

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

Nachdruck vom 29. 11. 1991

Regierungsvorlage

Bundesgesetz, mit dem das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz geändert wird (18. Novelle zum Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz)

Der Nationalrat hat beschlossen:

ARTIKEL I

Das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 560/1978, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. Nr. 234/1991, wird wie folgt geändert:

1. § 3 Abs. 3 Z 1 Einleitung lautet:

„die der Kammer der Wirtschaftstrehänder auf Grund einer Berufsbefugnis nach der Wirtschaftstrehänder-Berufsordnung, BGBl. Nr. 125/1955, angehörenden Mitglieder einschließlich der Gesellschafter einer offenen Handelsgesellschaft, der persönlich haftenden Gesellschafter einer Kommanditgesellschaft, der Gesellschafter einer offenen Erwerbsgesellschaft und der persönlich haftenden Gesellschafter einer Kommandit-Erwerbsgesellschaft, sofern“.

2. § 12 Abs. 1 lit. b lautet:

„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,“

3. § 12 Abs. 4 Einleitung lautet:

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

4. Im § 12 Abs. 5 wird der Ausdruck „120 Versicherungsmonate“ durch den Ausdruck „60 Versicherungsmonate — ausgenommen Zeiten der Selbstversicherung gemäß § 16 a des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes —“ ersetzt.

5. Die Überschrift zu § 20 lautet:

„Meldungen der Zahlungsempfänger (Leistungswerber)“

6. Im § 20 Abs. 1 (neu) zweiter Satz entfällt der Ausdruck „bzw. während des Ruhens des Pensionsanspruches“.

7. Der bisherige Inhalt des § 20 erhält die Bezeichnung Abs. 1. Folgender Abs. 2 wird angefügt:

„(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 Meldepflichtung belehrt wurden.“

8. Im § 21 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.

9. § 25 Abs. 2 zweiter Satz lautet:

„Eine Minderung der Beitragsgrundlage nach Z 2 tritt nur dann ein, wenn dies der Versicherte bis zum Ablauf des Beitragsjahres beantragt, bezüglich der Berücksichtigung von Veräußerungsgewinnen überdies nur soweit, als der auf derartige Gewinne entfallende Betrag dem Sachanlagevermögen eines Betriebes des Versicherten zugeführt worden ist.“

10. § 25 Abs. 2 dritter Satz lautet:

„Wird der für die Minderung der Beitragsgrundlage maßgebliche Einkommensteuerbescheid erst nach Ablauf des Beitragsjahres zugestellt, so verlängert sich die Antragsfrist bis zum Ablauf des sechsten auf den Eintritt der Rechtskraft des Bescheides folgenden Kalendermonates.“

11. § 25 Abs. 7 lautet:

„(7) Versicherte, deren Beitragsgrundlage mit einem Betrag festzusetzen ist, auf Grund dessen sie zufolge von Gesamtverträgen die ärztliche Hilfe als Sachleistung erhalten, sind berechtigt, über Antrag

gegen Entrichtung eines erhöhten Beitrages ärztliche Hilfe und Heilmittel als Geldleistung gemäß § 85 Abs. 2 lit. c in Anspruch zu nehmen. Für Beginn und Ende dieser Berechtigung gilt § 9 Abs. 2 und 3 entsprechend mit der Maßgabe, daß eine Erklärung im Sinne des § 9 Abs. 3 Z 1 vom Versicherten frühestens zum Ende des auf den Beginn der Berechtigung folgenden Kalenderjahres und im übrigen jeweils zum Ende des Kalenderjahres wirksam abgegeben werden kann. Die Beitragserhöhung beträgt 700 S monatlich. An die Stelle dieses Betrages tritt ab 1. Jänner eines jeden Jahres, erstmals ab 1. Jänner 1993, der unter Bedachtnahme auf § 51 mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 47) vervielfachte Betrag.“

12. § 25 Abs. 8 lautet:

„(8) Die Bestimmungen des Abs. 7 gelten für pflichtversicherte Pensionisten (§ 3 Abs. 1) mit der Maßgabe, daß von jener Beitragsgrundlage auszugehen ist, die sich unter Berücksichtigung der Pension ergäbe.“

13. § 26 a Abs. 1 letzter Satz lautet:

„Wird der für die Ermittlung der Beitragsgrundlage maßgebliche Einkommensteuerbescheid erst nach Ablauf des Beitragsjahres zugestellt, so verlängert sich die Antragsfrist bis zum Ablauf des sechsten auf den Eintritt der Rechtskraft des Bescheides folgenden Monates.“

14. § 27 Abs. 1 Z 1 lautet:

„1. in der Krankenversicherung 8,0 vH,“

14 a. Nach § 27 wird folgender § 27 a eingefügt:

„Zusatzbeitrag in der Krankenversicherung

§ 27 a. (1) Die in der Krankenversicherung Pflichtversicherten haben für die Dauer der Pflichtversicherung einen Zusatzbeitrag in der Krankenversicherung im Ausmaß von 0,5 vH der Beitragsgrundlage (§ 25) zu leisten.

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

15. § 29 Abs. 3 wird aufgehoben.

15 a. § 30 Abs. 4 lautet:

„(4) Die Weiterversicherten haben für die Dauer der Versicherung einen Beitrag (Zusatzbeitrag) zu entrichten, der mit dem für Pflichtversicherte geltenden Beitragssatz (Zusatzbeitragssatz) zu bemessen ist.“

16. Im § 33 Abs. 6 wird der Ausdruck „24 vH“ durch den Ausdruck „22,8 vH“ ersetzt.

18. Nach § 34 wird folgender § 34 a eingefügt:

„§ 34 a. Abweichend von § 34 Abs. 2 leistet der Bund für das Geschäftsjahr 1992 einen Beitrag, der

sich aus dem nach § 34 Abs. 2 zu ermittelnden Betrag vermindert um 300 Millionen Schilling ergibt.“

19. § 40 Abs. 1 erster Satz lautet:

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

20. § 41 Abs. 1 zweiter Satz lautet:

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

21. § 48 Abs. 2 erster Satz lautet:

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

22. Nach § 49 wird folgender § 49 a eingefügt:

„§ 49 a. (1) Die Aufwertungszahl (§ 47) beträgt für das Kalenderjahr 1992 1,055.

(2) Die Höchstbeitragsgrundlage (§ 48 Abs. 3) beträgt für das Kalenderjahr 1992 37 100 Schilling.“

23. Im § 61 a Abs. 1 erster Satz entfallen die Worte „sowie für die Dauer des Ruhens des Krankengeldanspruches nach § 143 Abs. 1 Z 2 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes“.

24. Im § 61 a Abs. 1 zweiter Satz entfallen die Worte „des Ruhens (§ 143 Abs. 1 Z 2 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes)“,“.

25. § 78 Abs. 1 Z 1 lautet:

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

26. § 78 Abs. 1 Z 3 lautet:

„3. für Zahnbehandlung und Zahnersatz;“

27. Dem § 78 Abs. 1 werden folgende Z 4 und 5 angefügt:

„4. für medizinische Maßnahmen der Rehabilitation;

5. für die Gesundheitsförderung.“

28. § 78 Abs. 2 lautet:

„(2) Überdies können aus Mitteln der Krankenversicherung

1. Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit (§ 100) und

2. Maßnahmen zur Krankheitsverhütung (§ 101) gewährt werden.“

29. § 78 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

285 der Beilagen

3

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.“

30. § 78 Abs. 4 (alt) erhält die Bezeichnung 5.

31. § 79 Abs. 1 Z 1 und 2 lauten:

- „1. Zur Früherkennung von Krankheiten: Jugendlichenuntersuchungen und Vorsorge(Gesunden)untersuchungen (§§ 88 und 89);
2. aus dem Versicherungsfall der Krankheit: Krankenbehandlung (§§ 90 bis 93), erforderlichenfalls medizinische Hauskrankenpflege (§ 99) oder Anstaltspflege (§§ 95, 96, 97 und 98);“

32. Dem § 83 wird folgender Abs. 9 angefügt:

„(9) 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.“

33. § 86 Abs. 5 lit. a lautet:

„a) bei Sachleistungen gemäß den §§ 88, 89, 89 a, 99 a, 101 und 102 Abs. 2;“

34. § 90 Abs. 1 lit. b wird aufgehoben.

35. § 90 Abs. 1 lit. d lautet:

„d) medizinische Hauskrankenpflege (§ 99).“

36. § 91 Abs. 1 zweiter Satz lautet:

„Im Rahmen der Krankenbehandlung (§ 90 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.“

37. § 93 Abs. 6 erster Satz lautet:

„Hilfsmittel sind nicht zu gewähren, soweit auf diese ein Anspruch aus der gesetzlichen Unfallversicherung, eine Leistungsverpflichtung im Rahmen der medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation oder ein gleichartiger Anspruch 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.“

38. Dem § 94 Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:

„§ 90 Abs. 2 gilt entsprechend.“

39. Die Überschrift des § 95 lautet:

„Umfang und Dauer der Anstaltspflege oder der medizinischen Hauskrankenpflege“

40. Dem § 95 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

„Wenn und solange es die Art der Krankheit zulässt, ist anstelle von Anstaltspflege medizinische Hauskrankenpflege zu gewähren (§ 99). Anstaltspflege kann auch gewährt werden, wenn die Möglichkeit einer medizinischen Hauskrankenpflege nicht gegeben ist.“

41. § 95 Abs. 3 lautet:

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

42. § 96 Abs. 2 lit. a lautet:

- „a) Kostenersätze für die Pflegegebühren, die die Pflegegebührenersätze für die allgemeine Gebührenklasse übersteigen, und zwar bis zur Höhe der Pflegegebühren für Selbstzahler der allgemeinen Gebührenklasse der vom Versicherten gewählten Krankenanstalt oder, falls diese keine allgemeine Gebührenklasse führt, der nächstgelegenen geeigneten Krankenanstalt, die eine solche Gebührenklasse führt, und“.

43. Dem § 96 Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:

„Bei Vorliegen einer Berechtigung im Sinne des § 25 Abs. 7 und 8 entsteht die Anspruchsberechtigung auf diese Leistungen nach Ablauf von sechs Monaten ab Beginn der Berechtigung; § 105 Abs. 2 gilt entsprechend; die Frist von sechs Monaten verkürzt sich um die Dauer eines unmittelbar vor dem Beginn dieser Berechtigung bestandenen Anspruches auf Geldleistungen gemäß § 85 Abs. 2 lit. c.“

44. § 99 lautet:

„Medizinische Hauskrankenpflege

§ 99. (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 Versicherungsträger beigestellt werden oder die mit dem Versicherungsträger in einem Vertragsverhältnis im Sinne des Sechsten Teiles des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes 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 Hauskrankenpflege gehören nicht die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung des Kranken.

(4) Hat der (die) Anspruchsberechtigte nicht die Vertragspartner (§ 338 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes) oder die eigenen Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) des Versicherungsträgers in Anspruch genommen, so gebührt ihm Kostenersatz gemäß § 85 Abs. 2 lit. b.

(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 § 95 Abs. 2 bezeichneten Einrichtungen untergebracht ist.“

45. Nach § 99 werden folgende §§ 99 a und 99 b eingefügt:

„Medizinische Maßnahmen der Rehabilitation in der Krankenversicherung

§ 99 a. (1) Der Versicherungsträger als Krankenversicherungsträger gewährt, 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 § 90 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 beim Versicherungsträger als Pensionsversicherungsträger oder einem Unfallversicherungsträger zu beantragen, die den Antrag unverzüglich an den Versicherungsträger als Krankenversicherungsträger oder an einen anderen zuständigen Krankenversicherungsträger weiterzuleiten haben, soweit sie diese Maßnahmen nicht selbst gemäß den §§ 160 Abs. 2, 169 Abs. 2 Z 4 oder gemäß § 189 Abs. 2 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes gewähren bzw. zu gewähren haben oder ihre Gewährung gemäß § 160 Abs. 2 oder gemäß § 191 Abs. 2 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes an sich ziehen.

(4) Der Versicherungsträger als Krankenversicherungsträger kann die Durchführung von medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation dem Versicherungsträger als Pensionsversicherungsträger

ger oder einem anderen 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) Der Versicherungsträger als Krankenversicherungsträger hat die von ihm jeweils zu treffenden medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation mit den in Frage kommenden Versicherungsträgern, Dienststellen und Einrichtungen im Sinne des § 169 zu koordinieren und aufeinander abzustimmen.

(6) Die Gewährung von Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit bzw. von Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge (§§ 100 und 169) zählt nicht zu den Aufgaben der medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation.

Gesundheitsförderung

§ 99 b. (1) Der Versicherungsträger als Krankenversicherungsträger hat 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 Versicherungsträger als 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.“

46. § 100 Abs. 1 und 2 lauten:

„(1) Der Versicherungsträger als Krankenversicherungsträger kann unter Berücksichtigung des Fortschrittes der medizinischen Wissenschaft sowie unter Bedachtnahme auf seine 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;

5. Übernahme von Kosten für Betriebshelfer bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit des Versicherten; durch die Satzung kann überdies bestimmt werden, daß die Leistung der Betriebshilfe durch eine Beteiligung des Versicherungsträgers an Einrichtungen, die Betriebshilfe durch Bereitstellung hierfür geeigneter Personen betreiben, erfolgt.“

47. § 101 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.“

48. § 115 Abs. 1 Z 3 lautet:

„3. Zeiten einer Weiterversicherung gemäß § 12, wenn die Beiträge innerhalb von zwölf Monaten nach Ablauf des Kalendermonates, für den sie gelten sollen, wirksam entrichtet worden sind;“

49. § 116 Abs. 1 Z 2 lit. c entfällt; lit. d erhält die Bezeichnung c.

50. § 116 Abs. 1 Z 3 lautet:

„3. Zeiten, in denen der Versicherte auf Grund der Bestimmungen des Wehrgesetzes 1990 ordentlichen oder außerordentlichen Präsenzdienst — ausgenommen Zeiten der Pflichtversicherung gemäß § 8 Abs. 1 Z 5 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes — oder auf Grund der Bestimmungen des Zivildienstgesetzes ordentlichen oder außerordentlichen Zivildienst geleistet hat;“

51. § 116 Abs. 1 Z 3 bis 7 (alt) erhalten die Bezeichnung 4 bis 8.

