

## 286 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XVIII. GP

Nachdruck vom 29. 11. 1991

# Regierungsvorlage

**Bundesgesetz, mit dem das Bauern-Sozialversicherungsgesetz und das Betriebshilfegesetz geändert werden (16. Novelle zum BSVG und 5. Novelle zum BHG)**

Der Nationalrat hat beschlossen:

### Artikel I

Das Bauern-Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 559/1978, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. Nr. 234/1991, wird wie folgt geändert:

1. Im § 2 Abs. 1 wird der Strichpunkt am Ende der Z 1 durch einen Punkt ersetzt.
2. Dem § 2 Abs. 1 Z 1 werden folgende Sätze angefügt:
 

„Dabei wird vermutet, daß Grundstücke, die als forstwirtschaftliches Vermögen nach dem Bewertungsgesetz 1955, BGBl. Nr. 148, bewertet sind oder Teil einer als solches bewerteten wirtschaftlichen Einheit sind, in der einem forstwirtschaftlichen Betrieb entsprechenden Weise auf Rechnung und Gefahr der dazu im eigenen Namen Berechtigten bewirtschaftet werden. Der Gegenbeweis ist für Zeiten, die länger als einen Monat von der Meldung (§ 16) des der Vermutung widersprechenden Sachverhaltes zurückliegen, unzulässig;“
3. Im § 3 Abs. 2 wird der Punkt am Ende der lit. c durch einen Strichpunkt ersetzt.
4. Dem § 3 Abs. 2 wird nach der lit. c folgende lit. d angefügt:
 

„d) im Falle der gesetzlichen Vermutung gemäß § 2 Abs. 1 Z 1 der anteilmäßige Ertragswert der Waldfläche.“
5. § 9 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,“
6. § 9 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“
7. Im § 9 Abs. 5 wird der Ausdruck „120 Versicherungsmonate“ durch den Ausdruck „60 Versicherungsmonate — ausgenommen Zeiten der Selbstversicherung gemäß § 16 a des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes —“ ersetzt.
8. Die Überschrift zu § 18 lautet:
 

„Meldungen der Zahlungsempfänger (Leistungswerber)“
9. Im § 18 Abs. 1 (neu) zweiter Satz entfällt der Ausdruck „bzw. während des Ruhens des Pensionsanspruches“.
10. Der bisherige Inhalt des § 18 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.“
11. Im § 19 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.
12. Im § 23 Abs. 3 wird der Punkt am Ende der lit. f durch einen Strichpunkt ersetzt.
13. Dem § 23 Abs. 3 wird nach der lit. f folgende lit. g angefügt:
 

„g) im Falle der gesetzlichen Vermutung gemäß § 2 Abs. 1 Z 1 der anteilmäßige Ertragswert der Waldfläche.“
14. Im § 24 Abs. 1 wird der Ausdruck „4,8 vH“ durch den Ausdruck „5,1 vH“ ersetzt.

14 a. Nach § 24 wird folgender § 24 a eingefügt:

**„Zusatzbeitrag in der Krankenversicherung**

§ 24 a. (1) Die in der Krankenversicherung Pflichtversicherten haben für die Dauer der Beitragspflicht (§ 32) einen Zusatzbeitrag in der Krankenversicherung im Ausmaß von 0,5 vH der Beitragsgrundlage zu leisten. § 24 Abs. 3 gilt entsprechend.

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

14 b. § 27 Abs. 4 lautet:

„(4) Die Weiterversicherten haben einen Beitrag (Zusatzbeitrag) zu entrichten, der mit dem für Pflichtversicherte geltenden Beitragssatz (Zusatzbeitragssatz) zu bemessen ist. Die §§ 24 und 24 a sind entsprechend anzuwenden.“

15. Im § 28 Abs. 5 wird der Ausdruck „24 vH“ durch den Ausdruck „22,8 vH“ ersetzt.

17. Nach § 31 wird folgender § 31 a eingefügt:

„§ 31 a. Abweichend von § 31 Abs. 3 leistet der Bund für das Geschäftsjahr 1992 einen Beitrag, der sich aus dem nach § 31 Abs. 3 zu ermittelnden Betrag vermindert um 100 Millionen Schilling ergibt.“

18. § 39 Abs. 1 erster Satz lautet:

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

19. § 40 Abs. 1 zweiter Satz lautet:

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

20. Nach § 45 wird folgender § 45 a eingefügt:

„§ 45 a. Die Aufwertungszahl (§ 45) beträgt für das Kalenderjahr 1992 1,055.“

21. Im § 57 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“.

22. Im § 57 a Abs. 1 zweiter Satz entfallen die Worte „des Ruhens (§ 143 Abs. 1 Z 2 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes)“.

