltende Fassung

Anspruchsberechtigung

§ 158. (1) und (2) unverändert.

(3) Die Leistungen im Falle der Mutterschaft für die Ehegattin eines Versicherten werden auch nach Auflösung der Ehe durch Tod des Versicherten, Aufhebung oder Scheidung sowie nach Nichtigerklärung der Ehe gewährt, wenn die Entbindung vor dem Ablauf des 302. Tages nach der Auflösung oder Nichtigerklärung der Ehe stattfindet. In diesem Falle tritt für die Ermittlung der Wartezeit (Abs. 2) an Stelle des Tages des Eintrittes des Versicherungsfalles der Tag der Auflösung oder Nichtigerklärung der Ehe.

(4) unverändert.

Ärztlicher Beistand, Hebammenbeistand und Beistand durch diplomierte Kinderkranken- und Säuglingsschwestern

§ 159. Ärztlicher Beistand, Hebammenbeistand und Beistand durch diplomierte Kinderkranken- und Säuglingsschwestern werden in entsprechender Anwendung der §§ 134 und 135 gewährt.

Wochengeld

§ 162. (1) Weiblichen Versicherten gebührt für die letzten acht Wochen vor der voraussichtlichen Entbindung, für den Tag der Entbindung und für die ersten acht Wochen nach der Entbindung ein tägliches Wochengeld. Weibliche Versicherte nach Frühgeburten, Mehrlingsgeburten oder Kaiserschnittentbindungen erhalten das Wochengeld nach der Entbindung durch zwölf Wochen. Über die vorstehenden Fristen vor und nach der Entbindung hinaus gebührt das Wochengeld ferner für jenen Zeitraum, während dessen Dienstnehmerinnen auf Grund besonderer Vorschriften des Mutterschutzrechtes im Einzelfall auf Grund des Zeugnisses eines Arbeitsinspektionsarztes oder eines Amtsarztes nicht beschäftigt werden dürfen, weil Leben oder Gesundheit von Mutter oder Kind bei Fortdauer der Beschäftigung gefährdet wäre.

ASVG — Vorgeschlagene Fassung

Anspruchsberechtigung

§ 158. (1) und (2) unverändert.

(3) Die Leistungen im Falle der Mutterschaft für die Ehegattin eines Versicherten werden auch nach Auflösung der Ehe durch Tod des Versicherten, Aufhebung oder Scheidung sowie nach Nichtigerklärung der Ehe gewährt, wenn die Entbindung vor dem Ablauf des 302. Tages nach der Auflösung oder Nichtigerklärung der Ehe stattfindet.

(4) unverändert.

Ärztlicher Beistand, Hebammenbeistand und Beistand durch diplomierte Kinderkranken- und Säuglingsschwestern

§ 159. Ärztlicher Beistand, Hebammenbeistand und Beistand durch diplomierte Kinderkranken- und Säuglingsschwestern werden in entsprechender Anwendung der §§ 134 und 135 gewährt. Hat die Anspruchsberechtigte nicht die Vertragspartner (§ 338) oder die eigenen Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) des Versicherungsträgers in Anspruch genommen, so gebührt ihr Kostenersatz gemäß § 131.

Wochengeld

§ 162. (1) Weiblichen Versicherten gebührt für die letzten acht Wochen vor der voraussichtlichen Entbindung, für den Tag der Entbindung und für die ersten acht Wochen nach der Entbindung ein tägliches Wochengeld. Weibliche Versicherte nach Frühgeburten, Mehrlingsgeburten oder Kaiserschnittentbindungen erhalten das Wochengeld nach der Entbindung durch zwölf Wochen. Über die vorstehenden Fristen vor und nach der Entbindung hinaus gebührt das Wochengeld ferner für jenen Zeitraum, während dessen Dienstnehmerinnen und Bezieherinnen einer Leistung nach dem Arbeitslosenversicherungsgesetz 1977 auf Grund besonderer Vorschriften des Mutterschutzrechtes im Einzelfall auf Grund des Zeugnisses eines Arbeitsinspektionsarztes oder eines Amtsarztes nicht beschäftigt werden dürfen, weil Leben oder Gesundheit von Mutter oder Kind bei Fortdauer der Beschäftigung oder Aufnahme einer Beschäftigung gefährdet wäre.

ASVG — Geltende Fassung

(2) unverändert.

(3) Das Wochengeld gebührt den nach § 4 Abs. 3 den Dienstnehmern Gleichgestellten und den nach § 8 Abs. 1 Z 4 lit. a bis c teilversicherten Personen in der Höhe des täglichen Krankengeldes, anderen weiblichen Versicherten in der Höhe des auf den Kalendertag entfallenden Teiles des durchschnittlichen in den letzten 13 Wochen (bei Versicherten, deren Arbeitsverdienst nach Kalendermonaten bemessen oder abgerechnet wird, in den letzten drei Kalendermonaten) gebührenden Arbeitsverdienstes, vermindert um die gesetzlichen Abzüge; die auf diesen Zeitraum entfallenden Sonderzahlungen sind nach Maßgabe des Abs. 4 zu berücksichtigen. Bei Versicherten, deren Lehrverhältnis während des genannten Zeitraumes geendet hat, ist, wenn es für die Versicherte günstiger ist, für die Ermittlung der Höhe des Wochengeldes der Arbeitsverdienst im letzten Beitragszeitraum, vermindert um die gesetzlichen Abzüge, heranzuziehen. Fallen in den für die Ermittlung des durchschnittlichen Arbeitsverdienstes maßgebenden Zeitraum

a) und b) unverändert.

so bleiben diese Zeiten bei der Ermittlung des durchschnittlichen Arbeitsverdienstes außer Betracht. Liegen in dem maßgebenden Zeitraum nur Zeiten der in lit. a oder b bezeichneten Art vor, so verlängert sich der maßgebende Zeitraum um diese Zeiten; diese Zeiten bleiben bei der Berechnung des durchschnittlichen Arbeitsverdienstes außer Betracht. Liegen in den Fällen des § 122 Abs. 3 erster Satz bei der Versicherten diese 13 Wochen bzw. drei Kalendermonate nicht vor, so treten an ihre Stelle die letzten 13 Wochen bzw. drei Kalendermonate vor Beendigung des Dienstverhältnisses.

ASVG — Vorgeschlagene Fassung

(2) unverändert.

(3) Das Wochengeld gebührt den nach § 4 Abs. 3 den Dienstnehmern Gleichgestellten und den nach § 8 Abs. 1 Z 4 lit. a bis c teilversicherten Personen in der Höhe des täglichen Krankengeldes, anderen Versicherten in der Höhe des auf den Kalendertag entfallenden Teiles des durchschnittlichen in den letzten 13 Wochen (bei Versicherten, deren Arbeitsverdienst nach Kalendermonaten bemessen oder abgerechnet wird, in den letzten drei Kalendermonaten) vor dem Eintritt des Versicherungsfalles der Mutterschaft gebührenden Arbeitsverdienstes, vermindert um die gesetzlichen Abzüge; die auf diesen Zeitraum entfallenden Sonderzahlungen sind nach Maßgabe des Abs. 4 zu berücksichtigen. Wurde von Versicherten, deren Arbeitsverdienst nach Kalendermonaten bemessen oder abgerechnet wird, lediglich im Kalendermonat des Eintrittes des Versicherungsfalles der Mutterschaft ein Arbeitsverdienst erzielt, so gilt dieser für die Ermittlung des durchschnittlichen in den letzten drei Kalendermonaten gebührenden Arbeitsverdienstes als im letzten vollen Kalendermonat vor dem Eintritt des Versicherungsfalles erzielt. Fallen in den für die Ermittlung des durchschnittlichen Arbeitsverdienstes maßgebenden Zeitraum auch Zeiten des Bezuges einer Leistung nach dem Arbeitslosenversicherungsgesetz 1977, so gilt für diese Zeiten als Arbeitsverdienst jenes Wochengeld, das auf Grund des Arbeitslosenversicherungsgesetzes 1977 beim Eintritt des Versicherungsfalles der Mutterschaft während des Leistungsbezuges gebührt hätte. Bei Versicherten, deren Lehrverhältnis während des genannten Zeitraumes geendet hat, ist, wenn es für die Versicherte günstiger ist, für die Ermittlung der Höhe des Wochengeldes der Arbeitsverdienst im letzten Beitragszeitraum, vermindert um die gesetzlichen Abzüge, heranzuziehen. Fallen in den für die Ermittlung des durchschnittlichen Arbeitsverdienstes maßgebenden Zeitraum

a) und b) unverändert.

so bleiben diese Zeiten bei der Ermittlung des durchschnittlichen Arbeitsverdienstes außer Betracht. Liegen in dem maßgebenden Zeitraum nur Zeiten der in lit. a oder b bezeichneten Art vor, so verlängert sich der maßgebende Zeitraum um diese Zeiten; diese Zeiten bleiben bei der Berechnung des durchschnittlichen Arbeitsverdienstes außer Betracht. In den Fällen des § 122 Abs. 3 erster Satz sind, wenn dies für die Versicherte günstiger ist, für die Ermittlung der Höhe des Wochengeldes nicht die letzten 13 Wochen bzw. drei Kalendermonate vor dem Eintritt des Versicherungsfalles der Mutterschaft heranzuziehen, sondern die letzten 13 Wochen bzw. drei Kalendermonate vor dem Ende der Pflichtversicherung oder vor dem Ende des Dienstverhältnisses.

(4) unverändert.

(5) Vom Anspruch auf Wochengeld sind Selbstversicherte (§ 16) und Pflichtversicherte ausgeschlossen, die gemäß § 138 Abs. 2 vom Anspruch auf Krankengeld ausgeschlossen sind.

Ruhen des Wochengeldes

§ 166. (1) Der Anspruch auf Wochengeld ruht,

1. solange die Versicherte auf Rechnung eines Versicherungsträgers Anstaltspflege (auch Pflege in einem Entbindungsheim) erhält oder auf Rechnung eines Versicherungsträgers in einem Genesungs-, Erholungs- oder Kurheim oder einer Sonderkrankenanstalt untergebracht ist oder Anspruch auf Ersatz der Verpflegskosten einem Versicherungsträger gegenüber hat, in der Höhe des dem Versicherungsträger hieraus erwachsenen Aufwandes;

2. und 3. unverändert.

(2) unverändert.

(3) Solange der Anspruch auf Wochengeld gemäß Abs. 1 Z 1 ruht, ist weiblichen Versicherten Familien- oder Taggeld unter den Voraussetzungen des § 152 in der dort angegebenen Höhe zu gewähren. Ruht der Anspruch auf Wochengeld nur teilweise, so wird das in Betracht kommende Familien- oder Taggeld unter Anrechnung des zur Auszahlung gelangenden Wochengeldes gewährt.

Arbeitsunfall

§ 175. (1) unverändert.

(2) Arbeitsunfälle sind auch Unfälle, die sich ereignen:

1. unverändert.

2. auf einem Weg von der Arbeits- oder Ausbildungsstätte zu einer vor dem Verlassen dieser Stätte dort bekanntgegebenen ärztlichen Untersuchungsstelle (freiberuflich tätiger Arzt, Ambulatorium, Krankenanstalt) zum Zweck der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe (§ 135), Zahnbehandlung

(4) unverändert.

(5) Vom Anspruch auf Wochengeld sind Selbstversicherte (§ 16) und Pflichtversicherte ausgeschlossen, die gemäß § 138 Abs. 2 lit. a bis d vom Anspruch auf Krankengeld ausgeschlossen sind.

Ruhen des Wochengeldes

§ 166. (1) Der Anspruch auf Wochengeld ruht,

1. Aufgehoben.

2. und 3. unverändert.

(2) unverändert.

(3) Aufgehoben.

Arbeitsunfall

§ 175. (1) unverändert.

(2) Arbeitsunfälle sind auch Unfälle, die sich ereignen:

1. unverändert.

2. auf einem Weg von der Arbeits- oder Ausbildungsstätte oder der Wohnung zu einer Untersuchungs- oder Behandlungsstelle (wie freiberuflich tätiger Arzt, Ambulatorium, Krankenanstalt) zur Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe (§ 135), Zahnbehandlung (§ 153) oder der Durchführung einer

ASVG — Geltende Fassung

(§ 153) oder der Durchführung einer Vorsorge(Gesunden)untersuchung (§ 132 b) und anschließend auf dem Weg zurück zur Arbeits(Ausbildungs)stätte oder zur Wohnung, ferner auf dem Weg von der Arbeits- oder Ausbildungsstätte oder von der Wohnung zu einer ärztlichen Untersuchungsstelle, wenn sich der Versicherte der Untersuchung auf Grund einer gesetzlichen Vorschrift oder einer Anordnung des Versicherungsträgers oder des Dienstgebers unterziehen muß und anschließend auf dem Weg zurück zur Arbeits(Ausbildungs)stätte oder zur Wohnung;

3. bis 8. unverändert.

9. auf einem Weg zur oder von der Arbeits- oder Ausbildungsstätte, der im Rahmen einer Fahrgemeinschaft von Betriebsangehörigen oder Versicherten zurückgelegt worden ist, die sich auf einem in der Z 1 genannten Weg befinden.

(3) bis (6) unverändert.

Neufeststellung der Rente

§ 183. (1) unverändert.

(2) Sind zwei Jahre nach Eintritt des Versicherungsfalles abgelaufen oder ist innerhalb dieser Frist die Dauerrente (§ 209) festgestellt worden, so kann die Rente immer nur in Zeiträumen von mindestens einem Jahr nach der letzten Feststellung neu festgestellt werden. Diese Frist gilt nicht, wenn in der Zwischenzeit eine neue Heilbehandlung abgeschlossen oder eine vorübergehende Verschlimmerung der Folgen des Arbeitsunfalles oder der Berufskrankheit wieder behoben wurde.

ASVG — Vorgeschlagene Fassung

Vorsorge(Gesunden)untersuchung (§ 132 b) und anschließend auf dem Weg zurück zur Arbeits(Ausbildungs)stätte oder zur Wohnung, sofern dem Dienstgeber die Stätte der Untersuchung bzw. Behandlung bekanntgegeben wurde, ferner auf dem Weg von der Arbeits- oder Ausbildungsstätte oder von der Wohnung zu einer Untersuchungsstelle, wenn sich der Versicherte der Untersuchung auf Grund einer gesetzlichen Vorschrift oder einer Anordnung des Versicherungsträgers oder des Dienstgebers unterziehen muß und anschließend auf dem Weg zurück zur Arbeits(Ausbildungs)stätte oder zur Wohnung;

3. bis 8. unverändert.