52. Dem § 116 Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:

„Für Personen, die am 13. März 1938 die österreichische Staatsbürgerschaft besessen haben, ist Abs. 1 Z 2 lit. a, b und c mit der Maßgabe anzuwenden, daß das Erfordernis der österreichischen Staatsbürgerschaft am Stichtag entfällt.“

53. Im § 116 Abs. 9 erster Satz wird der Ausdruck „20,5 vH“ durch den Ausdruck „22,8 vH“ ersetzt.

54. § 120 Abs. 1 lautet:

„(1) Der Anspruch auf jede der im § 112 Abs. 1 angeführten Leistungen ist, abgesehen von den im

2. Unterabschnitt festgesetzten besonderen Voraussetzungen, an die allgemeine Voraussetzung geknüpft, daß die Wartezeit durch Versicherungsmonate, ausgenommen Zeiten einer Selbstversicherung gemäß § 16 a des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes, im Sinne des § 119 erfüllt ist.“

55. § 120 Abs. 2 lit. b lautet:

„b) wenn der Stichtag (§ 113 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 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes beruhen, erworben hat, oder“

56. § 120 Abs. 6 lautet:

„(6) Die Wartezeit ist auch erfüllt, wenn bis zum Stichtag mindestens 180 Beitragsmonate, ausgenommen Zeiten einer Selbstversicherung nach § 16 a des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes, erworben sind.“

57. Im § 122 Abs. 2 treten an die Stelle des letzten Satzes folgende Sätze:

„Versicherungsmonate, die zwischen dem 1. Jänner 1947 und dem 31. Dezember 1950 liegen, bleiben unberücksichtigt, es sei denn, daß Versicherungsmonate nur in diesem Zeitraum vorliegen. Bemessungszeitpunkt ist der Stichtag.“

58. § 122 Abs. 4 Z 1 lautet:

„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 welcher berufliche Maßnahmen der Rehabilitation (§ 161 dieses Bundesgesetzes sowie §§ 198 bzw. 303 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes und § 153 des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes) gewährt wurden bzw. Zeiten einer Beschäftigung enthalten, zu deren Ausübung ihn diese Maßnahmen befähigt haben;“

59. Im § 122 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 enthalten, für die aus Anlaß der Aufnahme in das pensionsversicherungsfreie Dientsverhältnis vom Dienstnehmer an den Dienstgeber ein besonderer Pensionsbeitrag geleistet worden ist, sofern für diese Zeiten ein Überweisungsbetrag nach § 175 dieses Bundesgesetzes bzw. § 311 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes bzw. § 167 des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes geleistet worden ist.“

60. § 123 Abs. 2 Z 2 lautet:

„2. für die Ermittlung der Bemessungszeit kommen die letzten 120 Versicherungsmonate im Sinne des § 119 vor dem Bemessungszeitpunkt in Betracht; Versicherungsmonate, die zwischen dem 1. Jänner 1947 und dem 31. Dezember 1950 liegen, bleiben unberücksichtigt;“

61. Dem § 130 werden folgende Abs. 6 und 7 angefügt:

„(6) Die Voraussetzungen des Abs. 1 entfallen bei einem zur selbständigen Berufsausübung befugten Dentisten, wenn durch die Einstellung der die Pflichtversicherung gemäß § 3 Abs. 3 Z 2 begründenden Erwerbstätigkeit die zahnheilkundliche Versorgung am Ort und im Einzugsgebiet der Niederlassung nicht mehr sichergestellt wäre; dies gilt nicht für die Voraussetzung des Nichtvorliegens einer Pflichtversicherung in der Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz, soweit sie nicht auf der selbständigen Erwerbstätigkeit gemäß § 3 Abs. 3 Z 2 beruht, sowie auch nicht für die Voraussetzung des Nichtvorliegens der Pflichtversicherung in der Pensionsversicherung nach einem anderen Bundesgesetz.

(7) Die Erfüllung der in Abs. 6 genannten Voraussetzungen ist durch eine Bescheinigung nachzuweisen, die vom Bundesminister für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz nach Anhörung der Österreichischen Dentistenkammer und der für das in Betracht kommende Gebiet örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse und Ärztekammer auszustellen ist. Die Geltung derartiger Bescheinigungen ist zu widerrufen, wenn die Voraussetzungen für deren Ausstellung weggefallen sind. Vor dem Widerruf sind die Österreichische Dentistenkammer und die für das in Betracht kommende Gebiet örtlich zuständige Gebietskrankenkasse und Ärztekammer zu hören.“

62. § 131 a Abs. 1 Z 4 lautet:

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

63. § 139 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.“

64. § 150 Abs. 1 lautet:

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

a) für Pensionsberechtigte aus eigener Pensionsversicherung,

285 der Beilagen

7

- 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 (§ 128), dessen Nettoeinkommen den Richtsatz für einfach verwaiste Kinder bis zur Vollendung des 24. Lebensjahres nicht erreicht.“

65. Im § 150 Abs. 2 wird der Ausdruck „1. Jänner 1992“ durch den Ausdruck „1. Jänner 1993“ ersetzt.

66. § 160 Abs. 2 erster und zweiter Satz lauten:

„Die Maßnahmen nach Abs. 1 werden vom Versicherungsträger als Pensionsversicherungsträger gewährt, wenn und soweit sie nicht aus einer gesetzlichen Krankenversicherung gewährt werden. Der Versicherungsträger als Pensionsversicherungsträger kann die Gewährung der vom Versicherungsträger als Krankenversicherungsträger oder von einem anderen Krankenversicherungsträger nach Maßgabe des § 99 a zu erbringenden medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation jederzeit an sich ziehen.“

67. Im § 169 Abs. 2 wird der Punkt am Ende der Z 4 durch einen Strichpunkt ersetzt.

68. Dem § 169 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 Bedachtnahme auf die wirtschaftlichen Verhältnisse des Versicherten bzw. Angehörigen.“

69. Im § 185 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 zuzüglich seines sonstigen Nettoeinkommens (§ 149 Abs. 3) den jeweils geltenden Richtsatz gemäß § 150 Abs. 1 lit. a bb nicht erreicht.“

70. § 193 Einleitung lautet:

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

71. § 199 lautet:

„Ablehnung des Amtes und Recht zur Amtsausübung

§ 199. (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 (§ 198) den Versicherungsträger nachweislich in Kenntnis zu setzen und ist unbeschadet des § 202 zweiter Satz ab dem Zeitpunkt des Einlangens dieser Mitteilung beim Versicherungsträger zur Ausübung seines Amtes ab dem Zeitpunkt, ab dem er bestellt ist, berechtigt.“

72. Die Überschrift zu § 201 lautet:

„Pflichten und Haftung der Versicherungsvertreter“

73. Im § 201 treten an die Stelle des ersten Satzes folgende Sätze:

„Die Mitglieder der Verwaltungskörper des Versicherungsträgers haben bei der Ausübung ihres Amtes die Gesetze der Republik Österreich, die Satzungen des Versicherungsträgers 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.“

74. § 204 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.“

75. § 204 Abs. 5 und 6 (alt) erhalten die Bezeichnung 6 und 7.

76. § 205 lautet:

„Angelobung der Versicherungsvertreter

§ 205. Der Obmann, die Vorsitzenden des Überwachungsausschusses sowie der Landesstellenausschüsse und deren Stellvertreter sind von der Aufsichtsbehörde, die übrigen Versicherungsvertreter vom Obmann bzw. vom vorläufigen Verwalter anzuloben und dabei nachweislich auf ihre Pflichten gemäß § 201 hinzuweisen.“

77. § 218 a lautet:

„Genehmigung der Beteiligung an fremden Einrichtungen

§ 218 a. Beschlüsse der Verwaltungskörper über eine Beteiligung an fremden Einrichtungen gemäß § 15 Abs. 2 bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Genehmigung durch den Bundesminister für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen.“

78. Im § 223 Abs. 1 zweiter Satz zweiter Halbsatz wird der Ausdruck „205 Abs. 2“ durch den Ausdruck „205“ ersetzt.

79. Nach § 229 wird folgender § 229 a eingefügt:

„Mitwirkung der Abgabenbehörden des Bundes

§ 229 a. (1) Die Abgabenbehörden des Bundes haben dem Versicherungsträger 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 Umfanges 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.“

80. Nach § 253 wird folgender § 253 a eingefügt:

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

81. Der bisherige Inhalt des § 254 samt Überschrift erhält die Bezeichnung § 255.

82. Der bisherige Inhalt des § 255 samt Überschrift erhält die Bezeichnung § 254.

83. § 254 (neu) lit. c lautet:

„c) hinsichtlich der §§ 34, 34 a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. .../1991, 156 Abs. 4, 217 Abs. 3 zweiter Satz, 218 Abs. 3, 218 a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. .../1991, 219 Abs. 1, 220 Abs. 2 und 3 jeweils letzter Satz, 229, 229 a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. .../1991 und 237 der Bundesminister für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen;“

84. Nach § 255 (neu) wird folgender § 256 angefügt:

„§ 256. (1) Die §§ 3 Abs. 3 Z 1, 12 Abs. 1 lit. b, Abs. 4 und 5, 20 Abs. 1 und 2, 21 Abs. 1, 25 Abs. 2, 7 und 8, 26 a Abs. 1, 27 Abs. 1 Z 1, 27 a, 29 Abs. 3, 30 Abs. 4, 33 Abs. 6, 34 a, 40 Abs. 1, 41 Abs. 1, 48 Abs. 2, 49 a, 61 a Abs. 1, 78 Abs. 1, 2, 3 und 4, 79 Abs. 1 Z 1 und 2, 83 Abs. 9, 86 Abs. 5 lit. a, 90 Abs. 1 lit. b und d, 91 Abs. 1, 93 Abs. 6, 94 Abs. 2, 95 Abs. 1 und 3, 96 Abs. 2, 99, 99 a, 99 b, 100 Abs. 1 und 2, 101 Abs. 1 Z 4, 115 Abs. 1 Z 3, 116 Abs. 1 Z 3 und Abs. 9, 120 Abs. 1, 2 lit. b und Abs. 6, 122 Abs. 2 und Abs. 4 Z 1, 123 Abs. 2 Z 2, 130 Abs. 6 und 7, 131 a Abs. 1 Z 4, 139 Abs. 5, 150 Abs. 1, 160 Abs. 2, 169 Abs. 2 Z 5, 185 Abs. 3, 193, 199, 201, 204 Abs. 5, 205, 218 a, 223 Abs. 1, 229 a und 253 a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. .../1991 treten mit 1. Jänner 1992 in Kraft.

(2) Personen, die nach den am 31. Dezember 1991 in Geltung gestandenen Vorschriften des § 12 Abs. 1 lit. b zur Weiterversicherung in der Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz berechtigt waren, es aber nach den Bestimmungen des § 12 Abs. 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) Personen, die gemäß § 115 Abs. 1 Z 3 in der am 31. Dezember 1991 in Geltung gestandenen Fassung Beiträge wirksam entrichten konnten, es

285 der Beilagen

9

aber nach den Bestimmungen des § 115 Abs. 1 Z 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. .../1991 nicht mehr können, können diese Beiträge bis 31. Dezember 1992 wirksam entrichten.

(4) § 122 Abs. 4 Z 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. .../1991 tritt mit 1. Jänner 1988 in Kraft.

(5) § 116 Abs. 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. .../1991 tritt mit 3. September 1990 in Kraft.

(6) § 116 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.

(7) § 131 a Abs. 1 Z 4 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. .../1991 ist nur auf

Versicherungsfälle anzuwenden, in denen der Stichtag nach dem 31. Dezember 1991 liegt.

ARTIKEL II

Übergangsbestimmung

Den am 31. Dezember 1991 in der Krankenversicherung nach dem Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz versicherten Personen ist für die erstmalige Geltendmachung der Berechtigung gemäß § 25 Abs. 7 und 8 des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes in der Fassung des Art. I Z 11 und 12 eine angemessene, vier Wochen nicht unterschreitende Frist einzuräumen, die ab Verständigung des (der) Versicherten über die Möglichkeit der Geltendmachung dieser Berechtigung zu laufen beginnt.

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:

Im Rahmen von budgetbegleitenden Maßnahmen ist eine Reduzierung des Beitrages des Bundes zur Pensionsversicherung im Bereich des GSVG um 300 Millionen Schilling vorgesehen.

E. Konformität mit EG-Recht gegeben.

Erläuterungen

Den Schwerpunkt der Änderungen des Entwurfes einer 18. Novelle zum Gewerblichen 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 ist noch die Einbeziehung des ergotherapeutischen Dienstes in den Leistungskatalog der Krankenversicherung zu erwähnen.

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. Diese Änderung wird auch im Bereich des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes wirksam.

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.

Schließlich sind noch eine Reihe von sonstigen Änderungen zu erwähnen, zu denen etwa eine Verbesserung des Übergangs eines Pensionsanspruchs 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 Versicherungs-
zweig vorgesehen. Nicht berücksichtigt werden
konnte eine Neuregelung der Krankenanstaltenfin-
anzierung, 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.

Als spezifische Änderungen im Bereich des
Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes sind die
geplante Einführung einer Betriebshilfe im Rahmen
der Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit, eine
Änderung hinsichtlich der Berücksichtigung des
Veräußerungsgewinnes bei Ermittlung der Beitrags-
grundlage und eine Neuregelung der Höherreihung
in der Krankenversicherung zu erwähnen.

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

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

Zu den einzelnen Bestimmungen ist folgendes zu
bemerken:

Zu Art. I Z 1 (§ 3 Abs. 3 Z 1):

Bereits im Sozialrechts-Änderungsgesetz 1990,
BGBl. Nr. 741/1990, wurde der Versichertenkreis
des § 2 Abs. 1 Z 2 GSVG um die Gesellschafter von
offenen Erwerbsgesellschaften bzw. die persönlich
haftenden Gesellschafter von Kommandit-Erwerbs-
gesellschaften erweitert. Nunmehr wurde durch die
Novelle zur Wirtschaftstreuhänder-Berufsordnung,
BGBl. Nr. 340/1991, die berufsrechtliche Voraus-
setzung dafür geschaffen, daß auch eingetragene
Erwerbsgesellschaften (offene Erwerbsgesellschaf-
ten, Kommandit-Erwerbsgesellschaften) die Befug-
nis zur Ausübung der Tätigkeit eines Wirtschaft-
streuhänders erwerben können. Aus rechtssystemati-
schen Überlegungen sowie auch aus Gründen der
Rechtssicherheit erscheint es angezeigt, auch die
Gesellschafter von offenen Erwerbsgesellschaften
bzw. die persönlich haftenden Gesellschafter von
Kommandit-Erwerbsgesellschaften ausdrücklich im
§ 3 Abs. 3 Z 1 GSVG zu erwähnen.

Zu Art. I Z 2 (§ 12 Abs. 1 lit. b):

Die Regelung über die Vorversicherungzeit in der
Weiterversicherung soll an die entsprechende
Neuregelung im § 17 Abs. 1 Z 1 lit. b im Entwurf
einer 50. Novelle zum Allgemeinen Sozialversiche-
rungsgesetz angepaßt werden.