23. § 74 Abs. 1 Z 1 lautet:

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

24. § 74 Abs. 1 Z 4 lautet:

„4. für medizinische Maßnahmen der Rehabilitation;“

25. Dem § 74 Abs. 1 wird folgende Z 5 angefügt:  
„5. für die Gesundheitsförderung.“

26. § 74 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.“

27. § 74 Abs. 3 und 4 lauten:

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

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

28. § 74 Abs. 4 (alt) erhält die Bezeichnung 5.

29. § 75 Z 1 und 2 lauten:

„1. Zur Früherkennung von Krankheiten: Jugendlichenuntersuchungen und Vorsorge(Gesunden)untersuchungen (§§ 81 und 82);

2. aus dem Versicherungsfall der Krankheit: Krankenbehandlung (§§ 83 bis 87), erforderlichenfalls medizinische Hauskrankenpflege (§ 94) oder Anstaltspflege (§§ 89 bis 93);“

30. Dem § 78 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.“

31. § 80 Abs. 3 lit. a lautet:

„a) bei Leistungen gemäß den §§ 81, 82, 82 a, 96 a, 97 und 101;“

32. § 85 Abs. 1 dritter Satz lautet:

„Im Rahmen der Krankenbehandlung (§ 83 Abs. 2) ist der ärztlichen Hilfe gleichgestellt:

1. eine auf Grund ärztlicher Verschreibung erforderliche

a) physiotherapeutische,

b) logopädisch-phoniatriisch-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.“

33. Die Überschrift des § 89 lautet:

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

34. Im § 89 Abs. 1 wird nach dem zweiten Satz folgender Satz eingefügt:

„Wenn und solange es die Art der Krankheit zuläßt, ist anstelle von Anstaltspflege medizinische Hauskrankenpflege zu gewähren (§ 94).“

35. § 89 Abs. 1 letzter Satz lautet:

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

36. § 89 Abs. 3 lautet:

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

37. (Grundsatzbestimmung) § 91 Z 4 lautet:

„4. Der Rechtsträger der öffentlichen Krankenanstalt hat gegenüber dem eingewiesenen Erkrankten und den für ihn unterhaltspflichtigen Personen soweit nach Z 2 nichts anderes bestimmt ist, keinen Anspruch auf Pflegegebührenersätze für die Dauer der vom Versicherungsträger gewährten Anstaltspflege.“

38. § 94 lautet:

**„Medizinische Hauskrankenpflege**

§ 94. (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 ein Kostenzuschuß gemäß § 88 bzw. § 239.

(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 § 89 Abs. 4 bezeichneten Einrichtungen untergebracht ist.“

39. § 96 Abs. 1 erster Satz lautet:

„Bei Verstümmelungen, Verunstaltungen und körperlichen Gebrechen, welche die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit oder die Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, wesentlich beeinträchtigen, kann die Satzung Zuschüsse für die Anschaffung der notwendigen Hilfsmittel sowie für deren Instandsetzung vorsehen, soweit nicht ein Anspruch aus der gesetzlichen Unfallversicherung, eine Leistungsverpflichtung im Rahmen der medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation oder ein gleichartiger Anspruch nach dem Kriegsoferversorgungsgesetz 1957, nach dem Heeresversorgungsgesetz, nach dem Opferfürsor-

gegesetzt, nach dem Bundesgesetz über die Gewährung von Hilfeleistungen an Opfer von Verbrechen, nach dem Impfschadengesetz oder nach dem Strafvollzugsgesetz besteht.“