9. auf einem Weg zur oder von der Arbeits- oder Ausbildungsstätte, der im Rahmen einer Fahrgemeinschaft von Betriebsangehörigen oder Versicherten zurückgelegt worden ist, die sich auf einem in der Z 1 genannten Weg befinden;

10 auf einem Weg eines (einer) Versicherten zur oder von der Arbeits- oder Ausbildungsstätte (Z 1) zu einem Kindergarten (Kindertagesstätte, fremde Obhut) oder zu einer Schule, um das Kind (§ 252 Abs. 1) oder den Schüler (die Schülerin) (§ 8 Abs. 1 Z 3 lit. h) eines (einer) Versicherten dorthin zu bringen oder von dort abzuholen, wenn dem (der) Versicherten die gesetzliche Aufsicht obliegt.

(3) bis (6) unverändert.

Neufeststellung der Rente

§ 183. (1) unverändert.

(2) Sind zwei Jahre nach Eintritt des Versicherungsfalles abgelaufen oder ist innerhalb dieser Frist die Dauerrente (§ 209) festgestellt worden, so kann die Rente immer nur in Zeiträumen von mindestens einem Jahr nach der letzten Feststellung neu festgestellt werden. Diese Frist gilt nicht, wenn in der Zwischenzeit eine Heilbehandlung abgeschlossen oder eine vorübergehende Verschlimmerung der Folgen des Arbeitsunfalles oder der Berufskrankheit wieder behoben wurde.

Familien- und Taggeld bei Gewährung von Anstaltspflege

§ 195. (1) bis (5) unverändert.

(6) Trifft der Bezug von Familien(Tag)geld aus einer gesetzlichen Krankenversicherung mit einem Anspruch auf Familiengeld bzw. Taggeld zusammen, so ruht dieser Anspruch in der Höhe des Bezuges von Familien(Tag)geld aus der Krankenversicherung; hiebei ist einem solchen Bezug die Zeit, für die gemäß § 138 Abs. 1 Anspruch auf Krankengeld nicht besteht, gleichzuhalten.

(7) unverändert.

Übergangsgeld

§ 199. (1) und (2) unverändert.

(3) Auf das Übergangsgeld sind ein dem Versehrten gebührendes Erwerbseinkommen, eine sonst gebührende Geldleistung aus der Unfallversicherung bzw. eine Barleistung nach dem Arbeitsmarktförderungsgesetz anzurechnen. Hinsichtlich der Ermittlung des Erwerbseinkommens aus einem land(forst)wirtschaftlichen Betrieb ist § 292 Abs. 5 und 7 entsprechend anzuwenden.

(4) unverändert.

Beitragszeiten nach dem 31. Dezember 1955

§ 225. (1) Als Beitragszeiten aus der Zeit nach dem 31. Dezember 1955 sind anzusehen:

1. und 2. unverändert.
3. a) unverändert.
- b) Zeiten der Selbstversicherung gemäß § 18 a sowie Zeiten einer sonstigen freiwilligen Versicherung, wenn die Beiträge innerhalb von zwei Jahren nach Ablauf des Beitragszeitraumes, für den sie gelten sollen, wirksam (§ 230) entrichtet worden sind.
4. unverändert.
5. Zeiten, für die ein Überweisungsbetrag oder erstattete Beiträge nach § 311 dieses Bundesgesetzes, nach § 175 des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes,

Familien- und Taggeld bei Gewährung von Anstaltspflege

§ 195. (1) bis (5) unverändert.

(6) Trifft der Bezug von Krankengeld aus einer gesetzlichen Krankenversicherung mit einem Anspruch auf Familiengeld bzw. Taggeld zusammen, so ruht dieser Anspruch in der Höhe des Bezuges von Krankengeld aus der Krankenversicherung; hiebei ist einem solchen Bezug die Zeit, für die gemäß § 138 Abs. 1 Anspruch auf Krankengeld nicht besteht, sowie die Zeit, für die ein Anspruch auf Krankengeld ruht, gleichzuhalten.

(7) unverändert.

Übergangsgeld

§ 199. (1) und (2) unverändert.

(3) Auf das Übergangsgeld sind ein dem Versehrten gebührendes Erwerbseinkommen, eine sonst gebührende Geldleistung aus der Unfallversicherung, eine Pension aus dem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit bzw. eine Barleistung nach dem Arbeitsmarktförderungsgesetz anzurechnen. Hinsichtlich der Ermittlung des Erwerbseinkommens aus einem land(forst)wirtschaftlichen Betrieb ist § 292 Abs. 5 und 7 entsprechend anzuwenden.

(4) unverändert.

Beitragszeiten nach dem 31. Dezember 1955

§ 225. (1) Als Beitragszeiten aus der Zeit nach dem 31. Dezember 1955 sind anzusehen:

1. und 2. unverändert.
3. a) unverändert.
- b) Zeiten einer sonstigen freiwilligen Versicherung, wenn die Beiträge innerhalb von zwölf Monaten nach Ablauf des Beitragszeitraumes, für den sie gelten sollen, wirksam (§ 230) entrichtet worden sind.
4. unverändert.
5. Zeiten, für die ein Überweisungsbetrag oder erstattete Beiträge nach § 311 dieses Bundesgesetzes, nach § 175 des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes,

ASVG — Geltende Fassung

setzes bzw. nach § 167 des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes zurückgezahlt worden sind, sofern diese Zeiten in dem Überweisungsbetrag bzw. bei der Erstattung der Beiträge als Beitragszeiten im Sinne dieses Bundesgesetzes berücksichtigt worden waren;

6. unverändert.
(2) bis (4) unverändert.

Beitragszeiten vor dem 1. Jänner 1956

§ 226. (1) unverändert.

- (2) Als Beitragszeiten aus der Zeit vor dem 1. Jänner 1956 gelten auch
a) und b) unverändert.
c) Zeiten, für die ein Überweisungsbetrag zurückgezahlt worden ist oder als zurückgezahlt gilt, sofern diese Zeiten in dem Überweisungsbetrag als Beitragszeiten im Sinne dieses Bundesgesetzes berücksichtigt worden waren,

d) und e) unverändert.

§ 225 Abs. 4 gilt entsprechend.

(3) und (4) unverändert.

Ersatzzeiten nach dem 31. Dezember 1955

§ 227. (1) Als Ersatzzeiten aus der Zeit nach dem 31. Dezember 1955 gelten
1. bis 5. unverändert.

6. in dem Zweig der Pensionsversicherung, in dem die letzte vorangegangene Beitragszeit vorliegt, die Zeiten, während derer der Versicherte nach dem 31. Dezember 1970 Krankengeld bezog oder der Anspruch darauf ausschließlich gemäß § 143 Abs. 1 Z 2 ruhte;

ASVG — Vorgeschlagene Fassung

setzes bzw. nach § 167 des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes zurückgezahlt worden sind, sofern diese Zeiten in dem Überweisungsbetrag bzw. bei der Erstattung der Beiträge als Beitragszeiten im Sinne dieses Bundesgesetzes berücksichtigt worden waren, sowie Zeiten, für die aus Anlaß der Aufnahme in das pensionsversicherungsfreie Dienstverhältnis vom Dienstnehmer an den Dienstgeber ein besonderer Pensionsbeitrag geleistet worden ist, sofern für diese Zeiten ein Überweisungsbetrag nach § 311 geleistet worden ist;

6. unverändert.
(2) bis (4) unverändert.

Beitragszeiten vor dem 1. Jänner 1956

§ 226. (1) unverändert.

- (2) Als Beitragszeiten aus der Zeit vor dem 1. Jänner 1956 gelten auch
a) und b) unverändert.
c) Zeiten, für die ein Überweisungsbetrag zurückgezahlt worden ist oder als zurückgezahlt gilt, sofern diese Zeiten in dem Überweisungsbetrag als Beitragszeiten im Sinne dieses Bundesgesetzes berücksichtigt worden waren, sowie Zeiten, für die aus Anlaß der Aufnahme in das pensionsversicherungsfreie Dienstverhältnis vom Dienstnehmer an den Dienstgeber ein besonderer Pensionsbeitrag geleistet worden ist, sofern für diese Zeiten ein Überweisungsbetrag nach § 311 geleistet worden ist,
d) und e) unverändert.

§ 225 Abs. 4 gilt entsprechend.

(3) und (4) unverändert.

Ersatzzeiten nach dem 31. Dezember 1955

§ 227. (1) Als Ersatzzeiten aus der Zeit nach dem 31. Dezember 1955 gelten
1. bis 5. unverändert.

6. in dem Zweig der Pensionsversicherung, in dem die letzte vorangegangene Beitragszeit vorliegt, die Zeiten, während derer der Versicherte nach dem 31. Dezember 1970 Krankengeld bezog;

ASVG — Geltende Fassung

7. bis 11. unverändert.

(2) unverändert.

(3) Für jeden Ersatzmonat nach Abs. 1 Z 1, der leistungswirksam werden soll, ist ein Beitrag in der Höhe von 20,5 vH zu entrichten. Als Beitragsgrundlage gilt

1. und 2. unverändert.

der im Zeitpunkt der Beitragsentrichtung geltenden Höchstbeitragsgrundlage in der Pensionsversicherung (§ 45 Abs. 1).

(4) unverändert.

(5) Für jeden Ersatzmonat nach Abs. 1 Z 4 lit. b und d ist aus Mitteln des Ausgleichsfonds für Familienbeihilfen ein Beitrag in der Höhe von 22,8 vH zu entrichten. Als Beitragsgrundlage für den Kalendertag gilt der Tageswert der Lohnstufe, in die das 1,5fache des für die im § 44 Abs. 6 lit. b genannten Personen als täglicher Arbeitsverdienst in Betracht kommenden Betrages fällt.

Ersatzzeiten allgemeiner Art aus der Zeit vor dem 1. Jänner 1956

§ 228. (1) unverändert.

(2) Zur Kriegsgefangenschaft im Sinne des Abs. 1 Z 1 lit. a zählt auch die Heimkehr aus ihr, soweit die Zeit nicht überschritten ist, die der Einberufene bei Berücksichtigung aller Zwischenfälle benötigte, um an seinen letzten Wohnort vor der Einberufung zurückzukehren. Eine Zivilinternierung im Zusammenhang mit dem ersten oder zweiten Weltkrieg ist der Kriegsgefangenschaft gleichzuhalten.

ASVG — Vorgeschlagene Fassung

7. bis 11. unverändert.

(2) unverändert.

(3) Für jeden Ersatzmonat nach Abs. 1 Z 1, der leistungswirksam werden soll, ist ein Beitrag in der Höhe von 22,8 vH zu entrichten. Als Beitragsgrundlage gilt

1. und 2. unverändert.

der im Zeitpunkt der Beitragsentrichtung geltenden Höchstbeitragsgrundlage in der Pensionsversicherung (§ 45 Abs. 1).

(4) unverändert.

(5) Abs. 2 gilt nicht für Zeiten, für die aus Anlaß der Aufnahme in das pensionsversicherungsfreie Dienstverhältnis vom Dienstnehmer an den Dienstgeber ein besonderer Pensionsbeitrag geleistet worden ist, sofern für diese Zeiten ein Überweisungsbetrag nach § 311 geleistet worden ist.

(6) Für jeden Ersatzmonat nach Abs. 1 Z 4 lit. b und d ist aus Mitteln des Ausgleichsfonds für Familienbeihilfen ein Beitrag in der Höhe von 22,8 vH zu entrichten. Als Beitragsgrundlage für den Kalendertag gilt der Tageswert der Lohnstufe, in die das 1,5fache des für die im § 44 Abs. 6 lit. b genannten Personen als täglicher Arbeitsverdienst in Betracht kommenden Betrages fällt.

Ersatzzeiten allgemeiner Art aus der Zeit vor dem 1. Jänner 1956

§ 228. (1) unverändert.

(2) Zur Kriegsgefangenschaft im Sinne des Abs. 1 Z 1 lit. a zählt auch die Heimkehr aus ihr, soweit die Zeit nicht überschritten ist, die der Einberufene bei Berücksichtigung aller Zwischenfälle benötigte, um an seinen letzten Wohnort vor der Einberufung zurückzukehren. Eine Zivilinternierung im Zusammenhang mit dem ersten oder zweiten Weltkrieg ist der Kriegsgefangenschaft gleichzuhalten. Für Personen, die am 13. März 1938 die österreichische Staatsbürgerschaft besessen haben, ist Abs. 1 Z 1 mit der Maßgabe anzuwenden, daß das Erfordernis der österreichischen Staatsbürgerschaft entfällt.

ASVG — Geltende Fassung

Wartezeit als allgemeine Voraussetzung der Leistungsansprüche

§ 235. (1) unverändert.

(2) Für die Wartezeit sind die Versicherungsmonate aller Zweige der Pensionsversicherung, bei der Knappschaftspension und dem Knappschaftssold jedoch nur die Versicherungsmonate der knappschaftlichen Pensionsversicherung zu berücksichtigen.

(3) Die Wartezeit entfällt für eine Leistung aus dem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit oder aus dem Versicherungsfall des Todes, wenn

- a) unverändert.
- b) der Stichtag (§ 223 Abs. 2) vor dem vollendeten 27. Lebensjahr des Versicherten liegt und der Versicherte mindestens sechs Versicherungsmonate erworben hat;

c) unverändert.

Erfüllung der Wartezeit

§ 236. (1) bis (3) unverändert.

(4) Die Wartezeit — ausgenommen für den Knappschaftssold — ist auch erfüllt, wenn bis zum Stichtag mindestens 180 Beitragsmonate erworben sind.

(5) und (6) unverändert.

Bemessungsgrundlage

§ 238. (1) bis (3) unverändert.

(4) Bei der Anwendung der Abs. 2 und 3 bleiben außer Betracht

1. Beitragsmonate der freiwilligen Versicherung, die auch Zeiten enthalten, während welcher Krankengeld, Arbeitslosengeld, Notstandshilfe oder Karenzurlaubsgeld aus gesetzlicher Versicherung bezogen wurde oder während welcher der Anspruch auf Krankengeld ausschließlich nach § 143 Abs. 1 Z 2 ruhte, wenn es für den Versicherten günstiger ist; dies gilt

ASVG — Vorgeschlagene Fassung

Wartezeit als allgemeine Voraussetzung der Leistungsansprüche

§ 235. (1) unverändert.

(2) Für die Wartezeit sind die Versicherungsmonate aller Zweige der Pensionsversicherung, ausgenommen Zeiten einer Selbstversicherung nach § 16 a, bei der Knappschaftspension und dem Knappschaftssold jedoch nur die Versicherungsmonate der knappschaftlichen Pensionsversicherung zu berücksichtigen.

(3) Die Wartezeit entfällt für eine Leistung aus dem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit oder aus dem Versicherungsfall des Todes, wenn

- a) unverändert.
- b) der Stichtag (§ 223 Abs. 2) vor dem vollendeten 27. Lebensjahr des (der) Versicherten liegt und der (die) Versicherte mindestens sechs Versicherungsmonate, die nicht auf einer Selbstversicherung gemäß § 16 a beruhen, erworben hat;

c) unverändert.

Erfüllung der Wartezeit

§ 236. (1) bis (3) unverändert.