Zu Art. I Z 2, 3, 4, 5, 7, 8, 19, 20, 25, 27, 28, 29, 30,
32, 36, 37, 39 bis 41, 44, 45, 46, 47, 48, 52, 53, 54, 55,
56, 59, 62, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 71, 72, 73, 74, 75,
76, 77, 78, 79 und 80 (§§ 12 Abs. 1 lit. b, Abs. 4 und
5, 20 Abs. 2, 21 Abs. 1, 40 Abs. 1, 41 Abs. 1, 78, 79
Abs. 1 Z 1 und 2, 83 Abs. 9, 91 Abs. 1, 93 Abs. 6, 95
Abs. 1 und 3, 99, 99 a, 99 b, 100 Abs. 1 und Abs. 2
Z 1 bis 4, 101 Abs. 1 Z 4, 115 Abs. 1 Z 3, 116 Abs. 2
und 9, 120 Abs. 1 und 2 lit. b, 120 Abs. 6, 122 Abs. 4
Z 3, 131 a Abs. 1 Z 4, 150 Abs. 1 und 2, 160 Abs. 2,
169 Abs. 2 Z 5, 185 Abs. 3, 199, 201, 204 Abs. 5,
205, 218 a, 223 Abs. 1, 229 a und 253 a):

Diese Änderungen entsprechen den gleichartigen
Änderungen des Allgemeinen Sozialversicherungs-
gesetzes, wie sie im Rahmen des Entwurfes einer
50. Novelle zum ASVG vorgeschlagen wurden. Auf
eine gesonderte Erläuterung dieser Änderungen
kann verzichtet und auf die entsprechenden
Ausführungen zum genannten Entwurf der Novelle
zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz Bezug
genommen werden, weil den in Betracht kommen-
den Erläuterungen vollinhaltlich auch für die
korrespondierenden Änderungsvorschläge des Ge-
werblichen Sozialversicherungsgesetzes Geltung
zukommt. Um im Einzelfall das Auffinden der
gewünschten Erläuterung im ASVG-Novellenent-
wurf zu erleichtern, werden im folgenden die in
beiden Gesetzen einander entsprechenden Vor-
schriften gegenübergestellt:

GSVG	ASVG
§ 12 Abs. 1 lit. b, Abs. 4 und 5	§ 17 Abs. 1 Z 1 lit. b, Abs. 5 und 6
§ 20 Abs. 2	§ 40 Abs. 2
§ 21 Abs. 1	§ 41 Abs. 1
§ 40 Abs. 1	§ 68 Abs. 1
§ 41 Abs. 1	§ 69 Abs. 1
§ 78	§ 116
§ 79 Abs. 1 Z 1 und 2 ...	§ 117 Z 1 bis 3
§ 83 Abs. 9	§ 123 Abs. 5
§ 91 Abs. 1	§ 135 Abs. 1
§ 93 Abs. 6	§ 154 Abs. 1
§ 95 Abs. 1 und Abs. 3	§ 144 Abs. 1 und Abs. 3
§ 99	§ 151
§ 99 a	§ 154 a
§ 99 b	§ 154 b
§ 100 Abs. 1 und Abs. 2 Z 1 bis 4 ...	§ 155 Abs. 1 und Abs. 2 Z 1 bis 4
§ 101 Abs. 1 Z 4	§ 156 Abs. 1 Z 4
§ 115 Abs. 1 Z 3	§ 225 Abs. 1 Z 3 lit. b
§ 116 Abs. 2	§ 228 Abs. 2
§ 116 Abs. 9	§ 227 Abs. 3
§ 120 Abs. 1 und 2 lit. b .	§ 235 Abs. 3 lit. b
§ 120 Abs. 6	§ 236 Abs. 4
§ 122 Abs. 4 Z 3	§ 238 Abs. 4 Z 3
§ 131 a Abs. 1 Z 4	§ 253 a Abs. 1 Z 4
§ 149 Abs. 1	§ 292 Abs. 1
§ 150 Abs. 1 und 2	§ 293 Abs. 1 und Abs. 2
§ 160 Abs. 2	§ 302 Abs. 2

GSVG	ASVG
§ 169 Abs. 2 Z 5	§ 307 d Abs. 2 Z 5
§ 185 Abs. 3	§ 324 Abs. 3
§ 199	§ 422
§ 201	§ 424
§ 204 Abs. 5	§ 431 Abs. 5
§ 205	§ 432
§ 218 a	§ 446 a
§ 223 Abs. 1	§ 451 Abs. 1
§ 229 a	§ 459 a
§ 253 a	§ 544

Zu Art. I Z 6 (§ 20 Abs. 1 [neu]):

Die gegenständliche Änderung ist auf Grund der Aufhebung der Ruhensbestimmungen durch das Sozialrechts-Änderungsgesetz 1991 erforderlich.

Zu Art. I Z 9 (§ 25 Abs. 2 zweiter Satz):

Nach § 25 Abs. 2 Z 2 GSVG wird die Beitragsgrundlage um jene Beträge vermindert, die auf einen Sanierungsgewinn und auf einen Veräußerungsgewinn nach den Vorschriften des Einkommensteuergesetzes entfallen. Ein Veräußerungsgewinn kann allerdings nur dann die Beitragsgrundlage reduzieren, wenn der gesamte derartige Gewinn dem Sachanlagevermögen eines Betriebes des Versicherten zugeführt worden ist.

Die Voraussetzung, daß der gesamte auf derartige Gewinne entfallende Betrag dem Sachanlagevermögen des Betriebes zugeführt werden muß, hat in der Praxis zu Härten insoweit geführt, als oft ein relativ kleiner Teil eines Veräußerungsgewinnes nicht mehr dem Sachanlagevermögen zugeführt werden konnte und folglich der gesamte Veräußerungsgewinn nicht aus der Beitragsgrundlage ausgeschieden werden konnte.

Durch den vorliegenden Novellierungsvorschlag soll diese als unverständliche Härte betrachtete Auswirkung der derzeit geltenden Formulierung der gegenständlichen Bestimmung beseitigt werden. Dies geschieht dadurch, daß die Voraussetzung, daß Veräußerungsgewinne zur Gänze dem Sachanlagevermögen zugeführt werden müssen, entfallen soll.

Zu Art. I Z 10 und 13 (§§ 25 Abs. 2 dritter Satz und 26 a Abs. 1):

Durch diese Änderungsvorschläge sollen anlässlich der Ausarbeitung der 17. Novelle zum Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 295/1990, unterlaufene Redaktionsversehen beseitigt werden.

Zu Art. I Z 11, 12, 15 und 43 (§§ 25 Abs. 7 und 8, 29 Abs. 3 und 96 Abs. 2) und Art. II:

Die historisch überkommene, noch aus der Ära der Selbständigen-Krankenkassen stammende Ein-

richtung der „Höherreihung“ in der Selbständigen-Krankenversicherung erscheint schon seit längerem als reformbedürftig. Das Beitragsaufkommen innerhalb des in Betracht kommenden Versichertenbereiches hat sich derart entwickelt, daß eine nicht unerhebliche Unterdeckung des Leistungsaufwandes eingetreten ist. Ursache hierfür ist nicht zuletzt die besondere Eigenart der Bemessung des „Höherreihungsbeitrages“, die es Versicherten, deren Beitragsgrundlage dem Einkommensbetrag, ab dem Anspruch auf Geldleistungen besteht, nahekommt, ermöglicht, mit einem relativ geringfügigen Zusatzbeitrag die Vorteile der Geldleistungsanspruchsbeziehung, und zwar vornehmlich jene bei Anstaltspflege (§ 96 Abs. 2 GSVG), zu erlangen. Einem diesbezüglichen Vorschlag der Bundeskammer der gewerblichen Wirtschaft folgend, soll daher diese „Höherreihung“ durch eine bessere finanzielle Basis für die darauf gegründeten Anspruchsberechtigungen schaffendes Beitragssystem ersetzt werden, das es auf Sachleistungen anspruchsberechtigten Versicherten gestattet, durch Bezahlung eines entsprechend kostenbewußt kalkulierten besonderen Zusatzbeitrages im besonderen auch die Vorteile des § 96 Abs. 2 GSVG im Falle der Anstaltspflege realisieren zu können.

Der vorliegende Entwurf entspricht dem Vorschlag der genannten gesetzlichen Interessenvertretung. Hierbei wird, um eine etwaige spekulative Ausnutzung des neu geschaffenen Rechtsinstituts von vornherein hintanzuhalten, vorgesehen, daß die Anspruchsberechtigung auf die Sonderleistungen der vorhin bezeichneten Art erst nach Zurücklegung einer sechsmonatigen Wartezeit entsteht, und weiters, daß die Eingliederung in den Kreis der geldleistungsanspruchsberechtigten Versicherten sowie die damit verbundene Verpflichtung zur Entrichtung eines besonderen Zusatzbeitrages auch mit einer gewissen zeitlichen Bindungswirkung ausgestattet sind.

In diesem Zusammenhang war auch § 25 Abs. 8 GSVG entsprechend zu ändern, wobei im Zuge der Neuformulierung dieser Bestimmung insbesondere auch darauf verzichtet wurde, die Zuschüsse und die Ausgleichszulage als Bestandteile des Ausgangswertes für die Zuordnung zum Kreis der sachleistungsanspruchsberechtigten Versicherten anzuführen. Dies deshalb, weil im Falle des Bezuges einer Pension mit Ausgleichszulage im Hinblick auf die gesamtvertraglich bestehende Einkommensabgrenzung zwischen sach- und geldleistungsanspruchsberechtigten Versicherten jedenfalls eine Sachleistungsberechtigung gegeben erscheint, während es andererseits der besondere Widmungscharakter der Zuschüsse (Kinderzuschuß, Hilflosenzuschuß) gebietet, diese Leistungen im vorliegenden Zusammenhang außer Betracht zu lassen.

Mit der Einführung eines einheitlichen Zusatzbeitrages in der Höhe von 700 S monatlich für

Erwerbstätige und Pensionisten würde sich innerhalb des gegenständlichen Versichertenbereiches eine nahezu ausgeglichene Gebarung ergeben.

Zu Art. I Z 16 (§ 33 Abs. 6):

In Angleichung an die entsprechende Bestimmung im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (§ 77 Abs. 2 Z 2) soll der Beitragssatz zur Weiterversicherung in der Pensionsversicherung nach dem Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz ebenfalls mit 22,8 vH festgesetzt werden.

Zu Art. I Z 23 und 24 (§ 61 a Abs. 1):

Die gegenständliche Zitierungsänderung steht mit der Aufhebung des § 143 Abs. 1 Z 2 ASVG (Ruhe des Krankengeldanspruches bei Anstaltspflege) im Entwurf einer 50. Novelle zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz im Zusammenhang.

Zu Art. I Z 26, 31, 34 und 38 (§§ 78 Abs. 1 Z 3, 79 Abs. 1 Z 2, 90 Abs. 1 lit. b und 94 Abs. 2):

Zahnbehandlung und Zahnersatz (§ 94 GSVG) sollen nicht mehr — so wie im geltenden Recht der gewerblichen Krankenversicherung — dem Versicherungsfall der Krankheit zugerechnet werden, sondern einen eigenen Versicherungsfall darstellen. Damit ist diesbezüglich eine einheitliche Regelung in allen gesetzlichen Krankenversicherungen hergestellt.

Zu Art. I Z 33 (§ 86 Abs. 5 lit. a):

Die medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation in der Krankenversicherung gemäß § 89 a GSVG sollen in den Katalog der kostenanteilsbefreiten Leistungen aufgenommen werden.

Zu Art. I Z 35 (§ 90 Abs. 1 lit. d):

Die gegenständliche Änderung dient der terminologischen Anpassung an § 99 in der Fassung des Entwurfes.

Zu Art. I Z 42 (§ 96 Abs. 2 lit. a):

Nach der derzeitigen Rechtslage kann die Satzung der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft für Versicherte, die ärztliche Hilfe nur in Form von Geldleistungen gemäß § 85 Abs. 2 lit. c GSVG erhalten, entweder bestimmen, daß im Falle der Wahl einer Krankenanstalt ohne allgemeine Gebührenklasse oder der Wahl einer höheren Gebührenklasse (Sonderklasse) die Pflegegebührenersätze in Höhe der Pflegegebühren für Selbstzahler der allgemeinen Gebührenklasse der

vom Versicherten gewählten Krankenanstalt oder, falls diese keine allgemeine Gebührenklasse führt, der nächstgelegenen geeigneten Krankenanstalt, die eine solche Gebührenklasse führt, gewährt werden, wozu dann auch noch Kostenersätze für Operationen und Sondergebühren nach einem Vergütungstarif zu erbringen sind, oder die Anstalt macht von der gegenständlichen Satzungsbestimmung im negativen Sinn dahingehend Gebrauch, daß für geldleistungsanspruchsberechtigte Versicherte Anstaltspflege generell nur in der allgemeinen Gebührenklasse gewährt wird. Diese Regelung bringt deshalb unbefriedigende Ergebnisse mit sich, da sie die Anstalt lediglich vor die Wahl stellt, der autonomen Festsetzung der Pflegegebühren für Selbstzahler der allgemeinen Gebührenklasse durch die Bundesländer ohne Begrenzung nach oben ausgesetzt zu sein, oder überhaupt keine Mehrleistungen für Anstaltspflege an geldleistungsanspruchsberechtigte Versicherte zu erbringen. Die eine Alternative führt sohin in Anbetracht der bisweilen massiven Anhebung der Selbstzahlertarife in einzelnen Ländern zu finanziellen Engpässen, die andere Alternative ist hingegen gegenüber den geldleistungsanspruchsberechtigten Versicherten, die bei relativ hoher Beitragszahlung auch im Bereich der ärztlichen Hilfe hohe Eigenleistungen erbringen müssen, nicht vertretbar. Es wird daher vorgeschlagen, die entsprechende Regelung dahingehend zu modifizieren, daß der Versicherte zwar grundsätzlich Anspruch auf Ersatz der Pflegegebühren der allgemeinen Gebührenklasse hat; in der Satzung soll aber vorgesehen werden können, daß der Versicherte darüber hinaus Anspruch auf Kostenersätze hinsichtlich der über diese Pflegegebührenersätze der Krankenversicherungsträger hinausgehenden Pflegegebühren bis zur Höhe der Pflegegebühren für Selbstzahler hat, wenn er eine Krankenanstalt ohne allgemeine Gebührenklasse oder die Sonderklasse in einer Krankenanstalt wählt.

Zu Art. I Z 46 (§ 100 Abs. 2 Z 5):

Im Bereich der bäuerlichen Sozialversicherung existiert schon seit der 6. Novelle zum Bauern-Krankenversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 34/1973, eine Bestimmung, die es der Sozialversicherungsanstalt der Bauern ermöglicht, im Rahmen der Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit die Kosten für Betriebshelfer und Haushaltshelferinnen zu übernehmen (§ 100 Abs. 2 Z 6 BSVG).

Die Bundeskammer der gewerblichen Wirtschaft hat angeregt, auch in der Gewerblichen Selbständigen-Krankenversicherung eine derartige Leistung als Geld- oder Sachleistung einzuführen.

Diesem Anliegen soll insoweit Rechnung getragen werden, als auch in das Leistungsrecht der Krankenversicherung nach dem Gewerblichen

Sozialversicherungsgesetz die Leistung der Betriebshilfe als Maßnahme zur Festigung der Gesundheit aufgenommen werden soll.

Die Betriebshilfe verfolgt das Ziel, die Gesundheit und Arbeitsfähigkeit des Versicherten möglichst rasch wiederherzustellen. Die Unterstützung im Betrieb soll daher nicht nur den Genesungsprozeß beschleunigen, sondern auch zu einer krankheitsverhütenden Wirkung für die Zukunft beitragen, wenn der Versicherte seine Krankheit möglichst rasch und komplikationsfrei ausheilen kann.

Im Gegensatz zur Pflichtleistung der Betriebshilfe (des Wochengeldes) nach dem Betriebshilfegesetz soll diese Leistung in Form von Kostenzuschüssen allen Versicherten gewährt werden können, allerdings nur nach Maßgabe der finanziellen Leistungsfähigkeit des Versicherungsträgers und der Bedürftigkeit des Versicherten.

Darüber hinaus soll der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft ermöglicht werden, sich satzungsmäßig an Einrichtungen in einem Bundesland zu beteiligen, die entsprechend geschulte Betriebshelfer als Sachleistung zur Verfügung stellen.

Der durch die vorgeschlagene Änderung entstehende finanzielle Mehraufwand wird minimal sein.

Zu Art. I Z 49 bis 51 (§ 116 Abs. 1 Z 2 und 3):

Nach den derzeitigen Bestimmungen des § 116 Abs. 1 Z 2 lit. c GSVG sind Zeiten, in denen auf Grund der Bestimmungen des Wehrgesetzes 1978 ordentlicher oder außerordentlicher Präsenzdienst — ausgenommen Zeiten einer Pflichtversicherung gemäß § 8 Abs. 1 Z 5 ASVG — oder auf Grund der Bestimmungen des Zivildienstgesetzes ordentlicher oder außerordentlicher Zivildienst geleistet wurde, als Ersatzzeiten zu berücksichtigen. Voraussetzung ist in diesen Fällen aber — im Unterschied zum ASVG (§ 227 Abs. 1 Z 7 und 8) —, daß der Versicherte am Stichtag die österreichische Staatsbürgerschaft besitzt. Diese unterschiedlichen Voraussetzungen führen dazu, daß die Anrechnung dieser Ersatzzeit davon abhängig ist, welcher gesetzlichen Pensionsversicherung der Versicherte am Stichtag zugehörig ist.

Mit dem vorliegenden Novellierungsvorschlag soll diese Ungleichbehandlung beseitigt werden.

Gleichzeitig wird im § 116 Abs. 1 Z 3 GSVG die Zitierung des unter der BGBl. Nr. 305/1990 wiederverlautbarten Wehrgesetzes 1978 korrigiert.