40. Nach § 96 werden folgende §§ 96 a und 96 b eingefügt:

**„Medizinische Maßnahmen der Rehabilitation in der Krankenversicherung**

§ 96 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 § 83 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 beim Versicherungsträger als Unfallversicherungsträger oder einem anderen Unfallversicherungsträger zu beantragen, die den Antrag unverzüglich an den Versicherungsträger als Krankenversicherungsträger oder einen anderen zuständigen Krankenversicherungsträger weiterzuleiten haben, soweit sie diese Maßnahmen nicht selbst gemäß den §§ 152 Abs. 2, 161 Abs. 2 Z 4 oder gemäß § 189 Abs. 2 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes gewähren bzw. zu gewähren haben oder ihre Gewährung gemäß § 152 Abs. 2 oder gemäß § 191 Abs. 2 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes an sich ziehen.

(4) Der Versicherungsträger als Träger der Krankenversicherung 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 § 160 zu koordinieren und aufeinander abzustimmen.

(6) Die Gewährung von Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit bzw. von Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge (§§ 100 und 161) zählt nicht zu den Aufgaben der medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation.

**Gesundheitsförderung**

§ 96 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.“

41. § 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:

## 286 der Beilagen

5

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 und Haushaltshelferinnen.“
42. § 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.“
43. § 106 Abs. 1 Z 3 lautet:
- „3. Zeiten einer Weiterversicherung gemäß § 9, wenn die Beiträge innerhalb von zwölf Monaten nach Ablauf des Kalendermonates, für den sie gelten sollen, wirksam (§ 109) entrichtet worden sind;“
44. § 107 Abs. 1 Z 2 lit. c entfällt; lit. d erhält die Bezeichnung c.
45. § 107 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;“
46. § 107 Abs. 1 Z 3 bis 6 (alt) erhalten die Bezeichnung 4 bis 7.
47. Dem § 107 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.“
48. Im § 107 Abs. 9 erster Satz wird der Ausdruck „20,5 vH“ durch den Ausdruck „22,8 vH“ ersetzt.
49. § 111 Abs. 1 lautet:
- „(1) Der Anspruch auf jede der im § 103 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 § 110 erfüllt ist.“
50. § 111 Abs. 2 lit. b lautet:
- „b) wenn der Stichtag (§ 104 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“
51. § 111 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.“
52. Im § 113 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.“
53. § 113 Abs. 5 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 (§ 153 dieses Bundesgesetzes sowie §§ 198 bzw. 303 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes und § 161 des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes) gewährt wurden bzw. Zeiten einer Beschäftigung enthalten, zu deren Ausübung ihn diese Maßnahmen befähigt haben;“
54. Im § 113 Abs. 5 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 Dienstverhältnis vom Dienstnehmer an den Dienstgeber ein besonderer Pensionsbeitrag geleistet worden ist, sofern für diese Zeiten ein Überweisungsbetrag nach § 167 dieses Bundesgesetzes bzw. § 311 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes bzw. § 175 des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes geleistet worden ist.“
55. § 114 Abs. 2 Z 2 lautet:
- „2. für die Ermittlung der Bemessungszeit kom-

men die letzten 120 Versicherungsmonate im Sinne des § 110 vor dem Bemessungszeitpunkt in Betracht; Versicherungsmonate, die zwischen dem 1. Jänner 1947 und dem 31. Dezember 1950 liegen, bleiben unberücksichtigt;“

56. § 122 a Abs. 1 Z 4 lautet:

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

57. § 130 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.“

58. § 141 Abs. 1 lautet:

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

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

Der Richtsatz nach lit. a erhöht sich um 693 S für jedes Kind (§ 119), dessen Nettoeinkommen den Richtsatz für einfach verwaiste Kinder bis zur Vollendung des 24. Lebensjahres nicht erreicht.“

59. Im § 141 Abs. 2 wird der Ausdruck „1. Jänner 1992“ durch den Ausdruck „1. Jänner 1993“ ersetzt.

60. § 152 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 § 96 a zu erbringenden medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation jederzeit an sich ziehen.“