(4) Die Wartezeit — ausgenommen für den Knappschaftssold — ist auch erfüllt, wenn bis zum Stichtag mindestens 180 Beitragsmonate, ausgenommen Zeiten einer Selbstversicherung nach § 16 a, erworben sind.

(5) und (6) unverändert.

Bemessungsgrundlage

§ 238. (1) bis (3) unverändert.

(4) Bei der Anwendung der Abs. 2 und 3 bleiben außer Betracht

1. Beitragsmonate der freiwilligen Versicherung, die auch Zeiten enthalten, während welcher Krankengeld, Arbeitslosengeld, Notstandshilfe oder Karenzurlaubsgeld aus gesetzlicher Versicherung bezogen wurde, wenn es für den Versicherten günstiger ist; dies gilt entsprechend auch für Beitragsmonate der Pflichtversicherung, welche Zeiten enthalten, während

entsprechend auch für Beitragsmonate der Pflichtversicherung, welche Zeiten enthalten, während welcher berufliche Maßnahmen der Rehabilitation (§§ 198 bzw. 303 dieses Bundesgesetzes sowie § 161 des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes und § 153 des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes) gewährt wurden bzw. Zeiten einer Beschäftigung enthalten, zu deren Ausübung ihn diese Maßnahmen befähigt haben;

2. Beitragsmonate der Pflichtversicherung, die Zeiten enthalten, während welcher der Versicherte eine Beihilfe zur Deckung des Lebensunterhaltes gemäß § 20 Abs. 2 lit. c in Verbindung mit § 25 Abs. 1 des Arbeitsmarktförderungsgesetzes, BGBl. Nr. 31/1969, bezogen hat.

Berücksichtigung der Beitragsgrundlagen in der Bemessungsgrundlage

§ 242. (1) unverändert.

(2) Die durchschnittliche monatliche Beitragsgrundlage eines Versicherungsmonates (Monatsbeitragsgrundlage) ist aus den nach den §§ 243, 244, 244 a und 251 Abs. 4 ermittelten Beitragsgrundlagen eines Beitragsjahres (Abs. 6) unter Bedachtnahme auf Abs. 3 wie folgt zu bilden:

1. bis 4. unverändert.
5. Soweit Beitragsgrundlagen von Ersatzzeiten nach § 243 Z 3 zu berücksichtigen sind, sind unter entsprechender Anwendung der Z 1 und 3 für jedes der in Betracht kommenden Beitrags- bzw. Kalenderjahre eine Tagesbeitragsgrundlage und eine Monatsbeitragsgrundlage für diese Ersatzzeiten zu ermitteln.
6. und 7. unverändert.

(3) Folgende Beitragsgrundlagen nach den §§ 243, 244 und 251 Abs. 4, die zur Bildung der durchschnittlichen monatlichen Beitragsgrundlage eines Versicherungsmonates heranzuziehen sind, sind zu vervielfachen, und zwar

- a) Beitragsgrundlagen nach § 243 Z 3 lit. a mit dem Faktor, der sich aus der Teilung des für das Jahr 1946 geltenden Aufwertungsfaktors (§ 108 c) durch den der zeitlichen Lagerung der Beitragsgrundlagen entsprechenden Aufwertungsfaktor (§ 108 c) ergibt;

welcher berufliche Maßnahmen der Rehabilitation (§§ 198 bzw. 303 dieses Bundesgesetzes sowie § 161 des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes und § 153 des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes) gewährt wurden bzw. Zeiten einer Beschäftigung enthalten, zu deren Ausübung ihn diese Maßnahmen befähigt haben;

2. Beitragsmonate der Pflichtversicherung, die Zeiten enthalten, während welcher der Versicherte eine Beihilfe zur Deckung des Lebensunterhaltes gemäß § 20 Abs. 2 lit. c in Verbindung mit § 25 Abs. 1 des Arbeitsmarktförderungsgesetzes, BGBl. Nr. 31/1969, bezogen hat;
3. Beitragsmonate der Pflichtversicherung, die Zeiten nach den §§ 225 Abs. 1 Z 5 zweiter Halbsatz bzw. 226 Abs. 2 lit. c zweiter Halbsatz enthalten.

Berücksichtigung der Beitragsgrundlagen in der Bemessungsgrundlage

§ 242. (1) unverändert.

(2) Die durchschnittliche monatliche Beitragsgrundlage eines Versicherungsmonates (Monatsbeitragsgrundlage) ist aus den nach den §§ 243, 244, 244 a und 251 Abs. 4 ermittelten Beitragsgrundlagen eines Beitragsjahres (Abs. 6) unter Bedachtnahme auf Abs. 3 wie folgt zu bilden:

1. bis 4. unverändert.
5. Soweit Beitragsgrundlagen von Ersatzzeiten nach § 243 Abs. 1 Z 3 zu berücksichtigen sind, sind unter entsprechender Anwendung der Z 1 und 3 für jedes der in Betracht kommenden Beitrags- bzw. Kalenderjahre eine Tagesbeitragsgrundlage und eine Monatsbeitragsgrundlage für diese Ersatzzeiten zu ermitteln.
6. und 7. unverändert.

(3) Folgende Beitragsgrundlagen nach den §§ 243, 244 und 251 Abs. 4, die zur Bildung der durchschnittlichen monatlichen Beitragsgrundlage eines Versicherungsmonates heranzuziehen sind, sind zu vervielfachen, und zwar

- a) Beitragsgrundlagen nach § 243 Abs. 1 Z 3 lit. a mit dem Faktor, der sich aus der Teilung des für das Jahr 1946 geltenden Aufwertungsfaktors (§ 108 c) durch den der zeitlichen Lagerung der Beitragsgrundlagen entsprechenden Aufwertungsfaktor (§ 108 c) ergibt;

ASVG — Geltende Fassung

- b) Beitragsgrundlagen nach § 243 Z 2 lit. b und d sowie Z 3 lit. c, nach § 244 Abs. 1 letzter Satz und Abs. 2 sowie nach § 250 Abs. 3 aus der Zeit vor dem 1. Jänner 1947 mit dem Faktor, der sich aus der Teilung des für das Jahr 1951 geltenden Aufwertungsfaktors (§ 108 c) durch den der zeitlichen Lagerung der Beitragsgrundlagen entsprechenden Aufwertungsfaktor (§ 108 c) ergibt, aus der Zeit ab 1. Jänner 1951 mit dem Faktor, der sich aus der Teilung des für das Jahr 1954 geltenden Aufwertungsfaktors (§ 108 c) durch den der zeitlichen Lagerung der Beitragsgrundlagen entsprechenden Aufwertungsfaktor ergibt;
- c) unverändert.

Die Faktoren nach lit. a bis c sind auf drei Dezimalstellen zu runden.

(4) bis (7) unverändert.

Beitragsgrundlage in normalen Fällen

§ 243. Beitragsgrundlage ist

1. bis 3. unverändert.

Beitragsgrundlage in besonderen Fällen

§ 244. (1) Falls für eine vor dem 1. Jänner 1956 gelegene Versicherungszeit die Unterlagen für die Bemessung der Steigerungsbeträge nach bisherigem Recht nicht vorhanden sind, hat der Versicherungsträger die Beitragsgrundlagen für Zeiten der Pflichtversicherung nach § 243 Z 2 lit. a unter Bedachtnahme auf die damals übliche Höhe der Arbeitsverdienste gleichartig Beschäftigter festzusetzen. Für Zeiten freiwilliger Versicherung gilt in solchen Fällen als Beitragsgrundlage für den Kalendertag 7 S.

(2) bis (5) unverändert.

ASVG — Vorgeschlagene Fassung

- b) Beitragsgrundlagen nach § 243 Abs. 1 Z 2 lit. b und d sowie Z 3 lit. c, nach § 244 Abs. 1 letzter Satz und Abs. 2 sowie nach § 250 Abs. 3 aus der Zeit vor dem 1. Jänner 1947 mit dem Faktor, der sich aus der Teilung des für das Jahr 1951 geltenden Aufwertungsfaktors (§ 108 c) durch den der zeitlichen Lagerung der Beitragsgrundlagen entsprechenden Aufwertungsfaktor (§ 108 c) ergibt, aus der Zeit ab 1. Jänner 1951 mit dem Faktor, der sich aus der Teilung des für das Jahr 1954 geltenden Aufwertungsfaktors (§ 108 c) durch den der zeitlichen Lagerung der Beitragsgrundlagen entsprechenden Aufwertungsfaktor ergibt;
- c) unverändert.

Die Faktoren nach lit. a bis c sind auf drei Dezimalstellen zu runden.

(4) bis (7) unverändert.

Beitragsgrundlage in normalen Fällen

§ 243. (1) Beitragsgrundlage ist

1. bis 3. unverändert.

(2) Für Beitragszeiten nach den §§ 225 Abs. 1 Z 5 zweiter Halbsatz und 226 Abs. 2 lit. c zweiter Halbsatz ist eine Beitragsgrundlage nicht festzustellen.

Beitragsgrundlage in besonderen Fällen

§ 244. (1) Falls für eine vor dem 1. Jänner 1956 gelegene Versicherungszeit die Unterlagen für die Bemessung der Steigerungsbeträge nach bisherigem Recht nicht vorhanden sind, hat der Versicherungsträger die Beitragsgrundlagen für Zeiten der Pflichtversicherung nach § 243 Abs. 1 Z 2 lit. a unter Bedachtnahme auf die damals übliche Höhe der Arbeitsverdienste gleichartig Beschäftigter festzusetzen. Für Zeiten freiwilliger Versicherung gilt in solchen Fällen als Beitragsgrundlage für den Kalendertag 7 S.

(2) bis (5) unverändert.

ASVG — Geltende Fassung

Sonderbestimmungen für ehemalige Versicherte der Sondersicherungsanstalten und der Pensionsinstitute für Verkehr und öffentliche Einrichtungen

§ 250. (1) und (2) unverändert.

(3) Für Beitragsmonate der Pflichtversicherung in der Beitragsklasse J gilt als Beitragsgrundlage nach § 243 Z 2 lit. b der Betrag von 1 800 S.

(4) unverändert.

Vorzeitige Alterspension bei Arbeitslosigkeit

§ 253 a. (1) Anspruch auf vorzeitige Alterspension bei Arbeitslosigkeit hat der Versicherte nach Vollendung des 60. Lebensjahres, die Versicherte nach Vollendung des 55. Lebensjahres, wenn die Wartezeit erfüllt ist (§ 236) und der (die) Versicherte innerhalb der letzten fünfzehn Monate vor dem Stichtag (§ 223 Abs. 2) mindestens 52 Wochen wegen Arbeitslosigkeit eine Geldleistung aus der Arbeitslosenversicherung bezogen hat, für die weitere Dauer der Arbeitslosigkeit. Dem Bezug von Geldleistungen aus der Arbeitslosenversicherung stehen gleich

1. bis 3. unverändert.

4. Zeiten der Arbeitslosigkeit, für die Kündigungsentschädigung gebührt,

5. und 6. unverändert.

Bei der Feststellung der Voraussetzungen für einen solchen Anspruch haben jedoch Beitragsmonate der freiwilligen Versicherung für die Erfüllung der Wartezeit außer Ansatz zu bleiben.

(2) unverändert.

Alters(Invaliditäts)pension, Ausmaß

§ 261. (1) bis (4) unverändert.

(5) Fällt eine Pension innerhalb von fünf Jahren nach Wegfall einer anderen nach diesem Bundesgesetz festgestellten Pension der Pensionsversicherung an, so tritt für die Bemessung des bis zum Bemessungszeitpunkt der weggefallenen Leistung erworbenen Steigerungsbetrages bzw. Leistungszuschlages an Stelle des

ASVG — Vorgeschlagene Fassung

Sonderbestimmungen für ehemalige Versicherte der Sondersicherungsanstalten und der Pensionsinstitute für Verkehr und öffentliche Einrichtungen

§ 250. (1) und (2) unverändert.

(3) Für Beitragsmonate der Pflichtversicherung in der Beitragsklasse J gilt als Beitragsgrundlage nach § 243 Abs. 1 Z 2 lit. b der Betrag von 1 800 S.

(4) unverändert.

Vorzeitige Alterspension bei Arbeitslosigkeit

§ 253 a. (1) Anspruch auf vorzeitige Alterspension bei Arbeitslosigkeit hat der Versicherte nach Vollendung des 60. Lebensjahres, die Versicherte nach Vollendung des 55. Lebensjahres, wenn die Wartezeit erfüllt ist (§ 236) und der (die) Versicherte innerhalb der letzten 15 Monate vor dem Stichtag (§ 223 Abs. 2) mindestens 52 Wochen wegen Arbeitslosigkeit eine Geldleistung aus der Arbeitslosenversicherung bezogen hat, für die weitere Dauer der Arbeitslosigkeit. Dem Bezug von Geldleistungen aus der Arbeitslosenversicherung stehen gleich

1. bis 3. unverändert.

4. Zeiten der Arbeitslosigkeit, für die Kündigungsentschädigung, Urlaubsentschädigung oder Urlaubsabfindung gebührt,

5. und 6. unverändert.

Bei der Feststellung der Voraussetzungen für einen solchen Anspruch haben jedoch Beitragsmonate der freiwilligen Versicherung für die Erfüllung der Wartezeit außer Ansatz zu bleiben.

(2) unverändert.

Alters(Invaliditäts)pension, Ausmaß

§ 261. (1) bis (4) unverändert.

(5) Fällt eine Pension innerhalb von fünf Jahren nach Wegfall einer anderen nach diesem Bundesgesetz festgestellten Pension der Pensionsversicherung an, so tritt für die Bemessung des bis zum Bemessungszeitpunkt der weggefallenen Leistung erworbenen Steigerungsbetrages bzw. Leistungszuschlages an Stelle des

ASVG — Geltende Fassung

sich nach Abs. 1 bis 4 ergebenden Hundertsatzes des Steigerungsbetrages der für die weggefallene Leistung maßgebende Hundertsatz des Steigerungsbetrages bzw. Leistungszuschlages. Ein Grundbetrag oder Grundbetragszuschlag, der in der weggefallenen Leistung enthalten war, ist beim Hundertsatz des Steigerungsbetrages zu berücksichtigen. Der für den ab dem Bemessungszeitpunkt der weggefallenen Leistung maßgebliche Hundertsatz des Steigerungsbetrages ergibt sich aus der Verminderung des zum Stichtag der neu anfallenden Leistung festgestellten Hundertsatzes des Steigerungsbetrages um den Hundertsatz des Steigerungsbetrages der weggefallenen Leistung. Der Hundertsatz des gesamten Steigerungsbetrages darf den Hundertsatz des Steigerungsbetrages bzw. Leistungszuschlages der weggefallenen Leistung nicht unterschreiten.

Knappschaftsalterspension

§ 276. (1) und (2) unverändert.

(3) Anspruch auf Knappschaftsalterspension hat ferner der männliche Versicherte nach Vollendung des 60. Lebensjahres, wenn die Wartezeit (§ 236) erfüllt ist, und

1. und 2. unverändert.