Zu Art. I Z 57 und 60 (§§ 122 Abs. 2 und 123 Abs. 2 Z 2):

Gemäß den §§ 238 Abs. 2 und 239 Abs. 2 Z 2 ASVG bleiben Versicherungsmonate, die zwischen

dem 1. Jänner 1947 und dem 31. Dezember 1950 liegen, bei der Ermittlung der Bemessungszeit außer Betracht. Dem Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz hingegen ist eine solche Bestimmung fremd. Um nun einen Gleichklang zwischen den gegenständlichen Bemessungsvorschriften des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes und jenen des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes herzustellen wird vorgeschlagen, die §§ 122 und 123 GSVG im vorgeschlagenen Sinn zu ergänzen.

Die in den Gesetzesmaterialien zur Stammfassung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes, BGBl. Nr. 189/1955, gegebene Begründung, daß in der gegenständlichen Zeit die Höchstgrenze der Beitragsgrundlagen (des Grundlohnes) nicht entsprechend den geänderten Lohn- und Preisverhältnissen erhöht war und daher gegenüber der Zeit vorher und nachher eine Unterversicherung vorlag, gilt für den Fall, daß in einem Wanderversicherungsverfahren die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft leistungszuständig wird, in gleicher Weise auch für die Pensionsversicherung nach dem Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz.

Zu Art. I Z 58 (§ 122 Abs. 4 Z 1):

Im Gegensatz zur Regelung des § 238 Abs. 4 Z 1 ASVG bleiben bei Ermittlung einer Bemessungsgrundlage gemäß § 122 GSVG „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 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes ruhte“, nicht außer Betracht. Zum Zwecke einer Harmonisierung der Regelungen über die Bemessungsgrundlagenbildung wird vorgeschlagen, die gegenständlichen Bestimmungen in allen Pensionsversicherungsgesetzen wegen der wechselseitigen Wirkung in Wanderversicherungsfällen inhaltlich aneinander anzupassen.

Zu Art. I Z 61 (§ 130 Abs. 6 und 7):

Auf Anregung der Österreichischen Dentistenkammer soll eine dem Wortlaut des § 14 Abs. 2 und 3 FSVG, der für niedergelassene Ärzte in Anbetracht der Versorgungssituation der Bevölkerung geschaffen wurde, nachgebildete Bestimmung in das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz aufgenommen werden. Bei Erfüllung der Voraussetzungen des § 130 Abs. 6 GSVG würde insbesondere die Erfüllung der Anspruchsvoraussetzung des § 130 Abs. 2 lit. c GSVG entfallen.

Zu Art. I Z 63 (§ 139 Abs. 5):

Durch diesen Änderungsvorschlag soll ein anläßlich der Ausarbeitung der 13. Novelle zum

Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 610/1987, unterlaufenes Redaktionsversehen beseitigt werden.

Zu Art. I Z 70 (§ 193 Einleitung):

Die gegenständliche Änderung wird durch die Regelung des § 349 Abs. 3 ASVG im Entwurf einer 50. Novelle zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz notwendig.

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 Gesundheitsprengel).

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 Hauskrankenpflege“ für den Bereich der Krankenversicherung nach dem Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz eine Größenordnung von rund 100 bis 150 Millionen 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 zirka zehn Jahren anfallen werden. Für das Jahr 1992 für den Bereich der Krankenversicherung nach dem Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz werden Kosten in einer Größenordnung von 15 Millionen Schilling erwartet, die sich sodann mittelfristig auf das volle Ausmaß erhöhen.

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 Pflagetage unter die Anzahl der entsprechenden Pflagetage 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.

Die somit geschlossene Lücke im Bereich der medizinischen Rehabilitation betrifft daher in erster Linie mitversicherte Angehörige sowie Pensionisten. Schon jetzt erbringt die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft die Leistung von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen überwiegend in eigenen Einrichtungen. Es ist daher davon auszugehen, daß auch die hinzukommende medizinische Rehabilitation im Bereich der Krankenversicherung in diesen Einrichtungen erbracht werden wird.

Für das Jahr 1992 werden in einer ersten Anlaufphase Kosten im Bereich der Krankenversicherung nach dem Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz von rund 15 Millionen Schilling erwartet. In einem Zeitraum von etwa zehn Jahren

285 der Beilagen

17

werden dann jährliche Kosten in diesem Bereich von rund 50 bis 75 Millionen Schilling erwartet (Geldwertbasis 1992).

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 Krankenversicherung nach dem Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz für diese Maßnahme mit rund 40 Millionen Schilling pro Jahr grob abgeschätzt werden. Wie bereits in den vorangegangenen Punkten werden auch hier diese Kosten erst mittelfristig entstehen, da der zur Behandlung zugelassene Personenkreis von Psychologen und Psychotherapeuten erst im Aufbau begriffen ist. Für das Jahr 1992 wird daher mit Kosten von 10 Millionen Schilling gerechnet.

Neben diesen drei 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.

Nimmt man diese Kosten mit 5 Millionen Schilling an und addiert man die in den Punkten 1 bis 3 für das Jahr 1992 genannten Kosten, so ergibt sich für den Bereich der sozialen Krankenversicherung nach dem Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz ein Mehraufwand von rund 45 Millionen Schilling.

Mittelfristig, in einem Zeitraum von etwa zehn Jahren, werden sich die Leistungsverbesserungen, sofern die notwendigen Strukturmaßnahmen auch außerhalb des Bereiches der sozialen Krankenversicherung getätigt worden sind, mit jährlichen Mehrkosten für die Krankenversicherung nach dem Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz von rund 200 bis 250 Millionen Schilling niederschlagen (Geldwertbasis 1992).

Über die in diesem Entwurf vorgesehene Ausweitung des Leistungskataloges der Krankenversicherung nach dem GSVG hinaus wird für die Krankenversicherung in diesem Bereich ab dem Jahr 1992 eine zusätzliche Erhöhung des Ausgabenniveaus von 30 Millionen 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 Krankenversicherung nach dem GSVG folgender finanzieller Mehrbedarf (Geldwertbasis 1992):

	vorgesehene Leistungs- verbesserun- gen	zusätzlicher Mehrbedarf	gesamter Mehrbedarf
	Millionen Schilling		
1992	45	30	75
1993	60	30	90
1994	75	30	105
1995	90	30	120
1996	105	30	135

Zur Abdeckung dieses finanziellen Mehrbedarfs ist die in diesem Entwurf vorgesehene Erhöhung des Beitragssatzes notwendig.

Zusätzlich zu dieser Anhebung des Beitragssatzes ist vorgesehen, einen Zusatzbeitrag in der Krankenversicherung von 0,5 vH einzuführen.

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

Der Entwurf zur 50. Novelle zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz enthält für den Bereich der gesetzlichen Pensionsversicherung zwei Maßnahmen, die auch für den Bereich des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes von Bedeutung sind:

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

Von dieser Maßnahme werden rund 28 500 Ausgleichszulagenbezieher im Bereich des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes profitieren.

Die damit verbundenen Mehrkosten für die gesetzliche Pensionsversicherung nach dem Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz werden im Jahr 1992 rund 105 Millionen Schilling betragen.

2. Herausnahme der Arbeitslosenrate bei der Berechnung des Richtwertes.

Mit der Empfehlung eines Pensionsanpassungsfaktors von 1,040 trägt der Beirat für die Renten- und Pensionsanpassung den in dem Entwurf zur 50. Novelle zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz vorgesehenen neuen Regelungen bereits

Rechnung. Da ein Anpassungsfaktor von 1,040 aber auch dem Richtwert für das Jahr 1992 nach der derzeitigen Gesetzeslage entspricht, entstehen für das Jahr 1992 für den Bereich des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes keine Mehrkosten aus der geplanten Gesetzesänderung.

Als budgetbegleitende Maßnahme sieht dieser Entwurf vor, daß der sich nach § 34 Abs. 2 GSVG ergebende Beitrag des Bundes zur Pensionsversicherung im Bereich des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes um 300 Millionen Schilling verringert wird.

Textgegenüberstellung

GSVG — Geltende Fassung

Teilversicherung in der Kranken- bzw. Pensionsversicherung

§ 3. (1) und (2) unverändert.

(3) Pflichtversichert in der Pensionsversicherung sind überdies:

1. die der Kammer der Wirtschaftstreuhänder auf Grund einer Berufsbefugnis nach der Wirtschaftstreuhänder-Berufsordnung, BGBl. Nr. 125/1955, angehörenden Mitglieder einschließlich der Gesellschafter einer offenen Handelsgesellschaft und der persönlich haftenden Gesellschafter einer Kommanditgesellschaft, sofern
 - a) und b) unverändert.ferner die Witwen und Deszendenten, für deren Rechnung ein Witwenfortbetrieb bzw. ein Deszendentenfortbetrieb nach der Wirtschaftstreuhänder-Berufsordnung geführt wird;

2. bis 5. unverändert.

(4) und (5) unverändert.

Weiterversicherung

§ 12. (1) Personen, die

a) unverändert.

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 der Versicherung gemäß 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.

GSVG — Vorgeschlagene Fassung

Teilversicherung in der Kranken- bzw. Pensionsversicherung

§ 3. (1) und (2) unverändert.

(3) Pflichtversichert in der Pensionsversicherung sind überdies:

1. die der Kammer der Wirtschaftstreuhänder auf Grund einer Berufsbefugnis nach der Wirtschaftstreuhänder-Berufsordnung, BGBl. Nr. 125/1955, angehörenden Mitglieder einschließlich der Gesellschafter einer offenen Handelsgesellschaft, der persönlich haftenden Gesellschafter einer Kommanditgesellschaft, der Gesellschafter einer offenen Erwerbsgesellschaft und der persönlich haftenden Gesellschafter einer Kommandit-Erwerbsgesellschaft, sofern
 - a) und b) unverändert.ferner die Witwen und Deszendenten, für deren Rechnung ein Witwenfortbetrieb bzw. ein Deszendentenfortbetrieb nach der Wirtschaftstreuhänder-Berufsordnung geführt wird;

2. bis 5. unverändert.

(4) und (5) unverändert.

Weiterversicherung

§ 12. (1) Personen, die

a) unverändert.

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,

sowie Personen, die aus der Versicherung gemäß 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.

GSVG — Geltende Fassung

(2) und (3) unverändert.

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

a) bis d) unverändert.

(5) Personen, die in der Pensionsversicherung nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz 120 Versicherungsmonate erworben haben, können das Recht auf Weiterversicherung jederzeit geltend machen oder eine beendete Weiterversicherung erneuern.

(6) bis (9) unverändert.

Meldungen der Leistungs(Zahlungs)empfänger

§ 20. Die Leistungsempfänger bzw. Zahlungsempfänger (§ 75) 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. Anspruchsberechtigte auf Pensionen aus der Pensionsversicherung mit Ausnahme der Ansprüche auf Waisenpensionen haben während des Pensionsbezuges bzw. während des Ruhens des Pensionsanspruches 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 Kriegsoffer- und Heeresversorgung bewirkt werden, unterliegen nicht der Anzeigeverpflichtung.

GSVG — Vorgeschlagene Fassung

(2) und (3) unverändert.

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

a) bis d) unverändert.

(5) Personen, die in der Pensionsversicherung nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz 60 Versicherungsmonate — ausgenommen Zeiten der Selbstversicherung gemäß § 16 a des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes — erworben haben, können das Recht auf Weiterversicherung jederzeit geltend machen oder eine beendete Weiterversicherung erneuern.

(6) bis (9) unverändert.

Meldungen der Zahlungsempfänger (Leistungswerber)

§ 20. (1) Die Leistungsempfänger bzw. Zahlungsempfänger (§ 75) 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. Anspruchsberechtigte auf Pensionen aus der Pensionsversicherung mit Ausnahme der Ansprüche auf Waisenpensionen haben während des Pensionsbezuges 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 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, Meldebestätigungen

§ 21. (1) Die Meldungen gemäß § 18 sind mit den vom Versicherungsträger 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.

(2) unverändert.

Beitragsgrundlage

§ 25. (1) unverändert.

(2) Beitragsgrundlage ist der gemäß Abs. 1 ermittelte Betrag,
1. und 2. unverändert.

vervielfacht mit dem Produkt aus der Aufwertungszahl (§ 47) des Kalenderjahres, in das der Beitragsmonat (Abs. 10) fällt, und aus den Aufwertungszahlen der beiden vorangegangenen Kalenderjahre, gerundet auf volle Schilling. Eine Minderung der Beitragsgrundlage nach Z 2 tritt nur dann ein, wenn dies der Versicherte bis zum Ablauf des Beitragsjahres beantragt, bezüglich der Berücksichtigung von Veräußerungsgewinnen überdies nur dann, wenn nachgewiesen wird, daß der gesamte auf derartige Gewinne entfallende Betrag dem Sachanlagevermögen eines Betriebes des Versicherten zugeführt worden ist. Wird der für die Minderung der Beitragsgrundlage maßgebliche Einkommensteuerbescheid erst nach Ablauf des Beitragsjahres zugestellt, so verlängert sich die Antragsfrist bis zum Ablauf des sechsten auf den Eintritt der Rechtskraft des Bescheides folgenden Monatsersten. Ist die Investitionsrücklage bzw. der Investitionsfreibetrag gewinnerhöhend aufgelöst worden, so sind die darauf entfallenden Beträge, die schon einmal bei Ermittlung einer Beitragsgrundlage nach diesem Bundesgesetz berücksichtigt worden sind, im gleichen Ausmaß bei Ermittlung der Beitragsgrundlage über Antrag außer Ansatz zu lassen. Der Antrag ist bis zum 30. Juni des Kalenderjahres beim Versicherungsträger einzubringen, in dem sich die gewinnerhöhende Auflösung der Investitionsrücklage bzw. des Investitionsfreibetrages auf die Beitragsgrundlage auswirkt. Kann innerhalb dieser Frist der entsprechende rechtskräftige Einkommensteuerbescheid mangels Vorliegens nicht beigebracht werden, so verlängert sich die Antragsfrist bis zum Ablauf des sechsten auf den Eintritt der Rechtskraft des Einkommensteuerbescheides folgenden Kalendermonates.

Form der Meldungen, Meldebestätigungen

§ 21. (1) Die Meldungen gemäß § 18 sind mit den vom Versicherungsträger 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.

(2) unverändert.

Beitragsgrundlage

§ 25. (1) unverändert.

(2) Beitragsgrundlage ist der gemäß Abs. 1 ermittelte Betrag,
1. und 2. unverändert.

vervielfacht mit dem Produkt aus der Aufwertungszahl (§ 47) des Kalenderjahres, in das der Beitragsmonat (Abs. 10) fällt, und aus den Aufwertungszahlen der beiden vorangegangenen Kalenderjahre, gerundet auf volle Schilling. Eine Minderung der Beitragsgrundlage nach Z 2 tritt nur dann ein, wenn dies der Versicherte bis zum Ablauf des Beitragsjahres beantragt, bezüglich der Berücksichtigung von Veräußerungsgewinnen überdies nur soweit, als der auf derartige Gewinne entfallende Betrag dem Sachanlagevermögen eines Betriebes des Versicherten zugeführt worden ist. Wird der für die Minderung der Beitragsgrundlage maßgebliche Einkommensteuerbescheid erst nach Ablauf des Beitragsjahres zugestellt, so verlängert sich die Antragsfrist bis zum Ablauf des sechsten auf den Eintritt der Rechtskraft des Bescheides folgenden Kalendermonates. Ist die Investitionsrücklage bzw. der Investitionsfreibetrag gewinnerhöhend aufgelöst worden, so sind die darauf entfallenden Beträge, die schon einmal bei Ermittlung einer Beitragsgrundlage nach diesem Bundesgesetz berücksichtigt worden sind, im gleichen Ausmaß bei Ermittlung der Beitragsgrundlage über Antrag außer Ansatz zu lassen. Der Antrag ist bis zum 30. Juni des Kalenderjahres beim Versicherungsträger einzubringen, in dem sich die gewinnerhöhende Auflösung der Investitionsrücklage bzw. des Investitionsfreibetrages auf die Beitragsgrundlage auswirkt. Kann innerhalb dieser Frist der entsprechende rechtskräftige Einkommensteuerbescheid mangels Vorliegens nicht beigebracht werden, so verlängert sich die Antragsfrist bis zum Ablauf des sechsten auf den Eintritt der Rechtskraft des Einkommensteuerbescheides folgenden Kalendermonates.