61. Im § 161 Abs. 2 wird der Punkt am Ende der Z 4 durch einen Strichpunkt ersetzt.

62. Dem § 161 Abs. 2 wird nach der Z 4 folgende Z 5 angefügt:

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

63. Im § 173 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 (§ 140 Abs. 3) den jeweils geltenden Richtsatz gemäß § 141 Abs. 1 lit. a sublit. bb nicht erreicht.“

64. § 181 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“

65. § 187 lautet:

#### „Ablehnung des Amtes und Recht zur Amtsausübung

§ 187. (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 (§ 186) den Versicherungsträger nachweislich in Kenntnis zu setzen und ist unbeschadet des § 190 zweiter Satz ab dem Zeitpunkt des Einlangens dieser Mitteilung beim Versicherungsträger zur Ausübung seines Amtes ab dem Zeitpunkt, ab dem er bestellt ist, berechtigt.“

66. Die Überschrift zu § 189 lautet:

#### „Pflichten und Haftung der Versicherungsvertreter“

67. Im § 189 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.“

68. § 192 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.“

69. § 192 Abs. 5 (alt) erhält die Bezeichnung 6.

70. § 193 lautet:

#### „Angelobung der Versicherungsvertreter

§ 193. 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 § 189 hinzuweisen.“

71. § 206 a lautet:

#### „Genehmigung der Beteiligung an fremden Einrichtungen

§ 206 a. Beschlüsse der Verwaltungskörper über eine Beteiligung an fremden Einrichtungen gemäß § 13 Abs. 2 bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Genehmigung durch den Bundesminister für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen.“

72. Im § 211 Abs. 1 zweiter Satz zweiter Halbsatz wird der Ausdruck „193 Abs. 2“ durch den Ausdruck „193“ ersetzt.

73. Im § 217 Abs. 2 wird der Punkt am Ende der Z 5 durch einen Strichpunkt ersetzt. Folgende Z 6 wird angefügt:

„6. Berechnungsgrundlagen bei Gesamtflächenänderungen, die gemäß § 21 Abs. 1 Z 1 lit. a des Bewertungsgesetzes zu keiner Wertfortschreibung führen.“

74. Nach § 240 wird folgender § 240 a eingefügt:

„§ 240 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.“

75. Der bisherige Inhalt des § 241 samt Überschrift erhält die Bezeichnung § 242.

76. Der bisherige Inhalt des § 242 samt Überschrift erhält die Bezeichnung § 241.

77. Der Inhalt des § 241 (neu) erhält die Bezeichnung Abs. 1.

78. § 241 Abs. 1 (neu) lit. b lautet:

„b) hinsichtlich der §§ 30, 31, 31 a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. .../1991, 147 Abs. 4, 205 Abs. 3 zweiter Satz, 206 Abs. 2, 206 a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. .../1991, 207 Abs. 1, 208 Abs. 2 und 3 jeweils letzter Satz, 217 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. .../1991 und 224 der Bundesminister für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen.“

79. Dem § 241 Abs. 1 (neu) wird folgender Abs. 2 angefügt:

„(2) Mit der Vollziehung des § 91 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. .../1991, die gemäß Art. 12 Abs. 1 Z 1 des Bundes-Verfassungsgesetzes in die Kompetenz der Länder fällt, ist die zuständige Landesregierung betraut; mit der Wahrnehmung der Rechte des Bundes gemäß Art. 15 Abs. 8 des Bundes-Verfassungsgesetzes der Bundesminister für Arbeit und Soziales.“