Eine Pflichtversicherung auf Grund einer Beschäftigung als Hausbesorger im Sinne des Hausbesorgergesetzes und eine Pflichtversicherung auf Grund eines am Stichtag bereits beendeten Beschäftigungsverhältnisses, aus dem dem Versicherten noch ein Anspruch auf Kündigungsentschädigung oder ein Anspruch auf Insolvenz-Ausfallgeld an Stelle von Kündigungsentschädigung zusteht, haben hiebei außer Betracht zu bleiben.

(4) und (5) unverändert.

Vorzeitige Knappschaftsalterspension bei Arbeitslosigkeit

§ 276 a. (1) Anspruch auf vorzeitige Knappschaftsalterspension bei Arbeitslosigkeit hat der Versicherte nach Vollendung des 60. Lebensjahres, die Versicherte nach Vollendung des 55. Lebensjahres, wenn die Wartezeit erfüllt ist (§ 236) und der (die) Versicherte innerhalb der letzten fünfzehn Monate vor dem Stichtag (§ 223 Abs. 2) mindestens 52 Wochen wegen Arbeitslosigkeit eine Geldleistung

ASVG — Vorgeschlagene Fassung

sich nach Abs. 1 bis 4 ergebenden Hundertsatzes des Steigerungsbetrages der für die weggefallene Leistung maßgebende Hundertsatz des Steigerungsbetrages bzw. Leistungszuschlages. Ein Grundbetrag oder Grundbetragszuschlag, der in der weggefallenen Leistung enthalten war, ist beim Hundertsatz des Steigerungsbetrages zu berücksichtigen. Der ab dem Bemessungszeitpunkt der weggefallenen Leistung maßgebliche Hundertsatz des Steigerungsbetrages ergibt sich aus der Verminderung des zum Stichtag der neu anfallenden Leistung festgestellten Hundertsatzes des Steigerungsbetrages um den Hundertsatz des Steigerungsbetrages der weggefallenen Leistung. Der Hundertsatz des gesamten Steigerungsbetrages darf den Hundertsatz des Steigerungsbetrages bzw. Leistungszuschlages der weggefallenen Leistung nicht unterschreiten.

Knappschaftsalterspension

§ 276. (1) und (2) unverändert.

(3) Anspruch auf Knappschaftsalterspension hat ferner der männliche Versicherte nach Vollendung des 60. Lebensjahres, wenn die Wartezeit (§ 236) für den Knappschaftssold erfüllt ist und

1. und 2. unverändert.

Eine Pflichtversicherung auf Grund einer Beschäftigung als Hausbesorger im Sinne des Hausbesorgergesetzes und eine Pflichtversicherung auf Grund eines am Stichtag bereits beendeten Beschäftigungsverhältnisses, aus dem dem Versicherten noch ein Anspruch auf Kündigungsentschädigung oder ein Anspruch auf Insolvenz-Ausfallgeld an Stelle von Kündigungsentschädigung zusteht, haben hiebei außer Betracht zu bleiben.

(4) und (5) unverändert.

Vorzeitige Knappschaftsalterspension bei Arbeitslosigkeit

§ 276 a. (1) Anspruch auf vorzeitige Knappschaftsalterspension bei Arbeitslosigkeit hat der Versicherte nach Vollendung des 60. Lebensjahres, die Versicherte nach Vollendung des 55. Lebensjahres, wenn die Wartezeit erfüllt ist (§ 236) und der (die) Versicherte innerhalb der letzten 15 Monate vor dem Stichtag (§ 223 Abs. 2) mindestens 52 Wochen wegen Arbeitslosigkeit eine Geldleistung aus der

ASVG — Geltende Fassung

aus der Arbeitslosenversicherung bezogen hat, für die weitere Dauer der Arbeitslosigkeit. Dem Bezug von Geldleistungen aus der Arbeitslosenversicherung stehen gleich

1. bis 3. unverändert.

4. Zeiten der Arbeitslosigkeit, für die Kündigungsentschädigung gebührt,

5. und 6. unverändert.

Bei der Feststellung der Voraussetzungen für einen solchen Anspruch haben jedoch Beitragsmonate der freiwilligen Versicherung für die Erfüllung der Wartezeit außer Ansatz zu bleiben.

(2) unverändert.

Richtsätze

- § 293. (1) Der Richtsatz beträgt unbeschadet der Bestimmungen des Abs. 2
- a) für Pensionsberechtigte aus eigener Pensionsversicherung,
 - aa) wenn sie mit dem Ehegatten (der Ehegattin) im gemeinsamen Haushalt leben 8 600 S,
 - bb) wenn die Voraussetzungen nach aa) nicht zutreffen 6 000 S,
 - b) für Pensionsberechtigte auf Witwen(Witwer)pension 6 000 S,
 - c) für Pensionsberechtigte auf Waisenpension:
 - aa) bis zur Vollendung des 24. Lebensjahres 2 240 S,
falls beide Elternteile verstorben sind 3 366 S,
 - bb) nach Vollendung des 24. Lebensjahres 3 980 S,
falls beide Elternteile verstorben sind 6 000 S.

Der Richtsatz nach lit. a erhöht sich um 640 S für jedes Kind (§ 252), dessen Nettoeinkommen den Richtsatz für einfach verwaiste Kinder bis zur Vollendung des 24. Lebensjahres nicht erreicht.

(2) An die Stelle der Richtsätze und der Richtsaterhöhung nach Abs. 1 treten ab 1. Jänner eines jeden Jahres, erstmals ab 1. Jänner 1992, die unter Bedachtnahme auf § 108 i mit dem Anpassungsfaktor (§ 108 f) vervielfachten Beträge.

(3) bis (5) unverändert.

ASVG — Vorgeschlagene Fassung

Arbeitslosenversicherung bezogen hat, für die weitere Dauer der Arbeitslosigkeit. Dem Bezug von Geldleistungen aus der Arbeitslosenversicherung stehen gleich

1. bis 3. unverändert.

4. Zeiten der Arbeitslosigkeit, für die Kündigungsentschädigung, Urlaubsent-schädigung oder Urlaubsabfindung gebührt,

5. und 6. unverändert.

Bei der Feststellung der Voraussetzungen für einen solchen Anspruch haben jedoch Beitragsmonate der freiwilligen Versicherung für die Erfüllung der Wartezeit außer Ansatz zu bleiben.

(2) unverändert.

Richtsätze

- § 293. (1) Der Richtsatz beträgt unbeschadet der Bestimmungen des Abs. 2
- a) für Pensionsberechtigte aus eigener Pensionsversicherung,
 - aa) wenn sie mit dem Ehegatten (der Ehegattin) im gemeinsamen Haushalt leben 9 317 S,
 - bb) wenn die Voraussetzungen nach aa) nicht zutreffen 6 500 S,
 - b) für Pensionsberechtigte auf Witwen(Witwer)pension 6 500 S,
 - c) für Pensionsberechtigte auf Waisenpension:
 - aa) bis zur Vollendung des 24. Lebensjahres 2 427 S,
falls beide Elternteile verstorben sind 3 646 S,
 - bb) nach Vollendung des 24. Lebensjahres 4 312 S,
falls beide Elternteile verstorben sind 6 500 S.

Der Richtsatz nach lit. a erhöht sich um 693 S für jedes Kind (§ 252), dessen Nettoeinkommen den Richtsatz für einfach verwaiste Kinder bis zur Vollendung des 24. Lebensjahres nicht erreicht.

(2) An die Stelle der Richtsätze und der Richtsaterhöhung nach Abs. 1 treten ab 1. Jänner eines jeden Jahres, erstmals ab 1. Jänner 1993, die unter Bedachtnahme auf § 108 i mit dem Anpassungsfaktor (§ 108 f) vervielfachten Beträge.

(3) bis (5) unverändert.

Medizinische Maßnahmen

§ 302. (1) unverändert.

(2) Die Maßnahmen nach Abs. 1 werden vom Pensionsversicherungsträger gewährt, wenn und soweit der Versicherte nicht auf sie aus einer gesetzlichen Krankenversicherung Anspruch hat. Der Pensionsversicherungsträger kann die Gewährung der sonst vom Krankenversicherungsträger zu erbringenden Maßnahmen der in Abs. 1 bezeichneten Art jederzeit an sich ziehen. Er tritt hinsichtlich dieser Maßnahmen dem Versicherten gegenüber in alle Pflichten und Rechte des Krankenversicherungsträgers ein, soweit die zu gewährenden Leistungen mit den medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation in Zusammenhang stehen. Der Pensionsversicherungsträger hat in diesen Fällen dem Krankenversicherungsträger anzuzeigen, daß er von einem bestimmten Tag an die Gewährung übernimmt; von diesem Zeitpunkt an hat der Versicherte gegen den Krankenversicherungsträger keinen Anspruch auf die entsprechenden Leistungen der Krankenversicherung.

(3) unverändert.

Übergangsgeld

§ 306. (1) bis (3) unverändert.

(4) Auf das Übergangsgeld sind ein dem Versicherten gebührendes Erwerbseinkommen bzw. eine Barleistung nach dem Arbeitsmarktförderungsgesetz anzurechnen. Hinsichtlich der Ermittlung des Erwerbseinkommens aus einem land(forst)wirtschaftlichen Betrieb ist § 292 Abs. 5 und 7 entsprechend anzuwenden.

(5) und (6) unverändert.

Gesundheitsvorsorge der Pensionsversicherungsträger

§ 307 d. (1) unverändert.

(2) Als Maßnahmen im Sinne des Abs. 1 kommen insbesondere in Frage:

1. bis 3. unverändert.

Medizinische Maßnahmen

§ 302. (1) unverändert.

(2) Die Maßnahmen nach Abs. 1 werden vom Pensionsversicherungsträger gewährt, wenn und soweit sie nicht aus einer gesetzlichen Krankenversicherung gewährt werden. Der Pensionsversicherungsträger kann die Gewährung der von einem Krankenversicherungsträger nach Maßgabe des § 154 a zu erbringenden medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation jederzeit an sich ziehen. Er tritt hinsichtlich dieser Maßnahmen dem Versicherten gegenüber in alle Pflichten und Rechte des Krankenversicherungsträgers ein, soweit die zu gewährenden Leistungen mit den medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation in Zusammenhang stehen. Der Pensionsversicherungsträger hat in diesen Fällen dem Krankenversicherungsträger anzuzeigen, daß er von einem bestimmten Tag an die Gewährung übernimmt; von diesem Zeitpunkt an hat der Versicherte gegen den Krankenversicherungsträger keinen Anspruch auf die entsprechenden Leistungen der Krankenversicherung.

(3) unverändert.

Übergangsgeld

§ 306. (1) bis (3) unverändert.

(2) Auf das Übergangsgeld sind ein dem Versicherten gebührendes Erwerbseinkommen bzw. eine Barleistung nach dem Arbeitsmarktförderungsgesetz anzurechnen. Hinsichtlich der Ermittlung des Erwerbseinkommens aus einem land(forst)wirtschaftlichen Betrieb ist § 292 Abs. 5 und 7 entsprechend anzuwenden.

(5) und (6) unverändert.

Gesundheitsvorsorge der Pensionsversicherungsträger

§ 307 d. (1) unverändert.

(2) Als Maßnahmen im Sinne des Abs. 1 kommen insbesondere in Frage:

1. bis 3. unverändert.

ASVG — Geltende Fassung

4. Unterbringung in Krankenanstalten, die vorwiegend der Rehabilitation dienen.
5. Aufgehoben.

§ 155 Abs. 3 gilt entsprechend.

(3) bis (5) unverändert.

Geldleistungen während der Gewährung von Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge durch den Pensionsversicherungsträger

§ 307 e. (1) unverändert.

(2) Bezüglich der Höhe des Familiengeldes bzw. des Taggeldes gilt § 152 Abs. 2 bzw. Abs. 3 entsprechend. Bei in der Pensionsversicherung Weiterversicherten sowie bei Personen, die aus der Weiterversicherung gemäß § 17 ausgeschieden sind, bzw. bei gemäß § 18 Selbstversicherten bzw. § 18 a Selbstversicherten ist hierbei die Beitragsgrundlage (§ 76 a Abs. 1) als Bemessungsgrundlage heranzuziehen, jedoch höchstens im Ausmaß des Tageswertes der Lohnstufe (§ 46 Abs. 4), in welche die um ein Sechstel ihres Betrages erhöhte Höchstbeitragsgrundlage in der Krankenversicherung (§ 45 Abs. 1) fällt.

(3) unverändert.

Wirkung der Zahlung der Überweisungsbeträge und der Rückzahlung der erstatteten Beiträge

§ 313. Die in den an einen Versicherungsträger nach § 311 dieses Bundesgesetzes, nach § 175 des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes bzw. nach § 166 des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes geleisteten bzw. zurückgezählten Überweisungsbeträgen und Beiträgen berücksichtigten vollen Monate gelten als Versicherungsmonate im Sinne dieses Bundesgesetzes, sofern diese Monate in dem Überweisungsbetrag bzw. bei der Erstattung der Beiträge als Versicherungsmonate im Sinne dieses Bundesgesetzes berücksichtigt worden waren.

ASVG — Vorgeschlagene Fassung

4. Unterbringung in Krankenanstalten, die vorwiegend der Rehabilitation dienen;
5. die Übernahme der Reise- und Transportkosten in den Fällen der Z 1 bis 4 nach Maßgabe der Bestimmungen der Satzung unter Bedachtnahme auf die wirtschaftlichen Verhältnisse des Versicherten bzw. Angehörigen.

§ 155 Abs. 3 gilt entsprechend.

(3) bis (5) unverändert.

Geldleistungen während der Gewährung von Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge durch den Pensionsversicherungsträger

§ 307 e. (1) unverändert.

(2) Die Höhe des Familiengeldes bzw. des Taggeldes ist gemäß § 195 Abs. 2 bis 5 entsprechend zu ermitteln. Bei in der Pensionsversicherung Weiterversicherten sowie bei Personen, die aus der Weiterversicherung gemäß § 17 ausgeschieden sind, bzw. bei gemäß den §§ 16 a, 18, 18 a Selbstversicherten ist hierbei das Dreißigfache der Beitragsgrundlage (§ 76 a Abs. 1 bzw. Abs. 5) als Bemessungsgrundlage heranzuziehen, jedoch höchstens im Ausmaß des Dreißigfachen des Tageswertes der Lohnstufe (§ 46 Abs. 4), in welche die um ein Sechstel ihres Betrages erhöhte Höchstbeitragsgrundlage (§ 45 Abs. 1) fällt.

(3) unverändert.