GSVG — Geltende Fassung

(3) bis (6) unverändert.

(7) Versicherte, deren Beitragsgrundlage mit einem Betrag festzusetzen ist, auf Grund dessen sie zufolge von Gesamtverträgen die ärztliche Hilfe als Sachleistung erhalten, sind berechtigt, die Festsetzung einer höheren Beitragsgrundlage zu beantragen, um die ärztliche Hilfe und Heilmittel als Geldleistungen gemäß § 85 Abs. 2 lit. c in Anspruch nehmen zu können; diese Festsetzung ist mit dem der Antragstellung folgenden 1. Jänner vorzunehmen. Hierbei ist vom Gesamtbetrag der Einkünfte aus den im § 2 Abs. 3 des Einkommensteuergesetzes 1972 genannten Einkunftsarten auszugehen, der in dem Einkommensteuerbescheid ausgewiesen ist, der die im Sinne des Abs. 1 heranzuziehenden Einkünfte betrifft; Abs. 1 erster Satz zweiter Halbsatz und Abs. 2 sind entsprechend anzuwenden. Entspricht die so festgesetzte Beitragsgrundlage nicht jenen Voraussetzungen, zufolge welcher die ärztliche Hilfe als Geldleistung gemäß § 85 Abs. 2 lit. c gewährt wird, so ist jener Betrag als Beitragsgrundlage anzunehmen, bei dem diese Voraussetzungen erfüllt werden. Die Berechtigung zur freien Wahl einer höheren Beitragsgrundlage gilt auch in den Fällen des § 25 a, sofern der Versicherte innerhalb von vier Wochen nach Zustellung der Verständigung über die Einbeziehung in die Pflichtversicherung einen solchen Antrag stellt.

(8) Die Bestimmungen des Abs. 7 gelten für pflichtversicherte Pensionisten (§ 3 Abs. 1) mit der Maßgabe, daß

- a) von jener Beitragsgrundlage auszugehen ist, die sich unter Berücksichtigung der Pension, einschließlich der Zuschüsse und der Ausgleichszulage ergäbe, und daß
- b) zum Nachweis des Gesamtbetrages der Einkünfte jede Urkunde, die über die Einkommensverhältnisse des Versicherten ausreichenden Aufschluß geben kann, zugelassen ist.

Bei der Bemessung des Beitrages im Falle der Wahl einer höheren Beitragsgrundlage ist die im Abs. 6 vorgesehene Höchstbeitragsgrundlage zu berücksichtigen und der im § 29 Abs. 2 vorgesehene Hundertsatz anzuwenden.

(9) und (10) unverändert.

GSVG — Vorgeschlagene Fassung

(3) bis (6) unverändert.

(7) Versicherte, deren Beitragsgrundlage mit einem Betrag festzusetzen ist, auf Grund dessen sie zufolge von Gesamtverträgen die ärztliche Hilfe als Sachleistung erhalten, sind berechtigt, über Antrag gegen Entrichtung eines erhöhten Beitrages ärztliche Hilfe und Heilmittel als Geldleistung gemäß § 85 Abs. 2 lit. c in Anspruch zu nehmen. Für Beginn und Ende dieser Berechtigung gilt § 9 Abs. 2 und 3 entsprechend mit der Maßgabe, daß eine Erklärung im Sinne des § 9 Abs. 3 Z 1 vom Versicherten frühestens zum Ende des auf den Beginn der Berechtigung folgenden Kalenderjahres und im übrigen jeweils zum Ende des Kalenderjahres wirksam abgegeben werden kann. Die Beitragserhöhung beträgt S 700 monatlich. An die Stelle dieses Betrages tritt ab 1. Jänner eines jeden Jahres, erstmals ab 1. Jänner 1993, der unter Bedachtnahme auf § 51 mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 47) vervielfachte Betrag.

(8) Die Bestimmungen des Abs. 7 gelten für pflichtversicherte Pensionisten (§ 3 Abs. 1) mit der Maßgabe, daß von jener Beitragsgrundlage auszugehen ist, die sich unter Berücksichtigung der Pension ergäbe.

(9) und (10) unverändert.

GSVG — Geltende Fassung

Beitragsgrundlage in der Kranken- und Pensionsversicherung in besonderen Fällen

§ 26 a. (1) Wären für die Ermittlung der Beitragsgrundlage Einkünfte heranzuziehen, die aus einer selbständigen Erwerbstätigkeit stammen, die nicht die Pflichtversicherung während des vollen Kalenderjahres begründet hat (§ 25 Abs. 1), und liegen diese auf die Zeiten der Pflichtversicherung entfallenden durchschnittlichen Einkünfte über dem Betrag des Durchschnittes der gleichfalls auf die Zeiten der Pflichtversicherung entfallenden Einkünfte des folgenden Kalenderjahres, so ist, wenn dies glaubhaft gemacht wird, über Antrag des Versicherten eine vorläufige Beitragsgrundlage festzustellen. Als vorläufige Beitragsgrundlage gilt der aus den Einkünften des dem Beitragsjahr zweitvorangegangenen Kalenderjahres ermittelte Durchschnittsbetrag. Der Betrag der Mindestbeitragsgrundlage gemäß § 25 Abs. 5 darf hierbei nicht unterschritten werden. Der Antrag kann bis zum Ablauf des Beitragsjahres gestellt werden. Wird der für die Ermittlung der Beitragsgrundlage maßgebliche Einkommensteuerbescheid erst nach Ablauf des Beitragsjahres zugestellt, so verlängert sich die Antragsfrist bis zum Ablauf des sechsten auf den Eintritt der Rechtskraft des Bescheides folgenden Monatsersten.

(2) bis (4) unverändert.

Beiträge zur Pflichtversicherung

§ 27. (1) Die Pflichtversicherten haben für die Dauer der Pflichtversicherung als Beitrag

1. in der Krankenversicherung 7,7 vH,
2. unverändert.

der Beitragsgrundlage (§ 25) zu leisten. Zahlungen, die von einer Einrichtung zur wirtschaftlichen Selbsthilfe auf Grund einer Vereinbarung mit dem Versicherungsträger geleistet werden, sind auf den Beitrag anzurechnen.

(2) bis (7) unverändert.

GSVG — Vorgeschlagene Fassung

Beitragsgrundlage in der Kranken- und Pensionsversicherung in besonderen Fällen

§ 26 a. (1) Wären für die Ermittlung der Beitragsgrundlage Einkünfte heranzuziehen, die aus einer selbständigen Erwerbstätigkeit stammen, die nicht die Pflichtversicherung während des vollen Kalenderjahres begründet hat (§ 25 Abs. 1), und liegen diese auf die Zeiten der Pflichtversicherung entfallenden durchschnittlichen Einkünfte über dem Betrag des Durchschnittes der gleichfalls auf die Zeiten der Pflichtversicherung entfallenden Einkünfte des folgenden Kalenderjahres, so ist, wenn dies glaubhaft gemacht wird, über Antrag des Versicherten eine vorläufige Beitragsgrundlage festzustellen. Als vorläufige Beitragsgrundlage gilt der aus den Einkünften des dem Beitragsjahr zweitvorangegangenen Kalenderjahres ermittelte Durchschnittsbetrag. Der Betrag der Mindestbeitragsgrundlage gemäß § 25 Abs. 5 darf hierbei nicht unterschritten werden. Der Antrag kann bis zum Ablauf des Beitragsjahres gestellt werden. Wird der für die Ermittlung der Beitragsgrundlage maßgebliche Einkommensteuerbescheid erst nach Ablauf des Beitragsjahres zugestellt, so verlängert sich die Antragsfrist bis zum Ablauf des sechsten auf den Eintritt der Rechtskraft des Bescheides folgenden Monats.

(2) bis (4) unverändert.

Beiträge zur Pflichtversicherung

§ 27. (1) Die Pflichtversicherten haben für die Dauer der Pflichtversicherung als Beitrag

1. in der Krankenversicherung 8,0 vH,
2. unverändert.

der Beitragsgrundlage (§ 25) zu leisten. Zahlungen, die von einer Einrichtung zur wirtschaftlichen Selbsthilfe auf Grund einer Vereinbarung mit dem Versicherungsträger geleistet werden, sind auf den Beitrag anzurechnen.

(2) bis (7) unverändert.

Beiträge zur Krankenversicherung der Pensionisten

§ 29. (1) und (2) unverändert.

(3) Bei Pflichtversicherten gemäß § 3 Abs. 1, die gemäß § 25 Abs. 8 eine höhere Beitragsgrundlage gewählt haben, ist auf den sich hienach ergebenden Beitrag der gemäß Abs. 2 einzubehaltende Betrag anzurechnen.

Beiträge zur Weiterversicherung in der Krankenversicherung

§ 30. (1) bis (3) unverändert.

(4) Die Weiterversicherten haben für die Dauer der Versicherung einen Beitrag zu entrichten, der mit dem für Pflichtversicherte geltenden Beitragssatz zu bemessen ist.

Beiträge zur Weiterversicherung und zur Höherversicherung in der Pensionsversicherung

§ 33. (1) bis (5) unverändert.

(6) Die Weiterversicherten haben als Beitrag 24 vH der Beitragsgrundlage zu leisten.

(7) und (8) unverändert.

Zusatzbeitrag in der Krankenversicherung

§ 27 a. (1) Die in der Krankenversicherung Pflichtversicherten haben für die Dauer der Pflichtversicherung einen Zusatzbeitrag in der Krankenversicherung im Ausmaß von 0,5 vH der Beitragsgrundlage (§ 25) zu leisten.

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

Beiträge zur Krankenversicherung der Pensionisten

§ 29. (1) und (2) unverändert.

(3) Aufgehoben.

Beiträge zur Weiterversicherung in der Krankenversicherung

§ 30. (1) bis (3) unverändert.

(4) Die Weiterversicherten haben für die Dauer der Versicherung einen Beitrag (Zusatzbeitrag) zu entrichten, der mit dem für Pflichtversicherte geltenden Beitragssatz (Zusatzbeitragssatz) zu bemessen ist.

Beiträge zur Weiterversicherung und zur Höherversicherung in der Pensionsversicherung

§ 33. (1) bis (5) unverändert.

(6) Die Weiterversicherten haben als Beitrag 22,8 vH der Beitragsgrundlage zu leisten.

(7) und (8) unverändert.

§ 34 a. Abweichend von § 34 Abs. 2 leistet der Bund für das Geschäftsjahr 1992 einen Beitrag, der sich aus dem nach § 34 Abs. 2 zu ermittelnden Betrag vermindert um 300 Millionen Schilling ergibt.

Verjährung der Beiträge

§ 40. (1) Das Recht auf Feststellung der Verpflichtung zur Zahlung von Beiträgen verjährt binnen zwei Jahren vom Tag der Fälligkeit der Beiträge. Diese Verjährungsfrist der Feststellung verlängert sich jedoch auf fünf Jahre, wenn der Versicherte die Erstattung einer Anmeldung bzw. Änderungsmeldung oder Angaben über das Versicherungsverhältnis bzw. über die Grundlagen für die Berechnung der Beiträge unterlassen oder unrichtige Angaben über das Versicherungsverhältnis bzw. über die Grundlagen für die Berechnung der Beiträge gemacht hat, die er bei gehöriger Sorgfalt als 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

§ 41. (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.

Festsetzung der Höchstbeitragsgrundlage

§ 48. (1) unverändert.

(2) Für das Kalenderjahr 1988 beträgt der Meßbetrag 907,50 S. Für jedes weitere Kalenderjahr ist dieser Meßbetrag neu festzusetzen. Der neue Meßbetrag ergibt sich aus der Vervielfachung des letzten Meßbetrages mit der

Verjährung der Beiträge

§ 40. (1) Das Recht auf Feststellung der Verpflichtung zur Zahlung von Beiträgen verjährt binnen drei Jahren vom Tag der Fälligkeit der Beiträge. Diese Verjährungsfrist der Feststellung verlängert sich jedoch auf fünf Jahre, wenn der Versicherte die Erstattung einer Anmeldung bzw. Änderungsmeldung oder Angaben über das Versicherungsverhältnis bzw. über die Grundlagen für die Berechnung der Beiträge unterlassen oder unrichtige Angaben über das Versicherungsverhältnis bzw. über die Grundlagen für die Berechnung der Beiträge gemacht hat, die er bei gehöriger Sorgfalt als 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

§ 41. (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.

Festsetzung der Höchstbeitragsgrundlage

§ 48. (1) unverändert.

(2) Für das Kalenderjahr 1992 beträgt der Meßbetrag 1 050,17 Schilling. Für jedes weitere Kalenderjahr ist dieser Meßbetrag neu festzusetzen. Der neue Meßbetrag ergibt sich aus der Vervielfachung des letzten Meßbetrages mit der

GSVG — Geltende Fassung

Aufwertungszahl (§ 47) des Kalenderjahres, für das der Meßbetrag neu festzusetzen ist. Der Meßbetrag ist auf Groschen zu runden.

(3) unverändert.

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

§ 61a. (1) Fällt während der ersten drei Tage einer Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit, für die gemäß § 138 Abs.1 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes Anspruch auf Krankengeld nicht besteht, oder während der Dauer des Anspruches auf Krankengeld nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz ein Pensionsanspruch nach diesem Bundesgesetz 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 Ruhens des Krankengeldanspruches nach § 143 Abs.1 Z 2 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes mit dem Betrag des Krankengeldes. Das Ruhen des Pensionsanspruches tritt auch dann ein, wenn die Pension während der Dauer des Ruhens (§ 143 Abs.1 Z 2 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes), der Verwirkung (§ 88 Abs.1 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes) oder Versagung (§ 142 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes) des Krankengeldanspruches anfällt oder wiederauflebt.

(2) unverändert.

Aufgaben

§ 78. (1) Die Krankenversicherung trifft Vorsorge

1. für die Verhütung und Früherkennung von Krankheiten (Durchführung von Jugendlichen- und Vorsorge(Gesunden)untersuchungen);
2. unverändert.

GSVG — Vorgeschlagene Fassung

Aufwertungszahl (§ 47) des Kalenderjahres, für das der Meßbetrag neu festzusetzen ist. Der Meßbetrag ist auf Groschen zu runden.

(3) unverändert.

§ 49 a. (1) Die Aufwertungszahl (§ 47) beträgt für das Kalenderjahr 1992 1,055.

(2) Die Höchstbeitragsgrundlage (§ 48 Abs. 3) beträgt für das Kalenderjahr 1992 37 100 Schilling.

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

§ 61 a. (1) Fällt während der ersten drei Tage einer Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit, für die gemäß § 138 Abs.1 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes Anspruch auf Krankengeld nicht besteht, oder während der Dauer des Anspruches auf Krankengeld nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz ein Pensionsanspruch nach diesem Bundesgesetz 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 Krankengeldes. Das Ruhen des Pensionsanspruches tritt auch dann ein, wenn die Pension während der Dauer der Verwirkung (§ 88 Abs.1 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes) oder Versagung (§ 142 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes) des Krankengeldanspruches anfällt oder wiederauflebt.

(2) unverändert.

Aufgaben

§ 78. (1) Die Krankenversicherung trifft Vorsorge

1. für die Früherkennung von Krankheiten und die Erhaltung der Volksgesundheit;
2. unverändert.