80. Nach § 242 (neu) wird folgender § 243 angefügt:

„§ 243. (1) Die §§ 2 Abs. 1 Z 1, 3 Abs. 2 lit. d, 9 Abs. 1 lit. b, Abs. 4 und Abs. 5, 18 Abs. 1 und 2, 19 Abs. 1, 23 Abs. 3 lit. g, 24 Abs. 1, 24 a, 27 Abs. 4, 28 Abs. 5, 31 a, 39 Abs. 1, 40 Abs. 1, 45 a, 57 a Abs. 1, 74 Abs. 1, 2, 3 und 4, 75 Z 1 und 2, 78 Abs. 9, 80 Abs. 3 lit. a, 85 Abs. 1, 89 Abs. 1 und 3, 94, 96 Abs. 1, 96 a, 96 b, 100 Abs. 1 und 2, 101 Abs. 1 Z 4, 106 Abs. 1 Z 3, 107 Abs. 1 Z 3 und Abs. 9, 111 Abs. 1, 2 lit. b und Abs. 6, 113 Abs. 2 und Abs. 5 Z 1, 114 Abs. 2 Z 2, 122 a Abs. 1 Z 4, 130 Abs. 5, 141 Abs. 1 und 2, 152 Abs. 2, 161 Abs. 2 Z 5, 173 Abs. 3, 181, 187, 189, 192 Abs. 5, 193, 206 a, 211 Abs. 1, 217 Abs. 2 Z 6 und 240 a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. .../1991 treten am 1. Jänner 1992 in Kraft.

(2) Personen, die nach den am 31. Dezember 1991 in Geltung gestandenen Vorschriften des § 9 Abs. 1 lit. b zur Weiterversicherung in der Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz berechtigt waren, es aber nach den Bestimmungen des § 9 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 § 106 Abs. 1 Z 3 in der am 31. Dezember 1991 in Geltung gestandenen Fassung Beiträge wirksam entrichten konnten, es aber nach den Bestimmungen des § 106 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) § 113 Abs. 5 Z 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. .../1991 tritt am 1. Jänner 1988 in Kraft.

(5) § 91 Z 4 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. .../1991 tritt am 1. Jänner 1990 in Kraft.

(6) § 107 Abs. 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. .../1991 tritt am 3. September 1990 in Kraft.

(7) § 107 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.

(8) § 122 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

### Änderung des Betriebshilfegesetzes (5. Novelle zum BHG)

Das Betriebshilfegesetz, BGBl. Nr. 359/1982, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. Nr. 234/1991, wird wie folgt geändert:

1. Art. I § 3 Abs. 3 und 4 lauten:

„(3) Wird die Leistung nach Abs. 1 nicht im Wege der Beistellung einer Arbeitskraft durch den Versicherungsträger erbracht, so gebührt anstelle dieser Leistung ein tägliches Wochengeld, solange während des im Abs. 1 genannten Zeitraumes eine geeignete betriebsfremde, soweit eine solche nicht zur Verfügung steht, eine nicht betriebsfremde Hilfe ständig zur Entlastung der Wöchnerin eingesetzt worden ist. Als ständig gilt nur eine Tätigkeit, die

a) an mindestens vier Tagen oder im Ausmaß von 20 Stunden in einer Woche oder

b) bezogen auf den Zeitraum vor bzw. nach der Entbindung (Abs. 1), jeweils im Durchschnitt an vier Tagen oder im Ausmaß von 20 Stunden in einer Woche

von der Hilfe zur Entlastung der Wöchnerin verrichtet wird. Das Ausmaß des täglichen Einsatzes ist unter Anführung des Namens und der Anschrift der Hilfe in geeigneter Weise glaubhaft zu machen.

(4) Die Voraussetzung des Abs. 3 entfällt, wenn

1. infolge der örtlichen Lage des Betriebes eine Hilfe oder Nachbarschaftshilfe nicht herangezogen werden kann, oder

2. wegen der Art der der Wöchnerin zustehenden Berechtigung zur Ausübung der die Pflichtversicherung begründenden selbständigen Erwerbstätigkeit der Einsatz einer Hilfe zur Entlastung der Wöchnerin nicht zulässig ist.“

2. Der bisherige Inhalt des Art. VI erhält die Bezeichnung Abs. 1.

3. Dem Art. VI Abs. 1 (neu) wird folgender Abs. 2 angefügt:

„(2) Art. I § 3 Abs. 3 und 4 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. .../1991 treten am 1. Jänner 1992 in Kraft.“

## Artikel III

### Übergangsbestimmung

Die Vermutung des § 2 Abs. 1 Z 1 zweiter Satz des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes in der Fassung des Art. I Z 2 gilt nicht, wenn der der Vermutung widersprechende Sachverhalt bereits vor dem 1. Jänner 1992 gemeldet wurde.