Wirkung der Zahlung der Überweisungsbeträge und der Rückzahlung der erstatteten Beiträge

§ 313. Die in den an einen Versicherungsträger nach § 311 dieses Bundesgesetzes, nach § 175 des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes bzw. nach § 167 des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes geleisteten bzw. zurückgezählten Überweisungsbeträgen und Beiträgen sowie die in den aus Anlaß der Aufnahme in das pensionsversicherungsfreie Dienstverhältnis vom Dienstnehmer geleisteten besonderen Pensionsbeiträgen berücksichtigten vollen Monate gelten als Versicherungsmonate im Sinne dieses Bundesgesetzes, sofern diese Monate in dem Überweisungsbetrag bzw. bei der Erstattung der Beiträge als Versicherungsmonate im Sinne dieses Bundesgesetzes berücksichtigt worden waren.

Ersatzanspruch des Trägers der Sozialhilfe

§ 324. (1) und (2) unverändert.

(3) Wird ein Renten(Pensions)berechtigter auf Kosten eines Trägers der Sozialhilfe in einem Alters(Siechen)heim oder Fürsorgeerziehungsheim, einer Heil- und Pflegeanstalt für Nerven- und Geisteskranke, einer Trinkerheilstätte oder einer ähnlichen Einrichtung bzw. außerhalb einer dieser Einrichtungen im Rahmen eines Familienverbandes oder auf einer von einem Träger der öffentlichen Wohlfahrtspflege oder von einer kirchlichen oder anderen karitativen Vereinigung geführten Pflegestelle gepflegt, so geht für die Zeit dieser Pflege der Anspruch auf Rente bzw. Pension (einschließlich allfälliger Zulagen und Zuschläge) bis zur Höhe der Verpflegskosten, höchstens jedoch bis zu 80 vH, wenn der Renten(Pensions)berechtigte auf Grund einer gesetzlichen Verpflichtung für den Unterhalt eines Angehörigen zu sorgen hat, bis zu 50 vH dieses Anspruches auf den Träger der Sozialhilfe über; das gleiche gilt in Fällen, in denen ein Renten(Pensions)berechtigter auf Kosten eines Landes im Rahmen der Behindertenhilfe in einer der genannten Einrichtungen oder auf einer der genannten Pflegestellen untergebracht wird, mit der Maßgabe, daß der vom Anspruchsübergang erfaßte Teil der Rente (Pension) auf das jeweilige Land übergeht. Der vom Anspruchsübergang erfaßte Betrag vermindert sich für jeden weiteren unterhaltsberechtigten Angehörigen um je 10 vH dieses Anspruches. Wenn und soweit die Verpflegskosten durch den vom Anspruchsübergang erfaßten Betrag noch nicht gedeckt sind, geht auch ein allfälliger Anspruch auf Hilflosenzuschuß höchstens bis zu 80 vH auf den Träger der Sozialhilfe über. Die dem Renten(Pensions)berechtigten für seine Angehörigen zu belassenden Beträge können vom Versicherungsträger unmittelbar an die Angehörigen ausgezahlt werden.

(4) unverändert.

Regelung durch Verträge

§ 338. (1) Die Beziehungen der Träger der Sozialversicherung (des Hauptverbandes) zu den freiberuflich tätigen Ärzten, Dentisten, Hebammen,

Ersatzanspruch des Trägers der Sozialhilfe

§ 324. (1) und (2) unverändert.

(3) Wird ein Renten(Pensions)berechtigter auf Kosten eines Trägers der Sozialhilfe in einem Alters(Siechen)heim oder Fürsorgeerziehungsheim, einer Heil- und Pflegeanstalt für Nerven- und Geisteskranke, einer Trinkerheilstätte oder einer ähnlichen Einrichtung bzw. außerhalb einer dieser Einrichtungen im Rahmen eines Familienverbandes oder auf einer von einem Träger der öffentlichen Wohlfahrtspflege oder von einer kirchlichen oder anderen karitativen Vereinigung geführten Pflegestelle gepflegt, so geht für die Zeit dieser Pflege der Anspruch auf Rente bzw. Pension (einschließlich allfälliger Zulagen und Zuschläge) bis zur Höhe der Verpflegskosten, höchstens jedoch bis zu 80 vH, wenn der Renten(Pensions)berechtigte auf Grund einer gesetzlichen Verpflichtung für den Unterhalt eines Angehörigen zu sorgen hat, bis zu 50 vH dieses Anspruches auf den Träger der Sozialhilfe über; das gleiche gilt in Fällen, in denen ein Renten(Pensions)berechtigter auf Kosten eines Landes im Rahmen der Behindertenhilfe in einer der genannten Einrichtungen oder auf einer der genannten Pflegestellen untergebracht wird, mit der Maßgabe, daß der vom Anspruchsübergang erfaßte Teil der Rente (Pension) auf das jeweilige Land übergeht. Der vom Anspruchsübergang erfaßte Betrag vermindert sich für jeden weiteren unterhaltsberechtigten Angehörigen um je 10 vH dieses Anspruches. Wenn und soweit die Verpflegskosten durch den vom Anspruchsübergang erfaßten Betrag noch nicht gedeckt sind, geht auch ein allfälliger Anspruch auf Hilflosenzuschuß höchstens bis zu 80 vH auf den Träger der Sozialhilfe über. Der vom Anspruchsübergang erfaßte Betrag vermindert sich in dem Maß, als der dem unterhaltsberechtigten Angehörigen verbleibende Teil der Pension (Rente) zuzüglich seines sonstigen Nettoeinkommens (§ 292 Abs. 3) den jeweils geltenden Richtsatz gemäß § 293 Abs. 1 lit. a sublit. bb nicht erreicht. Die dem Renten(Pensions)berechtigten für seine Angehörigen zu belassenden Beträge können vom Versicherungsträger unmittelbar an die Angehörigen ausgezahlt werden.

(4) unverändert.

Regelung durch Verträge

§ 338. (1) Die Beziehungen der Träger der Sozialversicherung (des Hauptverbandes) zu den freiberuflich tätigen Ärzten, Dentisten, Hebammen,

ASVG — Geltende Fassung

Apothekern und anderen Vertragspartnern werden durch privatrechtliche Verträge nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen geregelt. Diese Verträge bedürfen zu ihrer Rechtsgültigkeit der schriftlichen Form.

(2) bis (4) unverändert.

Inhalt der Gesamtverträge

§ 342. (1) Die zwischen dem Hauptverband und den Ärztekammern abzuschließenden Gesamtverträge haben nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen insbesondere folgende Gegenstände zu regeln:

1. bis 5. unverändert.
6. die Zusammenarbeit der Vertragsärzte mit dem beim Versicherungsträger eingerichteten chef- und kontrollärztlichen Dienst;
7. und 8. unverändert.
- (2) unverändert.

ASVG — Vorgeschlagene Fassung

Apothekern, freiberuflich tätigen klinischen Psychologen, freiberuflich tätigen Psychotherapeuten, Pflegepersonen, die medizinische Hauskrankenpflege gemäß § 151 erbringen, und anderen Vertragspartnern werden durch privatrechtliche Verträge nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen geregelt. Diese Verträge bedürfen zu ihrer Rechtsgültigkeit der schriftlichen Form.

(2) bis (4) unverändert.

Zusammenarbeit zwischen Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten

§ 338 a. Zur Sicherstellung der gesetzlichen und satzungsmäßigen ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen sind in den Verträgen auch vorzusehen:

1. Regelungen über die gegenseitige Zusammenarbeit zwischen Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten,
2. Regelungen über die Verpflichtung der Vertragspsychotherapeuten, den Leistungsberechtigten (die Leistungsberechtigte) nachweislich aufzufordern, sich einer ärztlichen Untersuchung auf das Vorliegen oder Nichtvorliegen von körperlichen Krankheiten, von Geistes- und Gemütskrankheiten, von Gebrechen oder Mißbildungen und Anomalien, die krankhafter Natur sind (§ 1 Abs. 2 Z 1 Ärztegesetz 1984, BGBl. Nr. 373), zu unterziehen.

Inhalt der Gesamtverträge

§ 342. (1) Die zwischen dem Hauptverband und den Ärztekammern abzuschließenden Gesamtverträge haben nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen insbesondere folgende Gegenstände zu regeln:

1. bis 5. unverändert.
6. die Zusammenarbeit der Vertragsärzte mit dem beim Versicherungsträger eingerichteten chef- und kontrollärztlichen Dienst unter Zugrundelegung der Richtlinien gemäß § 31 Abs. 3 Z 11 und 23;
7. und 8. unverändert.
- (2) unverändert.

Gesamtverträge

§ 349. (1) unverändert.

(2) Die Beziehungen zwischen den Sozialversicherungsträgern und anderen Vertragspartnern als Ärzten, Dentisten, Apothekern und Krankenanstalten können durch Gesamtverträge geregelt werden. Hiebei finden die Bestimmungen des § 341 mit der Maßgabe sinngemäß Anwendung, daß an die Stelle der Ärztekammer die zuständige gesetzliche berufliche Vertretung tritt.

(3) Sieht ein gemäß Abs. 2 abgeschlossener Gesamtvertrag vor, daß ohne Abschluß von Einzelverträgen die im Gesamtvertrag angeführten Verbandsangehörigen die Sachleistungen für Rechnung der Träger der Krankenversicherung zu erbringen haben, dann regelt der Gesamtvertrag selbst mit verbindlicher Wirkung die Beziehungen zwischen den Verbandsangehörigen und den Versicherungsträgern.

Abgabe von Heilmitteln

§ 350. (1) Heilmittel (§ 136) und Heilbehelfe (§ 137) usw. dürfen für Rechnung der Krankenversicherungsträger von Apothekern und Hausapotheken führenden Ärzten nur unter folgenden Voraussetzungen abgegeben werden:

1. und 2. unverändert.

Gesamtverträge

§ 349. (1) unverändert.

(2) Die Beziehungen zwischen den Trägern der Krankenversicherung und den freiberuflich tätigen klinischen Psychologen bzw. den freiberuflich tätigen Psychotherapeuten werden durch je einen Gesamtvertrag mit einer beruflichen Interessenvertretung der klinischen Psychologen, deren Leistungsfähigkeit bezüglich der psychosozialen Versorgung unter Bedachtnahme auf ein Gutachten des Psychologenbeirates (§ 20 Abs. 1 Z 8 des Psychologengesetzes), sowie einer beruflichen Interessenvertretung der Psychotherapeuten, deren Leistungsfähigkeit bezüglich der psychosozialen Versorgung unter Bedachtnahme auf ein Gutachten des Psychotherapiebeirates (§ 21 Abs. 1 Z 9 des Psychotherapiegesetzes) vom Bundesminister für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz mit Bescheid festgestellt worden ist, geregelt. Hiebei finden die §§ 340 Abs. 1, 341 bis 343 mit der Maßgabe sinngemäß Anwendung, daß an die Stelle der Ärztekammer die jeweilige freiwillige berufliche Interessenvertretung tritt.

(3) Die Beziehungen zwischen den Sozialversicherungsträgern und anderen Vertragspartnern als Ärzten, Dentisten, Apothekern, freiberuflich tätigen klinischen Psychologen bzw. freiberuflich tätigen Psychotherapeuten und Krankenanstalten können durch Gesamtverträge geregelt werden. Hiebei finden die Bestimmungen des § 341 mit der Maßgabe sinngemäß Anwendung, daß an die Stelle der Ärztekammer die zuständige gesetzliche berufliche Vertretung tritt.

(4) Sieht ein gemäß Abs. 3 abgeschlossener Gesamtvertrag vor, daß ohne Abschluß von Einzelverträgen die im Gesamtvertrag angeführten Verbandsangehörigen die Sachleistungen für Rechnung der Träger der Krankenversicherung zu erbringen haben, dann regelt der Gesamtvertrag selbst mit verbindlicher Wirkung die Beziehungen zwischen den Verbandsangehörigen und den Versicherungsträgern.

Abgabe von Heilmitteln

§ 350. (1) Heilmittel (§ 136) und Heilbehelfe (§ 137) usw. dürfen für Rechnung der Krankenversicherungsträger von Apothekern und Hausapotheken führenden Ärzten nur unter folgenden Voraussetzungen abgegeben werden:

1. und 2. unverändert.

ASVG — Geltende Fassung

3. freie Verschreibbarkeit nach den Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise (§ 31 Abs. 3 Z 11) oder — soweit eine chef- oder kontrollärztliche Bewilligung in diesen Richtlinien vorgesehen ist — Vorliegen einer Abgabebewilligung des Chef- oder Kontrollarztes.

(2) unverändert.

Geltungsbereich der Regelung

§ 352. Die Bestimmungen dieses Teiles gelten für das Verfahren zur Durchführung der Bestimmungen dieses Bundesgesetzes sowie der Bestimmungen über die zusätzliche Pensionsversicherung von Bediensteten von Privatbahnunternehmungen (§ 479), soweit nicht

1. bis 4. unverändert.

Bescheide der Versicherungsträger in Leistungssachen

§ 367. (1) Über den Antrag auf Zuerkennung einer Leistung aus der Krankenversicherung oder auf Gewährung von Unfallheilbehandlung, von Familien-, Tag-, Versehrten- und Übergangsgeld oder von Körperersatzstücken, orthopädischen Behelfen und anderen Hilfsmitteln aus der Unfallversicherung, ferner bei amtswegiger Feststellung der angeführten Leistungen der Unfallversicherung sowie über den Antrag auf Gewährung von Übergangsgeld aus der Pensionsversicherung ist ein Bescheid zu erlassen, wenn

1. und 2. unverändert.

Über den Antrag auf Zuerkennung oder über die amtswegige Feststellung einer sonstigen Leistung aus der Unfallversicherung, ausgenommen eine Leistung nach § 173 Z 1 lit. c sowie die Feststellung, daß eine Gesundheitsstörung Folge eines Arbeitsunfalls beziehungsweise einer Berufskrankheit ist, auch wenn nach Eintritt einer Gesundheitsstörung eine Leistung aus der Unfallversicherung nicht anfällt, ferner über den Antrag auf eine Leistung gemäß § 222 Abs. 1 und 2 aus der Pensionsversicherung sowie auf Feststellung von Versicherungszeiten der Pensionsversicherung außerhalb des Leistungsfeststellungsverfahrens (§ 247) ist jedenfalls ein Bescheid zu erlassen.

ASVG — Vorgeschlagene Fassung

3. freie Verschreibbarkeit nach dem vom Hauptverband herausgegebenen Heilmittelverzeichnis (§ 31 Abs. 3 Z 11 lit. b) bzw. nach den Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise (§ 31 Abs. 3 Z 11 lit. a) oder bei Vorliegen einer chef- oder kontrollärztlichen Bewilligung.

(2) unverändert.

Geltungsbereich der Regelung

§ 352. Die Bestimmungen dieses Teiles gelten für das Verfahren zur Durchführung der Bestimmungen dieses Bundesgesetzes sowie der Bestimmungen über die zusätzliche Pensionsversicherung (§ 479), soweit nicht

1. bis 4. unverändert.