GSVG — Geltende Fassung

3. für die Früherfassung der für Maßnahmen der Rehabilitation in Betracht kommenden Personen (§ 158).

(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.

(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 sowie für Aufklärungs- und Informationszwecke verwendet werden, wenn hiedurch die Erfüllung der in den Abs. 1 und 2 genannten Aufgaben nicht gefährdet wird.

(4) Beim Tod eines Versicherten, eines mitversicherten Familienangehörigen (§ 10) bzw. Angehörigen (§ 83) 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.

GSVG — Vorgeschlagene Fassung

3. für Zahnbehandlung und Zahnersatz;
4. für medizinische Maßnahmen der Rehabilitation;
5. für die Gesundheitsförderung.

(2) Überdies können aus Mitteln der Krankenversicherung
1. Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit (§ 100) und
2. Maßnahmen zur Krankheitsverhütung (§ 101)
gewährt werden.

(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.

(5) Beim Tod eines Versicherten, eines mitversicherten Familienangehörigen (§ 10) bzw. Angehörigen (§ 83) 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.

GSVG — Geltende Fassung

Leistungen

§ 79. (1) Als Leistungen der Krankenversicherung sind nach Maßgabe der Bestimmungen dieses Bundesgesetzes zu gewähren:

1. Zur Früherkennung von Krankheiten:
Jugendlichenuntersuchungen und
Vorsorge(Gesunden)untersuchungen (§§ 88 und 89);
2. aus dem Versicherungsfall der Krankheit:
Leistungen zur Wiederherstellung oder Besserung der Gesundheit (§§ 90 bis 99);
3. und 4. unverändert.

Zur Inanspruchnahme der Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit und der Mutterschaft sind auch die notwendigen Reise(Fahrt)- und Transportkosten (§ 103) zu gewähren.

(2) und (3) unverändert.

Anspruchsberechtigung für Angehörige

§ 83. (1) bis (8) unverändert.

Kostenbeteiligung

§ 86. (1) bis (4) unverändert.

- (5) Der Versicherte hat keinen Kostenanteil zu bezahlen:
- a) bei Sachleistungen gemäß den §§ 88, 89, 89 a, 101 und 102 Abs. 2;
 - b) bis d) unverändert.

(6) und (7) unverändert.

GSVG — Vorgeschlagene Fassung

Leistungen

§ 79. (1) Als Leistungen der Krankenversicherung sind nach Maßgabe der Bestimmungen dieses Bundesgesetzes zu gewähren:

1. Zur Früherkennung von Krankheiten:
Jugendlichenuntersuchungen und
Vorsorge(Gesunden)untersuchungen (§§ 88 und 89);
2. aus dem Versicherungsfall der Krankheit:
Krankenbehandlung (§§ 90 bis 93), erforderlichenfalls
medizinische Hauskrankenpflege (§ 99) oder
Anstaltspflege (§§ 95, 96, 97 und 98);
3. und 4. unverändert.

Zur Inanspruchnahme der Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit und der Mutterschaft sind auch die notwendigen Reise(Fahrt)- und Transportkosten (§ 103) zu gewähren.

(2) und (3) unverändert.

Anspruchsberechtigung für Angehörige

§ 83. (1) bis (8) unverändert.

(9) 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.

Kostenbeteiligung

§ 86. (1) bis (4) unverändert.

- (5) Der Versicherte hat keinen Kostenanteil zu bezahlen:
- a) bei Sachleistungen gemäß den §§ 88, 89, 89 a, 99 a, 101 und 102 Abs. 2;
 - b) bis d) unverändert.

(6) und (7) unverändert.

GSVG — Geltende Fassung

Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit

§ 90. (1) Der Versicherungsfall der Krankheit umfaßt:

- a) unverändert.
- b) Zahnbehandlung und Zahnersatz (§ 94);
- c) unverändert.
- d) Hauskrankenpflege (§ 99).

(2) bis (4) unverändert.

Ärztliche Hilfe

§ 91. (1) Ärztliche Hilfe wird durch freiberuflich tätige Ärzte oder durch Ärzte in Einrichtungen des Versicherungsträgers bzw. in Vertragseinrichtungen für die Dauer der Krankheit ohne zeitliche Begrenzung als Pflichtleistung gewährt. Der ärztlichen Hilfe gleichgestellt ist eine auf Grund ärztlicher Verschreibung erforderliche physiotherapeutische oder logopädisch-phoniatrisch-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-phoniatrisch-audiometrischen Dienstes berechtigt sind.

GSVG — Vorgeschlagene Fassung

Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit

§ 90. (1) Der Versicherungsfall der Krankheit umfaßt:

- a) unverändert.
- b) Aufgehoben.
- c) unverändert.
- d) medizinische Hauskrankenpflege (§ 99).

(2) bis (4) unverändert.

Ärztliche Hilfe

§ 91. (1) Ärztliche Hilfe wird durch freiberuflich tätige Ärzte oder durch Ärzte in Einrichtungen des Versicherungsträgers bzw. in Vertragseinrichtungen für die Dauer der Krankheit ohne zeitliche Begrenzung als Pflichtleistung gewährt. Im Rahmen der Krankenbehandlung (§ 90 Abs. 2) ist der ärztlichen Hilfe gleichgestellt:

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

GSVG — Geltende Fassung

(2) und (3) unverändert.

Heilbehelfe und Hilfe bei körperlichen Gebrechen

§ 93. (1) bis (5) unverändert.

(6) Hilfsmittel sind nicht zu gewähren, soweit auf diese ein Anspruch aus der gesetzlichen Unfallversicherung, eine Leistungsverpflichtung aus der gesetzlichen Pensionsversicherung im Rahmen der medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation oder ein gleichartiger Anspruch nach dem Kriegsoferversorgungsgesetz 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. 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.

(7) bis (10) unverändert.

Zahnbehandlung und Zahnersatz

§ 94. (1) unverändert.

(2) Zahnbehandlung und Zahnersatz sind durch Ärzte, nach den Bestimmungen des Dentistengesetzes, BGBl. Nr. 90/1949, auch durch Dentisten, in eigenen hiefür ausgestatteten Einrichtungen des Versicherungsträgers oder in Vertragseinrichtungen nach Maßgabe der Bestimmungen der Satzung zu gewähren.

(3) unverändert.

GSVG — Vorgeschlagene Fassung

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) und (3) unverändert.

Heilbehelfe und Hilfe bei körperlichen Gebrechen

§ 93. (1) bis (5) unverändert.

(6) Hilfsmittel sind nicht zu gewähren, soweit auf diese ein Anspruch aus der gesetzlichen Unfallversicherung, eine Leistungsverpflichtung im Rahmen der medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation oder ein gleichartiger Anspruch 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. 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.

(7) bis (10) unverändert.

Zahnbehandlung und Zahnersatz

§ 94. (1) unverändert.

(2) Zahnbehandlung und Zahnersatz sind durch Ärzte, nach den Bestimmungen des Dentistengesetzes, BGBl. Nr. 90/1949, auch durch Dentisten, in eigenen hiefür ausgestatteten Einrichtungen des Versicherungsträgers oder in Vertragseinrichtungen nach Maßgabe der Bestimmungen der Satzung zu gewähren. § 90 Abs. 2 gilt entsprechend.

(3) unverändert.

30

285 der Beilagen

GSVG — Geltende Fassung

Umfang und Dauer der Anstaltspflege

§ 95. (1) Anstaltspflege in Krankenanstalten im Sinne des Krankenanstaltengesetzes, BGBl. Nr. 1/1957, ist als Pflichtleistung ohne zeitliche Begrenzung zu gewähren, wenn und solange es die Krankheit erfordert.

(2) unverändert.

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

Kostentragung und Kostenersatz an Versicherte bei Anstaltspflege

§ 96. (1) unverändert.

(2) Für Versicherte, die ärztliche Hilfe nur in Form von Geldleistungen gemäß § 85 Abs. 2 lit. c erhalten, kann die Satzung bestimmen, daß im Falle der Wahl einer Krankenanstalt ohne allgemeine Gebührenklasse oder der Wahl einer höheren Gebührenklasse (Sonderklasse) folgende Leistungen gewährt werden:

a) Pflegegebührenersätze in Höhe der Pflegegebühren für Selbstzahler der allgemeinen Gebührenklasse der vom Versicherten gewählten Krankenanstalt oder, falls diese keine allgemeine Gebührenklasse führt, der nächstgelegenen geeigneten Krankenanstalt, die eine solche Gebührenklasse führt, und

b) unverändert.

Diese Leistungen dürfen 80 vH der in Rechnung gestellten Beträge nicht überschreiten.

GSVG — Vorgeschlagene Fassung

Umfang und Dauer der Anstaltspflege oder der medizinischen Hauskrankenpflege

§ 95. (1) Anstaltspflege in Krankenanstalten im Sinne des Krankenanstaltengesetzes, BGBl. Nr. 1/1957, ist als Pflichtleistung ohne zeitliche Begrenzung zu gewähren, wenn und solange es die Krankheit erfordert. Wenn und solange es die Art der Krankheit zuläßt, ist an Stelle von Anstaltspflege medizinische Hauskrankenpflege zu gewähren (§ 99). 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.

Kostentragung und Kostenersatz an Versicherte bei Anstaltspflege

§ 96. (1) unverändert.

(2) Für Versicherte, die ärztliche Hilfe nur in Form von Geldleistungen gemäß § 85 Abs. 2 lit. c erhalten, kann die Satzung bestimmen, daß im Falle der Wahl einer Krankenanstalt ohne allgemeine Gebührenklasse oder der Wahl einer höheren Gebührenklasse (Sonderklasse) folgende Leistungen gewährt werden:

a) Kostenersätze für die Pflegegebühren, die die Pflegegebührenersätze für die allgemeine Gebührenklasse übersteigen und zwar bis zur Höhe der Pflegegebühren für Selbstzahler der allgemeinen Gebührenklasse der vom Versicherten gewählten Krankenanstalt oder, falls diese keine allgemeine Gebührenklasse führt, der nächstgelegenen geeigneten Krankenanstalt, die eine solche Gebührenklasse führt, und

b) unverändert.

Diese Leistungen dürfen 80 vH der in Rechnung gestellten Beträge nicht überschreiten. Bei Vorliegen einer Berechtigung im Sinne des § 25 Abs. 7 und 8 entsteht die Anspruchsberechtigung auf diese Leistungen nach Ablauf von sechs Monaten ab Beginn der Berechtigung; § 105 Abs. 2 gilt entsprechend; die Frist von sechs Monaten verkürzt sich um die Dauer eines unmittelbar vor dem Beginn dieser Berechtigung bestandenen Anspruches auf Geldleistungen gemäß § 85 Abs. 2 lit. c.

Hauskrankenpflege

§ 99. 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.

Medizinische Hauskrankenpflege

§ 99. (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 Versicherungsträger beigestellt werden oder die mit dem Versicherungsträger in einem Vertragsverhältnis im Sinne des Sechsten Teiles des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes 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 Hauskrankenpflege gehören nicht die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung des Kranken.

(4) Hat der (die) Anspruchsberechtigte nicht die Vertragspartner (§ 338 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes) oder die eigenen Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) des Versicherungsträgers in Anspruch genommen, so gebührt ihm Kostenersatz gemäß § 85 Abs. 2 lit. b.

(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 § 95 Abs. 2 bezeichneten Einrichtungen untergebracht ist.

Medizinische Maßnahmen der Rehabilitation in der Krankenversicherung

§ 99 a. (1) Der Versicherungsträger als Krankenversicherungsträger gewährt, 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 § 90 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 beim Versicherungsträger als Pensionsversicherungsträger oder einem Unfallversicherungsträger zu beantragen, die den Antrag unverzüglich an den Versicherungsträger als Krankenversicherungsträger oder an einen anderen zuständigen Krankenversicherungsträger weiterzuleiten haben, soweit sie diese Maßnahmen nicht selbst gemäß den §§ 160 Abs. 2, 169 Abs. 2 Z 4 oder gemäß § 189 Abs. 2 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes gewähren bzw. zu gewähren haben oder ihre Gewährung gemäß § 160 Abs. 2 oder gemäß § 191 Abs. 2 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes an sich ziehen.

GSVG — Geltende Fassung

GSVG — Vorgeschlagene Fassung

34

(4) Der Versicherungsträger als Krankenversicherungsträger kann die Durchführung von medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation dem Versicherungsträger als Pensionsversicherungsträger oder einem anderen 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) Der Versicherungsträger als Krankenversicherungsträger hat die von ihm jeweils zu treffenden medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation mit den in Frage kommenden Versicherungsträgern, Dienststellen und Einrichtungen im Sinne des § 169 zu koordinieren und aufeinander abzustimmen.

(6) Die Gewährung von Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit bzw. von Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge (§§ 100 und 169) zählt nicht zu den Aufgaben der medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation.

285 der Beilagen

Gesundheitsförderung

§ 99 b. (1) Der Versicherungsträger als Krankenversicherungsträger hat 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 Versicherungsträger als 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 zur Festigung der Gesundheit

§ 100. (1) Der Versicherungsträger kann unter Berücksichtigung des Fortschrittes der medizinischen Wissenschaft sowie unter Bedachtnahme auf seine 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 (zum Beispiel durch Unterbringung in einem Genesungsheim);
 2. Unterbringung in einem Erholungsheim;
 3. Landaufenthalt sowie Aufenthalt in Kurorten bzw. Kuranstalten;
 4. Unterbringung in Krankenanstalten, die vorwiegend der Rehabilitation dienen;
 5. Übernahme der Reisekosten (§ 103) für die unter Z 1 bis 4 bezeichneten Zwecke.

(3) und (4) unverändert.

Krankheitsverhütung

§ 101. (1) Zur Verhütung des Eintrittes und der Verbreitung von Krankheiten können als freiwillige Leistungen insbesondere gewährt werden:

1. bis 3. unverändert.
4. die erforderlichen Reise(Fahrt)- und Transportkosten bei Leistungen gemäß Z 1 bis 3.

(2) und (3) unverändert.

Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit

§ 100. (1) Der Versicherungsträger als Krankenversicherungsträger kann unter Berücksichtigung des Fortschrittes der medizinischen Wissenschaft sowie unter Bedachtnahme auf seine 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;
 5. Übernahme von Kosten für Betriebshelfer bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit des Versicherten; durch die Satzung kann überdies bestimmt werden, daß die Leistung der Betriebshilfe durch eine Beteiligung des Versicherungsträgers an Einrichtungen, die Betriebshilfe durch Bereitstellung hierfür geeigneter Personen betreiben, erfolgt.

(3) und (4) unverändert.

Krankheitsverhütung

§ 101. (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.

Beitragszeiten

§ 115. (1) Als Beitragszeiten sind anzusehen:

1. und 2. unverändert.
3. Zeiten einer Weiterversicherung gemäß § 12 oder nach den Bestimmungen des Gewerblichen Selbständigen-Pensionsversicherungsgesetzes, wenn die Beiträge innerhalb von zwei Jahren nach Ablauf des Kalendermonates, für den sie gelten sollen, wirksam entrichtet worden sind;
4. unverändert.
- (2) bis (5) unverändert.