**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:**

Die vorgesehene Anhebung der Beitragssätze zur Krankenversicherung der Bauern führt gemäß § 31 Abs.1 BSVG zu einem um rund 30 Millionen Schilling höheren Beitrag des Bundes zur Krankenversicherung der Bauern. Im Rahmen von budgetbegleitenden Maßnahmen ist eine Reduzierung des Beitrages des Bundes zur Pensionsversicherung im Bereich des BSVG um 100 Millionen Schilling vorgesehen.

**E. Konformität mit EG-Recht gegeben.**

## Erläuterungen

Den Schwerpunkt der Änderungen des Entwurfes einer 16. Novelle zum Bauern-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 Zukunft 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 Bauern-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 vorgesehen. Nicht berück-

sichtigt werden konnte eine Neuregelung der Krankenanstaltenfinanzierung, da bis zur Erstellung dieser Vorlage keine Einigung darüber zwischen Bund, Ländern und Gemeinden erzielt wurde. Die Auswirkungen einer solchen Einigung werden daher in eine eigene Novelle aufzunehmen sein.

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

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

Zu den einzelnen Bestimmungen ist folgendes zu bemerken:

**Zu Art. I Z 1, 2, 3, 4, 12 und 13 (§§ 2 Abs. 1 Z 1, 3 Abs. 2 lit. d, 23 Abs. 3 lit. g) und Art. III:**

Der Verwaltungsgerichtshof geht in seiner Rechtsprechung (VwGH vom 26. März 1982, 81/08/0175, ua.) zur Frage, aus welchen Umständen auf das Bestehen eines forstwirtschaftlichen Betriebes geschlossen werden kann, davon aus, daß nach § 6 Abs. 2 Forstgesetz 1975, BGBl. Nr. 440, neben der forstwirtschaftlichen Nutzwirkung — das ist insbesondere die wirtschaftlich nachhaltige Hervorbringung des Rohstoffes Holz — auch die Schutz-, die Wohlfahrts- und die Erholungswirkungen eines Waldes sein können. Da der Gegenstand eines forstwirtschaftlichen Betriebes im Sinne des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes die forstwirtschaftliche Nutzung ist, sei daher zunächst zu prüfen, auf welche Wirkung des Waldes der Waldbesitzer abzielt. Dazu komme, daß es sich bei einem land(forst)wirtschaftlichen Betrieb im Sinne des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes um eine „grundsätzlich dem selbständigen Erwerb dienende, nachhaltig betriebene Betätigung, eine organisierte Erwerbsgelegenheit,“ handeln muß, wobei es in besonderem Maße auch auf das „äußere Erscheinungsbild der mit Hilfe von technischen oder immateriellen Mitteln erfolgenden nachhaltigen Tätigkeiten zum Zwecke der Erzielung bestimmter Arbeitsergebnisse der land(forst)wirtschaftlichen Produktion“ ankomme. Für die Frage, ob ein forstwirtschaftlicher Betrieb besteht, sei daher entscheidend, „ob der Waldbesitzer bereits Handlungen gesetzt hat, die sich als eine forstwirtschaftliche Nutzung seines Waldes darstellen oder zumindest eine Prognoseentscheidung rechtfertigen, daß er aus Erträgen seines Waldes künftig wirtschaftlichen Nutzen ziehen werde“.

Das Beseitigen von Holz, das durch Windwurf, Schneebruch oder auf ähnliche Weise angefallen ist, und Maßnahmen, mit denen nur den forstrechtlichen Verpflichtungen nachgekommen wird, sind

nach der ständigen Rechtsprechung des Verwaltungsgerichtshofes keine Bewirtschaftungshandlungen, die den Schluß auf eine forstwirtschaftliche Nutzung zulassen. Während des Wuchses geht die Bewirtschaftung des Waldes zur Erzielung der forstwirtschaftlichen Nutzwirkung aber selbst oft lange Zeit nicht über derartige Maßnahmen hinaus, sodaß sie oft kaum nachweisbar ist.