Bescheide der Versicherungsträger in Leistungssachen

§ 367. (1) Über den Antrag auf Zuerkennung einer Leistung aus der Krankenversicherung oder auf Gewährung von Unfallheilbehandlung, von Familien-, Tag-, Versehrten- und Übergangsgeld oder von Körperersatzstücken, orthopädischen Behelfen und anderen Hilfsmitteln aus der Unfallversicherung, ferner bei amtswegiger Feststellung der angeführten Leistungen der Unfallversicherung sowie über den Antrag auf Gewährung von Übergangsgeld aus der Pensionsversicherung ist ein Bescheid zu erlassen, wenn

1. und 2. unverändert.

Über den Antrag auf Zuerkennung oder über die amtswegige Feststellung einer sonstigen Leistung aus der Unfallversicherung, ausgenommen eine Leistung nach § 173 Z 1 lit. c, sowie die Feststellung, daß eine Gesundheitsstörung Folge eines Arbeitsunfalls beziehungsweise einer Berufskrankheit ist, auch wenn nach Eintritt einer Gesundheitsstörung eine Leistung aus der Unfallversicherung nicht anfällt, ferner über den Antrag auf eine Leistung gemäß § 222 Abs. 1 und 2 aus der Pensionsversicherung sowie auf Feststellung von Versicherungszeiten der Pensionsversicherung außerhalb des Leistungsfeststellungsverfahrens (§ 247) ist jedenfalls ein Bescheid zu erlassen. Über einen Antrag auf Leistung aus einem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit ist, sofern die Wartezeit

(2) und (3) unverändert.

Einspruch gegen Bescheide der Versicherungsträger

§ 412. (1) Bescheide der Versicherungsträger in Verwaltungssachen können binnen einem Monat nach der Zustellung durch Einspruch an den zuständigen Landeshauptmann angefochten werden. Der Einspruch hat den Bescheid zu bezeichnen, gegen den er sich richtet, und einen begründeten Entscheidungsantrag zu enthalten. Der Einspruch ist beim Versicherungsträger, der den Bescheid erlassen hat, einzubringen. Der Versicherungsträger hat den Einspruch ungesäumt, längstens jedoch binnen zwei Wochen, unter Anschluß der Akten und seiner Stellungnahme dem Landeshauptmann vorzulegen.

(2) Der Einspruch hat keine aufschiebende Wirkung; der Landeshauptmann kann dem Einspruch auf Antrag aufschiebende Wirkung zuerkennen, wenn durch die vorzeitige Vollstreckung ein nicht wiedergutzumachender Schaden einträte und nicht öffentliche Interessen die sofortige Vollstreckung gebieten. Der Antrag auf Zuerkennung der aufschiebenden Wirkung ist innerhalb der für die Einbringung des Einspruches vorgesehenen Frist (Abs. 1) beim Versicherungsträger zu stellen.

(§ 236) erfüllt ist, über das Vorliegen der Invalidität, Berufsunfähigkeit oder Dienstunfähigkeit im Bescheid gesondert zu entscheiden.

(2) und (3) unverändert.

Einspruch gegen Bescheide der Versicherungsträger

§ 412. (1) Bescheide der Versicherungsträger in Verwaltungssachen können binnen einem Monat nach der Zustellung durch Einspruch an den zuständigen Landeshauptmann angefochten werden. Der Einspruch hat den Bescheid zu bezeichnen, gegen den er sich richtet, und einen begründeten Entscheidungsantrag zu enthalten. Der Einspruch ist beim Versicherungsträger, der den Bescheid erlassen hat, einzubringen. Ein beim Landeshauptmann eingebrachter Einspruch gilt als beim Versicherungsträger eingebracht und ist an diesen unverzüglich weiterzuleiten.

(2) Der Versicherungsträger kann auf Grund des Einspruches und allfälliger weiterer Ermittlungen binnen zwei Monaten nach Einbringung (Einlangen) des Einspruches den Bescheid im Sinne des Einspruchsbegehrens abändern, ergänzen oder aufheben (Einspruchsvorentscheidung).

(3) Binnen zwei Wochen nach Zustellung der Einspruchsvorentscheidung kann beim Versicherungsträger der Antrag gestellt werden, daß der Einspruch dem Landeshauptmann zur Entscheidung vorgelegt werden möge (Vorlageantrag). In der Einspruchsvorentscheidung ist auf die Möglichkeit eines solchen Vorlageantrages hinzuweisen. Mit dem Einlangen eines rechtzeitig eingebrachten Vorlageantrages tritt die Einspruchsvorentscheidung außer Kraft. Die Parteien sind über das Außerkrafttreten der Einspruchsvorentscheidung zu verständigen.

(4) Ergeht keine Einspruchsvorentscheidung, hat der Versicherungsträger den Einspruch ungesäumt, längstens jedoch binnen zwei Monaten nach Einbringung des Einspruches, unter Anschluß der Akten und seiner Stellungnahme dem Landeshauptmann vorzulegen.

(5) Tritt eine Einspruchsvorentscheidung auf Grund eines rechtzeitig eingebrachten Vorlageantrages außer Kraft, hat der Versicherungsträger den

Sachliche Zuständigkeit des Landeshauptmannes

§ 413. (1) Der Landeshauptmann entscheidet

1. über die bei ihm nach § 412 eingebrachten Einsprüche,
2. unverändert.

(2) bis (6) unverändert.

Ablehnung des Amtes

§ 422. Das Amt eines Versicherungsvertreters darf nur aus wichtigen Gründen abgelehnt werden. Nach mindestens zweijähriger Amtsführung kann eine Wiederbestellung für die nächste Amtsdauer abgelehnt werden.

Vorlageantrag ungesäumt, längstens jedoch binnen zwei Wochen, unter Anschluß der Akten und seiner Stellungnahme dem Landeshauptmann vorzulegen.

(6) Der Einspruch hat keine aufschiebende Wirkung; der Landeshauptmann kann dem Einspruch auf Antrag aufschiebende Wirkung zuerkennen, wenn durch die vorzeitige Vollstreckung des Bescheides ein nicht wiedergutzumachender Schaden einträte und nicht öffentliche Interessen die sofortige Vollstreckung gebieten. Der Antrag auf Zuerkennung der aufschiebenden Wirkung des Einspruches ist innerhalb der für die Einbringung des Einspruches vorgesehenen Frist (Abs. 1) beim Versicherungsträger zu stellen. Der Antrag auf Zuerkennung der aufschiebenden Wirkung des Einspruches gilt gleichzeitig als Antrag auf Zuerkennung der aufschiebenden Wirkung bei Einbringung eines Vorlageantrages; dies gilt auch dann, wenn der Vorlageantrag nicht vom Einspruchswerber, sondern von einer anderen Partei gestellt wird.

Sachliche Zuständigkeit des Landeshauptmannes

§ 413. (1) Der Landeshauptmann entscheidet

1. über die bei ihm eingebrachten Einsprüche und Vorlageanträge,
2. unverändert.

(2) bis (6) unverändert.

Ablehnung des Amtes und Recht zur Amtsausübung

§ 422. (1) Das Amt eines Versicherungsvertreters (Stellvertreters) darf nur aus wichtigen Gründen abgelehnt werden. Nach mindestens zweijähriger Amtsführung kann eine Wiederbestellung für die nächste Amtsdauer abgelehnt werden.

(2) Der Versicherungsvertreter (Stellvertreter) hat von der Annahme seiner Bestellung (§ 421) den Versicherungsträger nachweislich in Kenntnis zu setzen und ist unbeschadet des § 425 zweiter Satz ab dem Zeitpunkt des Einlangens dieser Mitteilung beim Versicherungsträger zur Ausübung seines Amtes ab dem Zeitpunkt, ab dem er bestellt ist, berechtigt.

ASVG — Geltende Fassung

Haftung der Versicherungsvertreter

§ 424. Die Mitglieder der Verwaltungskörper haften unbeschadet der Bestimmungen des Amtshaftungsgesetzes für jeden Schaden, der dem Versicherungsträger aus der Vernachlässigung ihrer Pflichten erwächst. Die Versicherungsträger können auf Ansprüche aus der Haftung nur mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde verzichten. Macht ein Versicherungsträger trotz mangelnder Genehmigung der Aufsichtsbehörde die Haftung nicht geltend, so kann diese die Haftung an Stelle und auf Kosten des Versicherungsträgers geltend machen.

Vorsitz in den Verwaltungskörpern

§ 431. (1) bis (4) unverändert.

(5) Scheidet der Vorsitzende (Stellvertreter des Vorsitzenden) eines Verwaltungskörpers infolge einer Enthebung von seinem Amt als Versicherungsvertreter (§ 423) aus und tritt nachträglich die Entscheidung über diese Enthebung außer Kraft, so erlöschen mit dem gleichen Zeitpunkt die rechtlichen Wirkungen einer bereits erfolgten Wahl seines Nachfolgers und es ist neuerlich eine entsprechende Wahl durchzuführen.

(6) Den Vorsitz im Renten(Pensions)ausschuß und im Rehabilitationsausschuß haben abwechselnd der Vertreter der Dienstgeber und der Dienstnehmer zu führen.

ASVG — Vorgeschlagene Fassung

Pflichten und Haftung der Versicherungsvertreter

§ 424. Die Mitglieder der Verwaltungskörper der Sozialversicherungsträger und des Hauptverbandes haben bei der Ausübung ihres Amtes die Gesetze der Republik Österreich, die Satzungen der Versicherungsträger (des Hauptverbandes) und die darauf beruhenden sonstigen Rechtsvorschriften zu beachten. Sie sind zur Amtverschwiegenheit sowie zur gewissenhaften und unparteiischen Ausübung ihres Amtes verpflichtet. Sie haften unbeschadet der Bestimmungen des Amtshaftungsgesetzes für jeden Schaden, der dem Versicherungsträger aus der Vernachlässigung ihrer Pflichten erwächst. Die Versicherungsträger können auf Ansprüche aus der Haftung nur mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde verzichten. Macht ein Versicherungsträger trotz mangelnder Genehmigung der Aufsichtsbehörde die Haftung nicht geltend, so kann diese die Haftung an Stelle und auf Kosten des Versicherungsträgers geltend machen.

Vorsitz in den Verwaltungskörpern

§ 431. (1) bis (4) unverändert.

(5) Die gewählten Vorsitzenden von Verwaltungskörpern und ihre Stellvertreter sind ab dem Zeitpunkt, für den sie gewählt wurden, zur Ausübung ihrer Funktionen berechtigt, sobald sie die Annahme ihrer Wahl dem zur Wahl berufenen Verwaltungskörper ausdrücklich erklärt haben.

(6) Scheidet der Vorsitzende (Stellvertreter des Vorsitzenden) eines Verwaltungskörpers infolge einer Enthebung von seinem Amt als Versicherungsvertreter (§ 423) aus und tritt nachträglich die Entscheidung über diese Enthebung außer Kraft, so erlöschen mit dem gleichen Zeitpunkt die rechtlichen Wirkungen einer bereits erfolgten Wahl seines Nachfolgers und es ist neuerlich eine entsprechende Wahl durchzuführen.

(7) Den Vorsitz im Renten(Pensions)ausschuß und im Rehabilitationsausschuß haben abwechselnd der Vertreter der Dienstgeber und der Dienstnehmer zu führen.

ASVG — Geltende Fassung

Angelobung der Versicherungsvertreter

§ 432. (1) Die Obmänner der Versicherungsträger, die Vorsitzenden des Überwachungsausschusses sowie der Landesstellenausschüsse und deren Stellvertreter sind bei Antritt ihres Amtes von der Aufsichtsbehörde in Eid und Pflicht zu nehmen.

(2) Die übrigen Versicherungsvertreter hat der Obmann beziehungsweise der vorläufige Verwalter (§ 451) beim Antritt ihres Amtes auf Gehorsam gegen die Gesetze der Republik Österreich, Amtsverschwiegenheit sowie gewissenhafte und unparteiische Ausübung ihres Amtes zu verpflichten.

Arten und Zusammensetzung der Verwaltungskörper

§ 433. (1) bis (5) unverändert.

(6) Die Vertreter in der Hauptversammlung und in den Sektionsausschüssen sind von den Vorständen, die Vertreter im Überwachungsausschuß von den Überwachungsausschüssen der in Betracht kommenden Versicherungsträger aus ihrer Mitte oder aus der Mitte der Hauptversammlung des betreffenden Versicherungsträgers zu wählen. Der Bundesminister für Arbeit und Soziales hat die auf die einzelnen entsendeberechtigten Verwaltungskörper entfallenden Zahlen der Dienstnehmer- und der Dienstgebervertreter und unter Bedachtnahme auf die durchschnittliche Zahl der Versicherten in den einzelnen Berufsgruppen (§ 421 Abs. 1) die Gruppen zu bestimmen, aus denen die Vertreter zu wählen sind. In der Hauptversammlung soll auf jedes Land mindestens ein Vertreter entfallen. Die Vertreter der Träger der Selbständigen-Pensionsversicherungen und der Träger der Selbständigen-Krankenversicherungen zählen auf die Gruppe der Dienstgeber.

(7) unverändert.

Vorsitz im Hauptverband; Angelobung

§ 434. (1) Den Vorsitz in der Hauptversammlung sowie im Vorstand des Hauptverbandes hat der Präsident nebst zwei Stellvertretern zu führen. Der

ASVG — Vorgeschlagene Fassung

Angelobung der Versicherungsvertreter

§ 432. Die Obmänner der Versicherungsträger, die Vorsitzenden des Überwachungsausschusses sowie der Landesstellenausschüsse und deren Stellvertreter sind von der Aufsichtsbehörde, die übrigen Versicherungsvertreter vom Obmann bzw. vom vorläufigen Verwalter anzugeloben und dabei nachweislich auf ihre Pflichten gemäß § 424 hinzuweisen.

Arten und Zusammensetzung der Verwaltungskörper

§ 433. (1) bis (5) unverändert.

(6) Die Vertreter in der Hauptversammlung und in den Sektionsausschüssen sind von den Vorständen, die Vertreter im Überwachungsausschuß von den Überwachungsausschüssen der in Betracht kommenden Versicherungsträger aus ihrer Mitte oder aus der Mitte der Hauptversammlung des betreffenden Versicherungsträgers zu wählen. Der Bundesminister für Arbeit und Soziales hat die auf die einzelnen entsendeberechtigten Verwaltungskörper entfallenden Zahlen der Dienstnehmer- und der Dienstgebervertreter und unter Bedachtnahme auf die durchschnittliche Zahl der Versicherten in den einzelnen Berufsgruppen (§ 421 Abs. 1) die Gruppen zu bestimmen, aus denen die Vertreter zu wählen sind. In der Hauptversammlung soll auf jedes Land mindestens ein Vertreter entfallen. Die Vertreter der Träger der Selbständigen-Pensionsversicherungen und der Träger der Selbständigen-Krankenversicherungen zählen auf die Gruppe der Dienstgeber. Die gewählten Versicherungsvertreter haben den Hauptverband von der Annahme ihrer Wahl nachweislich in Kenntnis zu setzen und sind ab dem Zeitpunkt des Einlangens dieser Mitteilung beim Hauptverband zur Ausübung ihres Amtes berechtigt.