Ersatzzeiten

§ 116. (1) Als Ersatzzeiten gelten, soweit sie nicht als Beitragszeiten anzusehen sind:

1. unverändert.
2. Zeiten, in denen ein Versicherter, der am Stichtag (§ 113 Abs. 2) die österreichische Staatsbürgerschaft besitzt,
 - a) und b) unverändert.
 - c) auf Grund der Bestimmungen des Wehrgesetzes 1978 ordentlichen oder außerordentlichen Präsenzdienst — ausgenommen Zeiten einer Pflichtversicherung gemäß § 8 Abs. 1 Z 5 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes — oder auf Grund der Bestimmungen des Zivildienstgesetzes ordentlichen oder außerordentlichen Zivildienst geleistet hat;
 - d) sonst eine Wehr- oder Arbeitsdienstpflicht nach den jeweils in Geltung gestandenen Vorschriften erfüllt hat;
3. Zeiten, in denen der Versicherte aus politischen oder religiösen Gründen oder aus Gründen der Abstammung, auch wegen Auswanderung aus den angeführten Gründen, daran gehindert war, seine selbständige Erwerbstätigkeit im Sinne der Z 1 fortzusetzen;
4. Zeiten, in denen der Versicherte im Zeitraum vom 1. Jänner 1939 bis 9. Mai 1945 durch verwaltungsbehördliche Maßnahmen auf Grund der Anordnung über besondere Maßnahmen auf dem Gebiete des Gewerberechtes in Österreich, GBl. für das Land Österreich Nr. 387/1939, oder auf Grund des

Beitragszeiten

§ 115. (1) Als Beitragszeiten sind anzusehen:

1. und 2. unverändert.
3. Zeiten einer Weiterversicherung gemäß § 12, wenn die Beiträge innerhalb von zwölf Monaten nach Ablauf des Kalendermonates, für den sie gelten sollen, wirksam entrichtet worden sind;
4. unverändert.
- (2) bis (5) unverändert.

Ersatzzeiten

§ 116. (1) Als Ersatzzeiten gelten, soweit sie nicht als Beitragszeiten anzusehen sind:

1. unverändert.
2. Zeiten, in denen ein Versicherter, der am Stichtag (§ 113 Abs. 2) die österreichische Staatsbürgerschaft besitzt,
 - a) und b) unverändert.
 - c) sonst eine Wehr- oder Arbeitsdienstpflicht nach den jeweils in Geltung gestandenen Vorschriften erfüllt hat;
3. Zeiten, in denen der Versicherte auf Grund der Bestimmungen des Wehrgesetzes 1990 ordentlichen oder außerordentlichen Präsenzdienst — ausgenommen Zeiten der Pflichtversicherung gemäß § 8 Abs. 1 Z 5 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes — oder auf Grund der Bestimmungen des Zivildienstgesetzes ordentlichen oder außerordentlichen Zivildienst geleistet hat;
4. Zeiten, in denen der Versicherte aus politischen oder religiösen Gründen oder aus Gründen der Abstammung, auch wegen Auswanderung aus den angeführten Gründen, daran gehindert war, seine selbständige Erwerbstätigkeit im Sinne der Z 1 fortzusetzen;

GSVG — Geltende Fassung

Gesetzes über besondere Maßnahmen auf dem Gebiete des Gewerberechtes, BGBl. für das Land Österreich Nr. 774/1939, oder durch kriegswirtschaftliche verwaltungsbehördliche Einzelmaßnahmen daran gehindert war, seine selbständige Erwerbstätigkeit im Sinne der Z 1 fortzusetzen;

5. Zeiten, während derer der Versicherte Übergangsgeld gemäß § 164 dieses Bundesgesetzes, gemäß § 199 bzw. § 306 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes oder gemäß § 156 des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes bezogen hat;
6. die vor dem 1. Jänner 1973 gelegenen Zeiten einer unentgeltlichen beruflichen Ausbildung eines Beschädigten im Sinne des § 21 des Kriegsoferversorgungsgesetzes 1957 bzw. nach Maßgabe der jeweiligen Vorschriften über die Versorgung der Kriegsoferversorgung;
7. Zeiten der Anstaltspflege, die unmittelbar an den 9. Mai 1945 anschließen und die im ursächlichen Zusammenhang mit einer Gesundheitsschädigung infolge eines der in § 1 Abs. 1 lit. c oder Abs. 2 des Opferfürsorgegesetzes angeführten Gründe stehen, wenn der Versicherte einen bescheidmäßig zuerkannten Anspruch auf eine Beschädigtenrente nach dem Opferfürsorgegesetz auf Grund einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 70 vH hat. Unmittelbarkeit ist auch gegeben, wenn die Heimkehr aus einem Einsatz im Sinne des § 1 Abs. 1 des Opferfürsorgegesetzes oder aus Haft oder Anhaltung im Sinne des § 1 Abs. 2 erster Satz des Opferfürsorgegesetzes zwar später, jedoch innerhalb des im Abs. 2 bezeichneten Zeitraumes gelegen ist.

GSVG — Vorgeschlagene Fassung

5. Zeiten, in denen der Versicherte im Zeitraum vom 1. Jänner 1939 bis 9. Mai 1945 durch verwaltungsbehördliche Maßnahmen auf Grund der Anordnung über besondere Maßnahmen auf dem Gebiete des Gewerberechtes in Österreich, GBl. für das Land Österreich Nr. 387/1939, oder auf Grund des Gesetzes über besondere Maßnahmen auf dem Gebiete des Gewerberechtes, GBl. für das Land Österreich Nr. 774/1939, oder durch kriegswirtschaftliche verwaltungsbehördliche Einzelmaßnahmen daran gehindert war, seine selbständige Erwerbstätigkeit im Sinne der Z 1 fortzusetzen;
6. Zeiten, während derer der Versicherte Übergangsgeld gemäß § 164 dieses Bundesgesetzes, gemäß § 199 bzw. § 306 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes oder gemäß § 156 des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes bezogen hat;
7. die vor dem 1. Jänner 1973 gelegenen Zeiten einer unentgeltlichen beruflichen Ausbildung eines Beschädigten im Sinne des § 21 des Kriegsoferversorgungsgesetzes 1957 bzw. nach Maßgabe der jeweiligen Vorschriften über die Versorgung der Kriegsoferversorgung;
8. Zeiten der Anstaltspflege, die unmittelbar an den 9. Mai 1945 anschließen und die im ursächlichen Zusammenhang mit einer Gesundheitsschädigung infolge eines der in § 1 Abs. 1 lit. c oder Abs. 2 des Opferfürsorgegesetzes angeführten Gründe stehen, wenn der Versicherte einen bescheidmäßig zuerkannten Anspruch auf eine Beschädigtenrente nach dem Opferfürsorgegesetz auf Grund einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 70 vH hat. Unmittelbarkeit ist auch gegeben, wenn die Heimkehr aus einem Einsatz im Sinne des § 1 Abs. 1 des Opferfürsorgegesetzes oder aus Haft oder Anhaltung im Sinne des § 1 Abs. 2 erster Satz des Opferfürsorgegesetzes zwar später, jedoch innerhalb des im Abs. 2 bezeichneten Zeitraumes gelegen ist.

GSVG — Geltende Fassung

(2) Zur Kriegsgefangenschaft im Sinne des Abs. 1 Z 2 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.

(3) bis (8) unverändert.

(9) Für jeden Ersatzmonat nach Abs. 7, 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 gemäß § 45 Abs. 1 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes.

(10) unverändert.

Wartezeit

§ 120. (1) Der Anspruch auf jede der im § 112 Abs. 1 angeführten Leistungen ist, abgesehen von den im 2. Unterabschnitt festgesetzten besonderen Voraussetzungen, an die allgemeine Voraussetzung geknüpft, daß die Wartezeit durch Versicherungsmonate im Sinne des § 119 erfüllt ist.

(2) Die Wartezeit entfällt für eine Leistung aus dem Versicherungsfall der dauernden Erwerbsunfähigkeit oder aus dem Versicherungsfall des Todes,

- a) unverändert.
- b) wenn der Stichtag (§ 113 Abs. 2) vor dem vollendeten 27. Lebensjahr des Versicherten liegt und der Versicherte mindestens sechs Versicherungsmonate erworben hat, oder

c) unverändert.

(3) bis (5) unverändert.

GSVG — Vorgeschlagene Fassung

(2) Zur Kriegsgefangenschaft im Sinne des Abs. 1 Z 2 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 2 lit. a, b und c mit der Maßgabe anzuwenden, daß das Erfordernis der österreichischen Staatsbürgerschaft am Stichtag entfällt.

(3) bis (8) unverändert.

(9) Für jeden Ersatzmonat nach Abs. 7, 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 gemäß § 45 Abs. 1 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes.

(10) unverändert.

Wartezeit

§ 120. (1) Der Anspruch auf jede der im § 112 Abs. 1 angeführten Leistungen ist, abgesehen von den im 2. Unterabschnitt festgesetzten besonderen Voraussetzungen, an die allgemeine Voraussetzung geknüpft, daß die Wartezeit durch Versicherungsmonate, ausgenommen Zeiten einer Selbstversicherung gemäß § 16 a des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes, im Sinne des § 119 erfüllt ist.

(2) Die Wartezeit entfällt für eine Leistung aus dem Versicherungsfall der dauernden Erwerbsunfähigkeit oder aus dem Versicherungsfall des Todes,

- a) unverändert.
- b) wenn der Stichtag (§ 113 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 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes beruhen, erworben hat, oder
- c) unverändert.

(3) bis (5) unverändert.

GSVG — Geltende Fassung

(6) Die Wartezeit ist auch erfüllt, wenn bis zum Stichtag mindestens 180 Beitragsmonate erworben sind.

Bemessungsgrundlage

§ 122. (1) unverändert.

(2) Für die Ermittlung der Bemessungszeit kommen in Betracht:

1. bis 3. unverändert.
4. unverändert.

Bemessungszeitpunkt ist der Stichtag.

(3) unverändert.

(4) Bei der Anwendung der Abs. 2 und 3 bleiben außer Betracht

1. Beitragsmonate der Pflichtversicherung, deren Beitragsgrundlagen durch berufliche Maßnahmen der Rehabilitation (§ 161 dieses Bundesgesetzes sowie §§ 198 bzw. 303 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes und § 153 des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes) beeinflusst werden, wenn es für den Versicherten günstiger ist; das gleiche gilt für Beitragsmonate, die 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.

GSVG — Vorgeschlagene Fassung

(6) Die Wartezeit ist auch erfüllt, wenn bis zum Stichtag mindestens 180 Beitragsmonate, ausgenommen Zeiten einer Selbstversicherung nach § 16 a des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes, erworben sind.

Bemessungsgrundlage

§ 122. (1) unverändert.

(2) Für die Ermittlung der Bemessungszeit kommen in Betracht:

1. bis 3. unverändert.
4. unverändert.

Versicherungsmonate, die zwischen dem 1. Jänner 1947 und dem 31. Dezember 1950 liegen, bleiben unberücksichtigt, es sei denn, daß Versicherungsmonate nur in diesem Zeitraum vorliegen. Bemessungszeitpunkt ist der Stichtag.

(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 welcher berufliche Maßnahmen der Rehabilitation (§ 161 dieses Bundesgesetzes sowie §§ 198 bzw. 303 des Allgemeinen 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 enthalten, für die aus Anlaß der Aufnahme in das pensionsversicherungsfreie Dienstverhältnis vom Dienstgeber an den Dienstnehmer ein besonderer Pensionsbeitrag geleistet worden ist, sofern für diese Zeiten ein Überweisungsbetrag nach § 175 dieses Bundesgesetzes bzw. § 311 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes bzw. § 167 des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes geleistet worden ist.

GSVG — Geltende Fassung

Bemessungsgrundlage bei Vollendung des 50. Lebensjahres

§ 123. (1) unverändert.

(2) Die Bemessungsgrundlage bei Vollendung des 50. Lebensjahres ist unbeschadet Abs. 3 und 4 unter entsprechender Anwendung des § 122 Abs. 1 und 4 wie folgt zu ermitteln:

1. unverändert.
2. für die Ermittlung der Bemessungszeit kommen die letzten 120 Versicherungsmonate im Sinne des § 119 vor dem Bemessungszeitpunkt in Betracht;

3. unverändert.

(3) bis (5) unverändert.

Alterspension

§ 130. (1) bis (5) unverändert.

GSVG — Vorgeschlagene Fassung

Bemessungsgrundlage bei Vollendung des 50. Lebensjahres

§ 123. (1) unverändert.

(2) Die Bemessungsgrundlage bei Vollendung des 50. Lebensjahres ist unbeschadet Abs. 3 und 4 unter entsprechender Anwendung des § 122 Abs. 1 und 4 wie folgt zu ermitteln:

1. unverändert.
2. für die Ermittlung der Bemessungszeit kommen die letzten 120 Versicherungsmonate im Sinne des § 119 vor dem Bemessungszeitpunkt in Betracht; Versicherungsmonate, die zwischen dem 1. Jänner 1947 und dem 31. Dezember 1950 liegen, bleiben unberücksichtigt;
3. unverändert.

(3) bis (5) unverändert.

Alterspension

§ 130. (1) bis (5) unverändert.

(6) Die Voraussetzungen des Abs. 1 entfallen bei einem zur selbständigen Berufsausübung befugten Dentisten, wenn durch die Einstellung der die Pflichtversicherung gemäß § 3 Abs. 3 Z 2 begründenden Erwerbstätigkeit die zahnheilkundliche Versorgung am Ort und im Einzugsgebiet der Niederlassung nicht mehr sichergestellt wäre; dies gilt nicht für die Voraussetzung des Nichtvorliegens einer Pflichtversicherung in der Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz, soweit sie nicht auf der selbständigen Erwerbstätigkeit gemäß § 3 Abs. 3 Z 2 beruht, sowie auch nicht für die Voraussetzung des Nichtvorliegens der Pflichtversicherung in der Pensionsversicherung nach einem anderen Bundesgesetz.

(7) Die Erfüllung der in Abs. 6 genannten Voraussetzungen ist durch eine Bescheinigung nachzuweisen, die vom Bundesminister für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz nach Anhörung der Österreichischen Dentistenkammer und der für das in Betracht kommende Gebiet örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse und Ärztekammer auszustellen ist. Die Geltung derartiger Bescheinigungen ist zu widerrufen, wenn die Voraussetzungen für deren Ausstellung weggefallen sind. Vor dem Widerruf sind die Österreichische Dentistenkammer und die für das in Betracht kommende Gebiet örtlich zuständige Gebietskrankenkasse und Ärztekammer zu hören.

Vorzeitige Alterspension bei Arbeitslosigkeit

§ 131 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 (§ 120), der (die) Versicherte am Stichtag (§ 113 Abs. 2) nicht selbständig erwerbstätig ist, die weitere Voraussetzung des § 130 Abs. 2 erfüllt hat und innerhalb der letzten fünfzehn Monate vor dem Stichtag (§ 113 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.

Ausmaß der Alters(Erwerbsunfähigkeits)pension

§ 139. (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 an Stelle des sich nach Abs. 1 bis 4 ergebenden Hundertsatzes des Steigerungsbetrages der für die weggefallene Leistung maßgebende Hundertsatz des Steigerungsbetrages. 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 der weggefallenen Leistung nicht unterschreiten.

Vorzeitige Alterspension bei Arbeitslosigkeit

§ 131 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 (§ 120), der (die) Versicherte am Stichtag (§ 113 Abs. 2) nicht selbständig erwerbstätig ist, die weitere Voraussetzung des § 130 Abs. 2 erfüllt hat und innerhalb der letzten fünfzehn Monate vor dem Stichtag (§ 113 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.

Ausmaß der Alters(Erwerbsunfähigkeits)pension

§ 139. (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 an Stelle des sich nach Abs. 1 bis 4 ergebenden Hundertsatzes des Steigerungsbetrages der für die weggefallene Leistung maßgebende Hundertsatz des Steigerungsbetrages. 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 der weggefallenen Leistung nicht unterschreiten.

GSVG — Geltende Fassung

Richtsätze

- § 150. (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 (§ 128), dessen Nettoeinkommen den Richtsatz für einfach verwaiste Kinder bis zur Vollendung des 24. Lebensjahres nicht erreicht.