Nachdem Wald nach § 12 lit. b Forstgesetz 1975 aber so zu behandeln ist, daß unter anderem auch die forstwirtschaftliche Nutzwirkung des Waldes nachhaltig gesichert bleibt und der ständige Wachstums- bzw. Alterungsprozeß des Waldes einen Stillstand ausschließt, ist der Waldbesitzer in der Regel zu einer Bewirtschaftung verpflichtet, die zwangsläufig zu einer forstwirtschaftlichen Nutzbarkeit führt. Der Verzicht auf eine forstwirtschaftliche Nutzung und die Beschränkung auf die anderen Wirkungen des Waldes stellen daher Ausnahmefälle dar.

Da Wälder somit in der Regel zum selbständigen Erwerb nachhaltig forstwirtschaftlich — also in der einem land(forst)wirtschaftlichen Betrieb im Sinne des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes entsprechenden Weise — genutzt werden, dies aber oft lange Zeit kaum nachweisbar ist, würde die vorgeschlagene gesetzliche Vermutung den tatsächlichen Verhältnissen Rechnung tragen.

Diese Vermutung entscheidet aus folgenden Gründen auch die Frage, auf wessen Rechnung und Gefahr die Bewirtschaftung erfolgt: Ein land(forst)wirtschaftlicher Betrieb wird nach der ständigen Rechtsprechung des Verwaltungsgerichtshofes (VwGH vom 4. Juni 1982, 81/08/0051, ua.) auf Rechnung und Gefahr desjenigen geführt, der „auf Grund der nach außen in Erscheinung tretenden Rechtsbeziehungen aus der Führung des Betriebes berechtigt und verpflichtet wird“. Wenn während des Wuchses des Waldes längere Zeit keine Bewirtschaftungshandlungen gesetzt werden und daher keine „nach außen in Erscheinung tretenden Rechtsbeziehungen“ entstehen, kann insbesondere bei einer Veränderung der Besitzverhältnisse der Fall eintreten, daß diese Frage nicht entschieden werden kann. Die Formulierung „des dazu im eigenen Namen Berechtigten“ schließt an diese Rechtsprechung des Verwaltungsgerichtshofes an, nach der die Betriebsführung in erster Linie dem Eigentümer zuzurechnen ist und eine Änderung dieser Zurechnung durch dingliche oder obligatorische Rechtsakte bewirkt werden kann.

Da die Frage nach dem Bestehen einer Pflichtversicherung wegen dem Erfordernis der Rechtssicherheit nicht für länger zurückliegende Zeiten offenbleiben und die gegenständliche Vermutung auch der Verwaltungsvereinfachung dienen soll, wäre die Möglichkeit eines Gegenbeweises für die Vergangenheit grundsätzlich auszuschließen. Es ist dem Betroffenen jedoch die im § 16 BSVG

vorgesehene Frist von einem Monat einzuräumen, um den der Vermutung widersprechenden Sachverhalt zu melden.

Die Vermutung soll — ebenfalls zur Gewährleistung der erforderlichen Rechtssicherheit und weil den Betroffenen bei rechtzeitiger Meldung nicht zugemutet werden kann, nachträglich einen Gegenbeweis erbringen zu müssen — für Zeiten vor dem 1. Jänner 1992 nur dann gelten, wenn der der Vermutung widersprechende Sachverhalt nicht bereits vor diesem Zeitpunkt gemeldet wurde und daher die Frage nach dem Bestehen einer Pflichtversicherung ohnehin noch offensteht.

Wenn der der Vermutung widersprechende Sachverhalt bereits vor dem 1. Jänner 1992 begonnen hat und bis dahin auch gemeldet wurde, soll die Vermutung aus folgenden Gründen auch für die Zeit des Weiterbestehens dieses Sachverhaltes nach dem 1. Jänner 1992 nicht gelten: Andernfalls müßte auch in allen Fällen, in denen die Nichtbewirtschaftung bisher als erwiesen angesehen wurde, nun von den Betroffenen dafür dennoch ein Nachweis erbracht werden, und sie wären im Fall, daß ihnen der Nachweis nicht gelingt, von nun an pflichtversichert. Nachdem der Nachweis der Nichtbewirtschaftung aber oft schwierig sein wird, wäre die Einführung der Vermutung auch für bereits bestehende und akzeptierte Verhältnisse somit nicht zumutbar. Das gilt insbesondere für Pensionisten, die dann, wenn ihnen der Nachweis nicht gelingt, den üblicherweise vor dem Ruhestand für diese Zeit festgelegten Besitzstand verändern müßten, um ihren Pensionsanspruch aufrechtzuerhalten.