(7) unverändert.

Vorsitz im Hauptverband; Angelobung

§ 434. (1) Den Vorsitz in der Hauptversammlung sowie im Vorstand des Hauptverbandes hat der Präsident nebst zwei Stellvertretern zu führen. Der

ASVG — Geltende Fassung

Präsident und seine Stellvertreter sind vom Bundesminister für Arbeit und Soziales für die Amtsdauer der genannten Verwaltungskörper nach Anhörung des Österreichischen Arbeiterkammertages, der Bundeskammer der gewerblichen Wirtschaft und der Präsidentenkonferenz der Landwirtschaftskammern Österreichs zu ernennen. Der Präsident muß weder als Dienstgeber noch als Versicherter einem der dem Hauptverband angeschlossenen Versicherungsträger angehören. Sein erster Stellvertreter ist der Gruppe der Dienstnehmer, sein zweiter der Gruppe der Dienstgeber zu entnehmen. Soweit sich aus diesem Bundesgesetz nichts anderes ergibt, gelten die für die Obmänner vorgesehenen Bestimmungen auch für den Präsidenten und die Vizepräsidenten des Hauptverbandes.

(2) Den Vorsitzenden des Überwachungsausschusses, ferner die Vorsitzenden der Sektionsausschüsse hat der betreffende Ausschuß aus seiner Mitte zu wählen. Gleichzeitig ist ein Stellvertreter des Vorsitzenden, in den Sektionsausschüssen auch ein zweiter Stellvertreter zu wählen. § 431 Abs. 2 vorletzter und letzter Satz und Abs. 5 sind entsprechend anzuwenden.

(3) Der Präsident und die Vizepräsidenten, ferner der Vorsitzende des Überwachungsausschusses und die Vorsitzenden der Sektionsausschüsse samt deren Stellvertreter sind vom Bundesminister für Arbeit und Soziales bei Antritt ihres Amtes in Eid und Pflicht zu nehmen. Die übrigen Versicherungsvertreter in den Verwaltungskörpern hat der Präsident beim Antritt ihres Amtes auf Gehorsam gegen die Gesetze der Republik Österreich, Amtsverschwiegenheit sowie gewissenhafte und unparteiische Ausübung ihres Amtes zu verpflichten.

Genehmigung der Beteiligung an fremden Einrichtungen

§ 446 a. Jede Beteiligung der Träger der Sozialversicherung an fremden Einrichtungen gemäß den §§ 23 Abs. 6, 24 Abs. 2 und 25 Abs. 2 ist nur mit Genehmigung des Bundesministers für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen zulässig.

ASVG — Vorgeschlagene Fassung

Präsident und seine Stellvertreter sind vom Bundesminister für Arbeit und Soziales für die Amtsdauer der genannten Verwaltungskörper nach Anhörung des Österreichischen Arbeiterkammertages, der Bundeskammer der gewerblichen Wirtschaft und der Präsidentenkonferenz der Landwirtschaftskammern Österreichs zu ernennen. Sie sind zur Ausübung ihrer Funktionen berechtigt, sobald sie die Annahme ihrer Ernennung gegenüber dem Bundesminister für Arbeit und Soziales ausdrücklich erklärt haben. Der Präsident muß weder als Dienstgeber noch als Versicherter einem der dem Hauptverband angeschlossenen Versicherungsträger angehören. Sein erster Stellvertreter ist der Gruppe der Dienstnehmer, sein zweiter der Gruppe der Dienstgeber zu entnehmen. Soweit sich aus diesem Bundesgesetz nichts anderes ergibt, gelten die für die Obmänner vorgesehenen Bestimmungen auch für den Präsidenten und die Vizepräsidenten des Hauptverbandes.

(2) Den Vorsitzenden des Überwachungsausschusses, ferner die Vorsitzenden der Sektionsausschüsse hat der betreffende Ausschuß aus seiner Mitte zu wählen. Gleichzeitig ist ein Stellvertreter des Vorsitzenden, in den Sektionsausschüssen auch ein zweiter Stellvertreter zu wählen. § 431 Abs. 2 vorletzter und letzter Satz, Abs. 5 und Abs. 6 sind entsprechend anzuwenden.

(3) Der Präsident und die Vizepräsidenten, ferner der Vorsitzende des Überwachungsausschusses und die Vorsitzenden der Sektionsausschüsse samt deren Stellvertreter sind vom Bundesminister für Arbeit und Soziales, die übrigen Versicherungsvertreter in den Verwaltungskörpern vom Präsidenten anzugeloben und dabei nachweislich auf ihre Pflichten gemäß § 424 hinzuweisen.

Genehmigung der Beteiligung an fremden Einrichtungen

§ 446 a. Beschlüsse der Verwaltungskörper über eine Beteiligung an fremden Einrichtungen gemäß den §§ 23 Abs. 6, 24 Abs. 2 und 25 Abs. 2 bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Genehmigung durch den Bundesminister für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen.

Vorläufiger Verwalter

§ 451. (1) Die oberste Aufsichtsbehörde ist berechtigt, die Verwaltungskörper, wenn sie ungeachtet zweimaliger schriftlicher Verwarnung gesetzliche oder satzungsmäßige Bestimmungen außer acht lassen, aufzulösen und die vorläufige Geschäftsführung und Vertretung vorübergehend einem vorläufigen Verwalter zu übertragen. Diesem ist ein Beirat zur Seite zu stellen, der im gleichen Verhältnis wie der aufgelöste Verwaltungskörper aus Vertretern der Dienstgeber und der Dienstnehmer bestehen soll und dessen Aufgaben und Befugnisse von der Aufsichtsbehörde bestimmt werden; die Vorschriften der §§ 420 Abs. 2 bis 7 und 432 Abs. 2 sind auf die Mitglieder des Beirates entsprechend anzuwenden. Der vorläufige Verwalter hat binnen acht Wochen vom Zeitpunkt seiner Bestellung an die nötigen Verfügungen wegen Neubestellung des Verwaltungskörpers nach den Vorschriften des § 421 zu treffen. Ihm obliegt die erstmalige Einberufung der Verwaltungskörper.

(2) und (3) unverändert.

Vorläufiger Verwalter

§ 451. (1) Die oberste Aufsichtsbehörde ist berechtigt, die Verwaltungskörper, wenn sie ungeachtet zweimaliger schriftlicher Verwarnung gesetzliche oder satzungsmäßige Bestimmungen außer acht lassen, aufzulösen und die vorläufige Geschäftsführung und Vertretung vorübergehend einem vorläufigen Verwalter zu übertragen. Diesem ist ein Beirat zur Seite zu stellen, der im gleichen Verhältnis wie der aufgelöste Verwaltungskörper aus Vertretern der Dienstgeber und der Dienstnehmer bestehen soll und dessen Aufgaben und Befugnisse von der Aufsichtsbehörde bestimmt werden; die Vorschriften der §§ 420 Abs. 2 bis 7 und 432 sind auf die Mitglieder des Beirates entsprechend anzuwenden. Der vorläufige Verwalter hat binnen acht Wochen vom Zeitpunkt seiner Bestellung an die nötigen Verfügungen wegen Neubestellung des Verwaltungskörpers nach den Vorschriften des § 421 zu treffen. Ihm obliegt die erstmalige Einberufung der Verwaltungskörper.

(2) und (3) unverändert.

Mitwirkung der Abgabenbehörden des Bundes

§ 459 a. (1) Die Abgabenbehörden des Bundes haben den Trägern der Pensionsversicherung nach Maßgabe des Abs. 3 folgende Daten von land(forst)wirtschaftlichem Vermögen (§ 29 des Bewertungsgesetzes) zu übermitteln:

1. Ordnungsbegriff und Lagebeschreibung der wirtschaftlichen Einheit,
2. Name (Familiename und Vorname) des Eigentümers der wirtschaftlichen Einheit mit Geburtsdatum und Anschrift sowie dessen Eigentumsanteil an der wirtschaftlichen Einheit,
3. Ausmaß des Einheitswertes und die im Bescheid ausgewiesenen Berechnungsgrundlagen,
4. Art und Rechtsgrundlage der Änderung des Einheitswertes, Stichtag der Rechtswirksamkeit sowie Ausfertigungsdatum des Bescheides,
5. Name und Anschrift eines allfälligen Zustellungsbevollmächtigten,
6. Berechnungsgrundlagen bei Gesamtflächenänderungen, die gemäß § 21 Abs. 1 Z 1 lit. a des Bewertungsgesetzes zu keiner Wertfortschreibung führen.

(2) Die übermittelten Daten dürfen nur zur Feststellung des Bestandes und des Umfangs von Leistungen nach diesem Bundesgesetz verwendet werden.

Leistungen aus der Krankenversicherung

§ 468. (1) unverändert.

(2) Kranken- und Familiengeld werden, wenn die Wartezeit nach Abs. 1 erfüllt ist, nur gewährt, wenn der unständig Beschäftigte innerhalb der letzten zwei Kalendermonate vor dem Beginn der mit Arbeitsunfähigkeit verbundenen Erkrankung mindestens 20 anrechenbare Arbeitstage oder innerhalb der letzten 52 Wochen vor diesem Zeitpunkt eine Versicherungszeit von mindestens 26 Wochen aufweist.

(3) bis (6) unverändert.

Versicherungsbeiträge

§ 472 a. (1) unverändert.

(2) Der Beitrag ist ein einheitlicher Hundertsatz der Beitragsgrundlage (Abs. 1). Der Hundertsatz beträgt ab 1. Juli 1988 7,6 vH. Die Beiträge sind in den Fällen, in denen ein Waisenversorgungsgenuß die Beitragsgrundlage ist, vom Dienstgeber allein, in allen übrigen Fällen vom Versicherten und vom Dienstgeber zu gleichen Teilen zu tragen. Der Dienstgeber hat überdies zur Bestreitung von Ausgaben der erweiterten Heilbehandlung einen Zuschlag zu den Beiträgen in der Höhe von 0,5 vH der Beitragsgrundlage zu entrichten. Erreicht der Bezug des Versicherten nicht den Betrag der Mindestbeitragsgrundlage (Abs. 1), so hat der Dienstgeber den Beitrag, der auf den Unterschiedsbetrag zwischen dem Bezug des Versicherten und der Mindestbeitragsgrundlage entfällt, zur Gänze allein zu tragen.

(3) unverändert.

Leistungen aus der Krankenversicherung

§ 468. (1) unverändert.

(2) Krankengeld wird, wenn die Wartezeit nach Abs. 1 erfüllt ist, nur gewährt, wenn der unständig Beschäftigte innerhalb der letzten zwei Kalendermonate vor dem Beginn der mit Arbeitsunfähigkeit verbundenen Erkrankung mindestens 20 anrechenbare Arbeitstage oder innerhalb der letzten 52 Wochen vor diesem Zeitpunkt eine Versicherungszeit von mindestens 26 Wochen aufweist.

(3) bis (6) unverändert.

Versicherungsbeiträge

§ 472 a. (1) unverändert.

(2) Der Beitrag ist ein einheitlicher Hundertsatz der Beitragsgrundlage (Abs. 1). Der Hundertsatz beträgt ab dem Jahre 1992 7,9. Die Beiträge sind in den Fällen, in denen ein Waisenversorgungsgenuß die Beitragsgrundlage ist, vom Dienstgeber allein, in allen übrigen Fällen vom Versicherten und vom Dienstgeber zu gleichen Teilen zu tragen. Der Dienstgeber hat überdies zur Bestreitung von Ausgaben der erweiterten Heilbehandlung einen Zuschlag zu den Beiträgen in der Höhe von 0,5 vH der Beitragsgrundlage zu entrichten. Erreicht der Bezug des Versicherten nicht den Betrag der Mindestbeitragsgrundlage (Abs. 1), so hat der Dienstgeber den Beitrag, der auf den Unterschiedsbetrag zwischen dem Bezug des Versicherten und der Mindestbeitragsgrundlage entfällt, zur Gänze allein zu tragen.

(3) unverändert.

(4) Aufgehoben.

Leistungen in der allgemeinen Krankenversicherung der Eisenbahnbediensteten

§ 474. (1) Auf die bei der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen Versicherten, die nicht zu den im § 472 bezeichneten Personen gehören, sind die Bestimmungen der §§ 55 Abs. 1 und 2, 59 bis 61, 62 bis 70 a, 71, 72, 74 Abs. 1, 76 bis 78, 82 und 83 des Bundesgesetzes über die Kranken- und Unfallversicherung öffentlich Bediensteter mit den sich aus § 472 Abs. 2 Z 1 bis 3 ergebenden Änderungen entsprechend anzuwenden, die Bestimmung des § 70 jedoch nur hinsichtlich der Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit und die Bestimmungen des § 74 Abs. 1 nur hinsichtlich der Leistungen des ärztlichen Beistandes und des Hebammenbeistandes, der Heilmittel und Heilbehelfe und Pflege in einer Krankenanstalt. Die Bestimmungen des § 51 Abs. 1 Z 1 sind auf die im ersten Satz genannten Versicherten, soweit es sich um Personen handelt, die im Erkrankungsfall Anspruch auf Weiterzahlung ihrer Dienstbezüge durch mindestens sechs Wochen haben, mit der Maßgabe anzuwenden, daß der Beitragssatz 5,7 vH beträgt; für alle übrigen im ersten Satz genannten Versicherten gilt der im § 51 Abs. 1 Z 1 lit. b bzw. d bezeichnete Beitragssatz. Der Beitragssatz in der Krankenversicherung für Selbstversicherte mit Ausnahme der Selbstversicherten nach § 19 a beträgt 5,7 vH der Beitragsgrundlage.

(2) unverändert.

Zusätzliche Pensionsversicherung von Bediensteten von Privatbahnunternehmungen

§ 479. (1) bis (3) unverändert.

(4) Abweichend von Abs. 2 zweiter und dritter Satz vermindert sich der Beitrag im Jahr 1992 in den Fällen, in denen der Beitrag vom Versicherten und vom Dienstgeber zu gleichen Teilen zu tragen ist, um je 0,7 Prozentpunkte, in den Fällen, in denen der Beitrag vom Dienstgeber allein zu tragen ist, um 1,4 Prozentpunkte.