(2) An die Stelle der Richtsätze und der Richtsatzerhöhung nach Abs. 1 treten ab 1. Jänner eines jeden Jahres, erstmals ab 1. Jänner 1992, die unter Bedachtnahme auf § 51 mit dem Anpassungsfaktor (§ 47) vervielfachten Beträge.

(3) bis (5) unverändert.

Medizinische Maßnahmen

§ 160. (1) unverändert.

(2) Die Maßnahmen gemäß Abs. 1 werden vom Versicherungsträger als Mitteln der Pensionsversicherung gewährt, wenn und soweit der Versicherte nicht auf sie aus einer gesetzlichen Krankenversicherung Anspruch hat. Der Versicherungsträger kann die Gewährung der sonst von einem anderen Krankenversicherungsträger zu erbringenden Maßnahmen der im Abs. 1 bezeichneten Art jederzeit an sich ziehen. Er tritt hinsichtlich dieser Maßnahmen dem Versicherten gegenüber in alle Pflichten und Rechte des anderen Krankenversicherungsträgers ein, soweit die zu gewährenden Leistungen mit den medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation in Zusammenhang stehen. Der Versicherungsträger hat in diesen Fällen dem anderen Krankenversicherungsträ-

GSVG — Vorgeschlagene Fassung

Richtsätze

- § 150. (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 (§ 128), dessen Nettoeinkommen den Richtsatz für einfach verwaiste Kinder bis zur Vollendung des 24. Lebensjahres nicht erreicht.

(2) An die Stelle der Richtsätze und der Richtsatzerhöhung nach Abs. 1 treten ab 1. Jänner eines jeden Jahres, erstmals ab 1. Jänner 1993, die unter Bedachtnahme auf § 51 mit dem Anpassungsfaktor (§ 47) vervielfachten Beträge.

(3) bis (5) unverändert.

Medizinische Maßnahmen

§ 160. (1) unverändert.

(2) Die Maßnahmen nach Abs. 1 werden vom Versicherungsträger als Pensionsversicherungsträger gewährt, wenn und soweit sie nicht aus einer gesetzlichen Krankenversicherung gewährt werden. Der Versicherungsträger als Pensionsversicherungsträger kann die Gewährung der vom Versicherungsträger als Krankenversicherungsträger oder von einem anderen Krankenversicherungsträger nach Maßgabe des § 99 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 anderen Krankenversicherungsträgers ein, soweit die zu gewährenden Leistungen mit den medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation in Zusammenhang stehen. Der

GSVG — Geltende Fassung

ger anzuzeigen, daß er von einem bestimmten Tag an die Gewährung übernimmt; von diesem Zeitpunkt an hat der Versicherte gegen den anderen Krankenversicherungsträger keinen Anspruch auf die entsprechenden Leistungen der Krankenversicherung.

(3) unverändert.

Gesundheitsvorsorge des Versicherungsträgers

§ 169. (1) unverändert.

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

1. bis 3. unverändert.

4. Unterbringung in Krankenanstalten, die vorwiegend der Rehabilitation dienen.

5. Aufgehoben.

§ 100 Abs. 3 gilt entsprechend.

(3) und (4) unverändert.

Ersatzanspruch des Trägers der Sozialhilfe

§ 185. (1) und (2) unverändert.

(3) Wird ein Pensionsberechtigter auf Kosten eines Trägers der Sozialhilfe in einem Alters(Siechen)heim oder Fürsorgeerziehungsheim, einer Heil- und Pflegeanstalt für Nerven- und Geisteskranken, 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 Pension (einschließlich allfälliger Zulagen und Zuschläge) bis zur Höhe der Verpflegskosten, höchstens jedoch bis zu 80 vH, wenn der Pensionsberechtigte auf Grund einer gesetzlichen Verpflichtung für den Unterhalt eines Angehörigen zu sorgen hat, bis zu 50 vH dieses Anspruches auf

GSVG — Vorgeschlagene Fassung

Versicherungsträger hat in diesen Fällen dem anderen Krankenversicherungsträger anzuzeigen, daß er von einem bestimmten Tag an die Gewährung übernimmt; von diesem Zeitpunkt an hat der Versicherte gegen den anderen Krankenversicherungsträger keinen Anspruch auf die entsprechenden Leistungen der Krankenversicherung.

(3) unverändert.

Gesundheitsvorsorge des Versicherungsträgers

§ 169. (1) unverändert.

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

1. bis 3. unverändert.

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.

§ 100 Abs. 3 gilt entsprechend.

(3) und (4) unverändert.

Ersatzanspruch des Trägers der Sozialhilfe

§ 185. (1) und (2) unverändert.

(3) Wird ein Pensionsberechtigter auf Kosten eines Trägers der Sozialhilfe in einem Alters(Siechen)heim oder Fürsorgeerziehungsheim, einer Heil- und Pflegeanstalt für Nerven- und Geisteskranken, 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 Pension (einschließlich allfälliger Zulagen und Zuschläge) bis zur Höhe der Verpflegskosten, höchstens jedoch bis zu 80 vH, wenn der Pensionsberechtigte auf Grund einer gesetzlichen Verpflichtung für den Unterhalt eines Angehörigen zu sorgen hat, bis zu 50 vH dieses Anspruches auf

GSVG — Geltende Fassung

den Träger der Sozialhilfe über; das gleiche gilt in Fällen, in denen ein Pensionsberechtigter 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 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 Pflegegebühren durch den vom Anspruchsübergang erfaßten Betrag noch nicht gedeckt sind, geht auch ein allfälliger Anspruch auf Hilflösenzuschuß höchstens bis zu 80 vH auf den Träger der Sozialhilfe über. Die dem Pensionsberechtigten für seine Angehörigen zu belassenden Beträge können vom Versicherungsträger unmittelbar an die Angehörigen ausgezahlt werden.

(4) unverändert.

Beziehungen zu den Vertragspartnern

§ 193. Hinsichtlich der Beziehungen des Versicherungsträgers zu den Ärzten, Dentisten, Hebammen, Apothekern, Krankenanstalten und anderen Vertragspartnern gelten die Bestimmungen des Sechsten Teiles des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes mit der Maßgabe, daß

1. bis 6. unverändert.

Ablehnung des Amtes

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

GSVG — Vorgeschlagene Fassung

den Träger der Sozialhilfe über; das gleiche gilt in Fällen, in denen ein Pensionsberechtigter 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 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 Pflegegebühren durch den vom Anspruchsübergang erfaßten Betrag noch nicht gedeckt sind, geht auch ein allfälliger Anspruch auf Hilflösenzuschuß 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 zuzüglich seines sonstigen Nettoeinkommens (§ 149 Abs. 3) den jeweils geltenden Richtsatz gemäß § 150 Abs. 1 lit. a sublit. bb nicht erreicht. Die dem Pensionsberechtigten für seine Angehörigen zu belassenden Beträge können vom Versicherungsträger unmittelbar an die Angehörigen ausgezahlt werden.

(4) unverändert.

Beziehungen zu den Vertragspartnern

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

1. bis 6. unverändert.

Ablehnung des Amtes und Recht zur Amtsausübung

§ 199. (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 (§ 198) den Versicherungsträger nachweislich in Kenntnis zu setzen und ist unbeschadet des § 202 zweiter Satz ab dem Zeitpunkt des Einlangens dieser Mitteilung beim Versicherungsträger zur Ausübung seines Amtes ab dem Zeitpunkt, ab dem er bestellt ist, berechtigt.

Haftung der Versicherungsvertreter

§ 201. Die Mitglieder der Verwaltungskörper haften unbeschadet der Bestimmungen des Amtshaftungsgesetzes für jeden Schaden, der dem Versicherungsträger aus der Vernachlässigung ihrer Pflichten erwächst. Der Versicherungsträger kann auf Ansprüche aus der Haftung nur mit Genehmigung des Bundesministers für Arbeit und Soziales als Aufsichtsbehörde verzichten. Macht der Versicherungsträger trotz mangelnder Genehmigung die Haftung nicht geltend, so kann der Bundesminister für Arbeit und Soziales als Aufsichtsbehörde die Haftung an Stelle und auf Kosten des Versicherungsträgers geltend machen.

Vorsitz in den Verwaltungskörpern

§ 204. (1) bis (4) unverändert.

(5) Scheidet der Vorsitzende (Stellvertreter des Vorsitzenden) eines Verwaltungskörpers infolge einer Enthebung von seinem Amt als Versicherungsvertreter (§ 200) 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 Pensionsausschuß und im Rehabilitationsausschuß hat abwechselnd einer der beiden Vertreter der Versicherten zu führen.

Pflichten und Haftung der Versicherungsvertreter

§ 201. Die Mitglieder der Verwaltungskörper des Versicherungsträgers haben bei der Ausübung ihres Amtes die Gesetze der Republik Österreich, die Satzungen des Versicherungsträgers 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. Der Versicherungsträger kann auf Ansprüche aus der Haftung nur mit Genehmigung des Bundesministers für Arbeit und Soziales als Aufsichtsbehörde verzichten. Macht der Versicherungsträger trotz mangelnder Genehmigung die Haftung nicht geltend, so kann der Bundesminister für Arbeit und Soziales als Aufsichtsbehörde die Haftung an Stelle und auf Kosten des Versicherungsträgers geltend machen.

Vorsitz in den Verwaltungskörpern

§ 204. (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 (§ 200) 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 Pensionsausschuß und im Rehabilitationsausschuß hat abwechselnd einer der beiden Vertreter der Versicherten zu führen.

GSVG — Geltende Fassung

Angelobung der Versicherungsvertreter

§ 205. (1) Der Obmann und seine Stellvertreter sind vom Bundesminister für Arbeit und Soziales bei Antritt ihres Amtes in Eid und Pflicht zu nehmen. Das gleiche gilt für die Vorsitzenden des Überwachungsausschusses und der Landesstellenausschüsse sowie für ihre Stellvertreter.

(2) Die übrigen Versicherungsvertreter hat der Obmann bzw. der vorläufige Verwalter 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

§ 218 a. Jede Beteiligung des Versicherungsträgers an fremden Einrichtungen gemäß § 15 Abs. 2 ist nur mit Genehmigung des Bundesministers für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen zulässig.

Vorläufiger Verwalter

§ 223. (1) Der Bundesminister für Arbeit und Soziales als 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 aus Vertretern der Versicherten bestehen soll und dessen Aufgaben und Befugnisse vom Bundesminister für Arbeit und Soziales bestimmt werden; die Vorschriften der §§ 197 Abs. 2 bis 7 und 205 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 § 198 zu treffen. Ihm obliegt die erstmalige Einberufung der Verwaltungskörper.

(2) und (3) unverändert.

GSVG — Vorgeschlagene Fassung

Angelobung der Versicherungsvertreter

§ 205. Der Obmann, 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 § 201 hinzuweisen.

Genehmigung der Beteiligung an fremden Einrichtungen

§ 218 a. Beschlüsse der Verwaltungskörper über eine Beteiligung an fremden Einrichtungen gemäß § 15 Abs. 2 bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Genehmigung durch den Bundesminister für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen.

Vorläufiger Verwalter

§ 223. (1) Der Bundesminister für Arbeit und Soziales als 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 aus Vertretern der Versicherten bestehen soll und dessen Aufgaben und Befugnisse vom Bundesminister für Arbeit und Soziales bestimmt werden; die Vorschriften der §§ 197 Abs. 2 bis 7 und 205 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 § 198 zu treffen. Ihm obliegt die erstmalige Einberufung der Verwaltungskörper.

(2) und (3) unverändert.

Mitwirkung der Abgabenbehörden des Bundes

§ 229 a. (1) Die Abgabenbehörden des Bundes haben dem Versicherungsträger 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 (Familiennamen 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 Umfanges 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.

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

Wirksamkeitsbeginn

§ 254. (1) und (2) unverändert.

Vollziehung des Bundesgesetzes

§ 254. Mit der Vollziehung dieses Bundesgesetzes ist betraut:

- a) und b) unverändert.
- c) hinsichtlich der §§ 34, 34 a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. .../1991, 156 Abs. 4, 217 Abs. 3 zweiter Satz, 218 Abs. 3, 218 a in der Fassung des Bundesgesetzes, BGBl. Nr. .../1991, 219 Abs. 1, 220 Abs. 2 und 3 jeweils letzter Satz, 229, 229 a in der Fassung des Bundesgesetzes, BGBl. Nr. .../1991, und 237 der Bundesminister für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen;
- d) bis i) unverändert.

GSVG — Geltende Fassung

Vollziehung des Bundesgesetzes

§ 255. Mit der Vollziehung dieses Bundesgesetzes ist betraut:

- a) und b) unverändert.
- c) hinsichtlich der Bestimmungen der §§ 34, 156 Abs. 4, 217 Abs. 3 zweiter Satz, 218 Abs. 3, 219 Abs. 1, 220 Abs. 2 und 3 jeweils letzter Satz, 229 und 237 der Bundesminister für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen;
- d) bis i) unverändert.

GSVG — Vorgeschlagene Fassung

Wirksamkeitsbeginn

§ 255. (1) und (2) unverändert.

§ 256. (1) Die §§ 3 Abs. 3 Z 1, 12 Abs. 1 lit. b, Abs. 4 und 5, 20 Abs. 1 und 2, 21 Abs. 1, 25 Abs. 2, 7 und 8, 26 a Abs. 1, 27 Abs. 1 Z 1, 27 a, 29 Abs. 3, 30 Abs. 4, 33 Abs. 6, 34 a, 40 Abs. 1, 41 Abs. 1, 48 Abs. 2, 49 a, 61 a Abs. 1, 78 Abs. 1, 2, 3 und 4, 79 Abs. 1 Z 1 und 2, 83 Abs. 9, 86 Abs. 5 lit. a, 90 Abs. 1 lit. b und d, 91 Abs. 1, 93 Abs. 6, 94 Abs. 2, 95 Abs. 1 und 3, 96 Abs. 2, 99, 99 a, 99 b, 100 Abs. 1 und 2, 101 Abs. 1 Z 4, 115 Abs. 1 Z 3, 116 Abs. 1 Z 3 und Abs. 9, 120 Abs. 1, 2 lit. b und Abs. 6, 122 Abs. 2 und Abs. 4 Z 1, 123 Abs. 2 Z 2, 130 Abs. 6 und 7, 131 a Abs. 1 Z 4, 139 Abs. 5, 150 Abs. 1, 160 Abs. 2, 169 Abs. 2 Z 5, 185 Abs. 3, 193, 199, 201, 204 Abs. 5, 205, 218 a, 223 Abs. 1, 229 a und 253 a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. .../1991, treten mit 1. Jänner 1992 in Kraft.

(2) Personen, die nach den am 31. Dezember 1991 in Geltung gestandenen Vorschriften des § 12 Abs. 1 lit. b zur Weiterversicherung in der Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz berechtigt waren, es aber nach den Bestimmungen des § 12 Abs. 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) Personen, die gemäß § 115 Abs. 1 Z 3 in der am 31. Dezember 1991 in Geltung gestandenen Fassung Beiträge wirksam entrichten konnten, es aber nach den Bestimmungen des § 115 Abs. 1 Z 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. .../1991 nicht mehr können, können diese Beiträge bis 31. Dezember 1992 wirksam entrichten.

(4) § 122 Abs. 4 Z 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. .../1991, tritt mit 1. Jänner 1988 in Kraft.

(5) § 116 Abs. 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. .../1991 tritt mit 3. September 1990 in Kraft.

GSVG — Geltende Fassung

GSVG — Vorgeschlagene Fassung

(6) § 116 Abs. 2 letzter Satz in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. .../1919 ist auf Versicherungsfälle anzuwenden, in denen der Stichtag nach dem 2. September 1990 liegt.

(7) § 131 a Abs. 1 Z 4 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. .../1991 ist nur auf Versicherungsfälle anzuwenden, in denen der Stichtag nach dem 31. Dezember 1991 liegt.