Leistungen in der allgemeinen Krankenversicherung der Eisenbahnbediensteten

§ 474. (1) Auf die bei der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen Versicherten, die nicht zu den im § 472 bezeichneten Personen gehören, sind die Bestimmungen der §§ 55 Abs. 1 und 2, 59 bis 61, 61 b, 62 bis 70 a, 71, 74 Abs. 1, 76 bis 78, 82 und 83 des Bundesgesetzes über die Kranken- und Unfallversicherung öffentlich Bediensteter mit den sich aus § 472 Abs. 2 Z 1 bis 3 ergebenden Änderungen entsprechend anzuwenden, die Bestimmung des § 70 jedoch nur hinsichtlich der Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit und die Bestimmungen des § 74 Abs. 1 nur hinsichtlich der Leistungen des ärztlichen Beistandes und des Hebammenbeistandes, der Heilmittel und Heilbehelfe und Pflege in einer Krankenanstalt. Die Bestimmungen des § 51 Abs. 1 Z 1 sind auf die im ersten Satz genannten Versicherten, soweit es sich um Personen handelt, die im Erkrankungsfall Anspruch auf Weiterzahlung ihrer Dienstbezüge durch mindestens sechs Wochen haben, mit der Maßgabe anzuwenden, daß der Beitragssatz ab dem Jahr 1992 6,0 vH beträgt; für alle übrigen im ersten Satz genannten Versicherten gilt der im § 51 Abs. 1 Z 1 lit. b bzw. d bezeichnete Beitragssatz. Der Beitragssatz in der Krankenversicherung für Selbstversicherte mit Ausnahme der Selbstversicherten nach § 19 a beträgt ab dem Jahr 1992 6,0 vH der Beitragsgrundlage.

(2) unverändert.

Zusätzliche Pensionsversicherung

§ 479. (1) bis (3) unverändert.

ASVG — Geltende Fassung

Sonderbeiträge in der Arbeitslosenversicherung

§ 544. Aufgehoben.

Wirksamkeitsbeginn

§ 545. (1) bis (8) unverändert.

Vollzug des Bundesgesetzes

§ 546. (1) und (2) unverändert.

ASVG — Vorgeschlagene Fassung

§ 544. Soweit in diesem Bundesgesetz auf Bestimmungen anderer Bundesgesetze verwiesen wird, sind diese, wenn nicht ausdrücklich anderes bestimmt wird, in ihrer jeweils geltenden Fassung anzuwenden.

Vollzug des Bundesgesetzes

§ 545. (1) und (2) unverändert.

(3) Mit der Vollziehung des § 446 a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. .../1991 ist der Bundesminister für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen betraut.

(4) Mit der Vollziehung des § 349 Abs. 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. .../1991 ist, soweit es sich um die Feststellung der Leistungsfähigkeit bezüglich der psychosozialen Versorgung handelt, der Bundesminister für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz betraut.

Wirksamkeitsbeginn

§ 546. (1) bis (8) unverändert.

§ 547. (1) Es treten in Kraft:

1. mit 1. Jänner 1992 die §§ 16 a, 17 Abs. 1, 4, 5 und 6, 18 Abs. 7, 18 a Abs. 7, 31 Abs. 2, 3, 5 und 8, 33 Abs. 3, 40, 41 Abs. 1, 51 b, 56 a Abs. 2, 68 Abs. 1, 69 Abs. 1, 73 Abs. 4, 76 Abs. 1 und 4, 76 a Abs. 1, 76 b Abs. 5, 77 Abs. 1 und 2, 80 a, 82 Abs. 3, 86 Abs. 4, 90 Abs. 1, 108 a Abs. 1, 3, 4 und 5, 108 b Abs. 2, 108 c Abs. 1, 108 d, 108 e Abs. 10, 108 l, 116 Abs. 1 bis 5, 117 Z 1 bis 3, 120 Abs. 1, 122 Abs. 2 und 3, 123 Abs. 5, 124 Abs. 1, 125 Abs. 1, 131 b, 135 Abs. 1, 140 Z 1, 141 Abs. 3, 143 Abs. 1 und 3, 144 Abs. 1 und 3, 151, 152, 154 Abs. 1, 154 a, 154 b, 155 Abs. 1, 2 und 5, 156 Abs. 1, 157, 158 Abs. 3, 159, 162 Abs. 1, 3 und 5, 166 Abs. 1 und 3, 175 Abs. 2, 183 Abs. 2, 195 Abs. 6, 199 Abs. 3, 225 Abs. 1 Z 3, 227 Abs. 1 und 3, 235 Abs. 2 und 3, 236 Abs. 4, 238 Abs. 4 Z 1, 253 a Abs. 1, 261 Abs. 5, 276 a Abs. 1, 293 Abs. 1 und 2, 302 Abs. 2, 306 Abs. 4, 307 d Abs. 2, 307 e Abs. 2, 324 Abs. 3, 338 Abs. 1, 338 a, 342 Abs. 1, 349 Abs. 2 bis 4, 350 Abs. 1, 352, 367 Abs. 1, 412, 413 Abs. 1, 422, 424, 431 Abs. 5 bis 7, 432, 433 Abs. 6, 434 Abs. 1 bis 3, 446 a, 451

- Abs. 1, 459 a, 468 Abs. 2, 472 a Abs. 2 und 4, 474 Abs. 1, 544 sowie in der Anlage 1 die Nrn. 6, 10, 15, 25, 30, 45 und 46 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. .../1991;
2. rückwirkend mit 1. Jänner 1985 § 73 Abs. 9 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. .../1991;
3. rückwirkend mit 1. Jänner 1988 die §§ 225 Abs. 1 Z 5, 226 Abs. 2, 227 Abs. 5 und 6, 238 Abs. 4 Z 3, 242 Abs. 2 und 3, 243 Abs. 2, 244 Abs. 1, 250 Abs. 3 und 313 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. .../1991 sowie § 311 Abs. 5 siebenter Satz in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 294/1990;
4. rückwirkend mit 3. September 1990 § 228 Abs. 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. .../1991;
5. rückwirkend mit 1. April 1991 § 276 Abs. 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. .../1991;
6. mit dem Beginn des Beitragszeitraumes Jänner 1992 § 51 Abs. 1 Z 1 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. .../1991.

(2) Personen, die nach den am 31. Dezember 1991 in Geltung gestandenen Vorschriften des § 17 Abs. 1 lit. b zur Weiterversicherung in der Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz berechtigt waren, es aber nach den Bestimmungen des § 17 Abs. 1 Z 1 lit. b in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. .../1991 nicht mehr gewesen wären, können das Recht auf freiwillige Weiterversicherung in der Pensionsversicherung noch bis zum 30. Juni 1992 geltend machen.

(3) Abweichend von den Bestimmungen des § 51 Abs. 1 Z 2 beträgt ab Beginn des Beitragszeitraumes Jänner 1993 bis zum Ende des Beitragszeitraumes Juni 1993 der Beitragssatz in der Unfallversicherung 1,3 vH der allgemeinen Beitragsgrundlage.

(4) § 86 Abs. 4 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. .../1991 gilt auch für Versicherungsfälle, die nach dem 31. Dezember 1955 eingetreten sind. Die Rechtskraft bereits ergangener Entscheidungen steht dem nicht entgegen.

(5) Die §§ 162 Abs. 5 und 199 Abs. 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. .../1991 sind nur dann anzuwenden, wenn der Versicherungsfall nach dem 31. Dezember 1991 eingetreten ist.

(6) Ist eine Person am 1. Dezember 1991 auf Grund der Folgen eines Unfalles, der erst gemäß § 175 Abs. 2 Z 2 bzw. Z 10 in der Fassung des Bundesgesetzes

BGBI. Nr. .../1991 als Arbeitsunfall anerkannt wird, völlig erwerbsunfähig, so sind ihr die Leistungen aus der Unfallversicherung zu gewähren, wenn der Versicherungsfall nach dem 31. Dezember 1955 eingetreten ist und der Antrag bis 31. Dezember 1992 gestellt wird. Die Leistungen sind frühestens ab 1. Jänner 1992 zu gewähren. Wird der Antrag später gestellt, so gebühren die Leistungen ab dem auf die Antragstellung folgenden Monatsersten.

(7) Im Falle des durch einen Unfall verursachten Todes des Versicherten, der erst gemäß § 175 Abs. 2 Z 2 bzw. 10 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBI. Nr. .../1991 als Arbeitsunfall anerkannt wird, sind die Leistungen der Unfallversicherung an die Hinterbliebenen zu gewähren, wenn der Versicherungsfall nach dem 31. Dezember 1955 eingetreten ist und der Antrag bis 31. Dezember 1992 gestellt wird. Die Leistungen sind frühestens ab 1. Jänner 1992 zu gewähren. Wird der Antrag später gestellt, so gebühren die Leistungen ab dem auf die Antragstellung folgenden Monatsersten.

(8) Personen, die gemäß § 225 Abs. 1 Z 3 lit. b in der am 31. Dezember 1991 in Geltung gestandenen Fassung Beiträge wirksam entrichten konnten, es aber nach den Bestimmungen des § 225 Abs. 1 Z 3 lit. b in der Fassung des Bundesgesetzes BGBI. Nr. .../1991 nicht mehr können, können diese Beiträge bis 31. Dezember 1992 wirksam entrichten.

(9) Die §§ 227 Abs. 1 Z 6 und 238 Abs. 4 Z 1 in der am 31. Dezember 1991 in Geltung gestandenen Fassung sind auf Versicherungsfälle weiterhin anzuwenden, in denen der Stichtag nach dem 31. Dezember 1991 liegt, wenn der Anspruch auf Krankengeld ausschließlich gemäß § 143 Abs. 1 Z 2 vor dem 1. Jänner 1992 ruhte.

(10) § 228 Abs. 2 letzter Satz in der Fassung des Bundesgesetzes BGBI. Nr. .../1991 ist auf Versicherungsfälle anzuwenden, in denen der Stichtag nach dem 2. September 1990 liegt.

(11) Die §§ 253 a Abs. 1 und 276 a Abs. 1 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBI. Nr. .../1991 sind nur auf Versicherungsfälle anzuwenden, in denen der Stichtag nach dem 31. Dezember 1991 liegt.

(12) Leidet ein Versicherter am 1. Dezember 1991 an einer Krankheit, die erst auf Grund des Bundesgesetzes BGBI. Nr. .../1991 als Berufskrankheit anerkannt wird, so sind ihm die Leistungen der Unfallversicherung zu gewähren, wenn der Versicherungsfall nach dem 31. Dezember 1955 eingetreten ist und der Antrag bis 31. Mai 1992 gestellt wird. Die Leistungen sind frühestens ab 1. Dezember 1991

zu gewähren. Wird der Antrag später gestellt, so gebühren die Leistungen ab dem Tag der Antragstellung.

(13) Im Falle des durch eine Krankheit verursachten Todes des Versicherten, die erst auf Grund des Bundesgesetzes BGBl. Nr. .../1991 als Berufskrankheit anerkannt wird, sind die Leistungen der Unfallversicherung an die Hinterbliebenen zu gewähren, wenn der Versicherungsfall nach dem 31. Dezember 1955 eingetreten ist und der Antrag bis 31. Mai 1992 gestellt wird. Die Leistungen sind frühestens ab 1. Dezember 1991 zu gewähren. Wird der Antrag später gestellt, so gebühren die Leistungen ab dem Tag der Antragstellung.

Anlage 1

Liste der Berufskrankheiten (§ 177)

Lfd. Nr.	Berufskrankheiten	Unternehmen
1	bis 5 unverändert.	
6	Erkrankungen durch Kadmium oder seine Verbindungen	Mit Ausnahme von Hauterkrankungen. Diese gelten als Berufskrankheiten nur insoweit, als sie Erscheinungen einer durch Aufnahme der schädigenden Stoffe in den Körper bedingten Allgemeinerkrankung sind oder gemäß Nr. 19 entschädigt werden müssen
7	bis 9 unverändert.	Alle Unternehmen

Anlage 1

Liste der Berufskrankheiten (§ 177)

Lfd. Nr.	Berufskrankheiten	Unternehmen
1	bis 5 unverändert.	
6	Erkrankungen durch Kadmium oder seine Verbindungen	Mit Ausnahme von Hauterkrankungen. Diese gelten als Berufskrankheiten nur insoweit, als sie Erscheinungen einer durch Aufnahme der schädigenden Stoffe in den Körper bedingten Allgemeinerkrankung sind oder gemäß Nr. 19 entschädigt werden müssen
7	bis 9 unverändert.	Alle Unternehmen

ASVG — Geltende Fassung

Lfd. Nr.	Berufskrankheiten	Unternehmen
10	Erkrankungen durch Nitro- und Amidoverbindungen des Benzols oder seiner Homologen und deren Abkömmlinge	Mit Ausnahme von Hauterkrankungen. Diese gelten als Berufskrankheiten nur insoweit, als sie Erscheinungen einer durch Aufnahme der schädigenden Stoffe in den Körper bedingten Allgemeinerkrankung sind oder gemäß Nr. 19 entschädigt werden müssen
11	bis 14 unverändert.	
15	Erkrankungen durch Kohlenoxyd	Alle Unternehmen
16	bis 24 unverändert.	
25	Meniskusschäden bei Bergleuten nach mindestens dreijähriger regelmäßiger Tätigkeit unter Tag und bei anderen Personen nach mindestens dreijähriger regelmäßiger die Kniegelenke in gleicher Weise in Anspruch nehmender Tätigkeit	Unternehmen des Bergbaues, Stollen- oder Tunnelbau
26	bis 29 unverändert.	
30	Erkrankungen an allergischem Asthma bronchiale, wenn und solange sie zur Aufgabe schädigender Tätigkeiten zwingen	Alle Unternehmen
31	bis 44 unverändert.	

ASVG — Vorgeschlagene Fassung

Lfd. Nr.	Berufskrankheiten	Unternehmen
10	Erkrankungen durch Nitro- und Aminoverbindungen des Benzols oder seiner Homologen und deren Abkömmlinge	Mit Ausnahme von Hauterkrankungen. Diese gelten als Berufskrankheiten nur insoweit, als sie Erscheinungen einer durch Aufnahme der schädigenden Stoffe in den Körper bedingten Allgemeinerkrankung sind oder gemäß Nr. 19 entschädigt werden müssen
11	bis 14 unverändert.	
15	Erkrankungen durch Kohlenmonoxid	Alle Unternehmen
16	bis 24 unverändert.	
25	Meniskusschäden bei Bergleuten nach mindestens dreijähriger regelmäßiger Tätigkeit unter Tag und bei anderen Personen nach mindestens dreijähriger regelmäßiger Tätigkeit in kniender oder hockender Stellung	Alle Unternehmen
26	bis 29 unverändert.	
30	Durch allergisierende Stoffe verursachte Erkrankungen an Asthma bronchiale, wenn und solange sie zur Aufgabe schädigender Tätigkeiten zwingen	Alle Unternehmen
31	bis 44 unverändert.	

112

284 der Beilagen

ASVG — Geltende Fassung

ASVG — Vorgeschlagene Fassung

Lfd. Nr.	Berufskrankheiten	Unternehmen
45	Adenokarzinome der Nasenhaupt- und Nasennebenhöhlen durch Staub von Buchen- oder Eichenholz	Holzbearbeitende und Holzverarbeitende Betriebe
46	Durch Zeckenbiß übertragene Krankheiten (zB Frühsommermeningoencephalitis oder Borreliose)	Unternehmen der Land- und Forstwirtschaft sowie auf Tätigkeiten in Unternehmen, bei denen eine ähnliche Gefährdung besteht