#### Zu Art. I Z 5 (§ 9 Abs. 1 lit. b):

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

Zu Art. I Z 6, 7, 8, 10, 11, 18, 19, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 36, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 47, 48, 49, 50, 51, 54, 56, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72 und 74 (§§ 9 Abs. 1 lit. b, Abs. 4 Einleitung und Abs. 5, 18 Abs. 2, 19 Abs. 1, 39 Abs. 1, 40 Abs. 1, 74, 75 Z 1 und 2, 78 Abs. 9, 85 Abs. 1, 89, 94, 96 Abs. 1, 96 a, 96 b, 100 Abs. 1 und Abs. 2 Z 1 bis 4, 101 Abs. 1 Z 4, 106 Abs. 1 Z 3, 107 Abs. 2 und 9, 111 Abs. 1, 2 lit. b und Abs. 6, 113 Abs. 5 Z 3, 122 a Abs. 1 Z 4, 141 Abs. 1 und 2, 152 Abs. 2, 161 Abs. 2 Z 5, 173 Abs. 3, 187, 189, 192 Abs. 5, 193, 206 a, 211 Abs. 1 und 240 a):

Diese Änderungen entsprechen den gleichartigen Änderungen des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes, 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 kommenden Erläuterungen vollinhaltlich auch für die korrespondierenden Änderungsvorschläge des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes Geltung zukommt. Um im Einzelfall das Auffinden der gewünschten Erläuterung im ASVG-Novellenentwurf zu erleichtern, werden im folgenden die in beiden Gesetzen einander entsprechenden Vorschriften gegenübergestellt:

BSVG	ASVG
§ 9 Abs. 1 lit. b, . . . . .	§ 17 Abs. 1 lit. b,
Abs. 4 und . . . . .	Abs. 5 und
Abs. 5 . . . . .	Abs. 6
§ 18 Abs. 2 . . . . .	§ 40 Abs. 2
§ 19 Abs. 1 . . . . .	§ 41 Abs. 1
§ 39 Abs. 1 . . . . .	§ 68 Abs. 1
§ 40 Abs. 1 . . . . .	§ 69 Abs. 1
§ 74 . . . . .	§ 116
§ 75 Z 1 und 2 . . . . .	§ 117 Z 1 bis 3
§ 78 Abs. 9 . . . . .	§ 123 Abs. 5
§ 85 Abs. 1 . . . . .	§ 135 Abs. 1
§ 89 . . . . .	§ 144
§ 94 . . . . .	§ 151
§ 96 Abs. 1 . . . . .	§ 154 Abs. 1
§ 96 a . . . . .	§ 154 a
§ 96 b . . . . .	§ 154 b
§ 100 Abs. 1 und . . . . .	§ 155 Abs. 1 und
Abs. 2 Z 1 bis 4 . . . . .	Abs. 2 Z 1 bis 4
§ 101 Abs. 1 Z 4 . . . . .	§ 156 Abs. 1 Z 4
§ 106 Abs. 1 Z 3 . . . . .	§ 225 Abs. 1 Z 3 lit. b
§ 107 Abs. 2 . . . . .	§ 228 Abs. 2
§ 107 Abs. 9 . . . . .	§ 227 Abs. 3
§ 111 Abs. 1 und 2 lit. b . . . . .	§ 235 Abs. 3 lit. b
§ 111 Abs. 6 . . . . .	§ 236 Abs. 4
§ 113 Abs. 5 Z 3 . . . . .	§ 238 Abs. 4 Z 3
§ 122 a Abs. 1 Z 4 . . . . .	§ 253 a Abs. 1 Z 4
§ 141 Abs. 1 und 2 . . . . .	§ 293 Abs. 1 und 2
§ 152 Abs. 2 . . . . .	§ 302 Abs. 2
§ 161 Abs. 2 Z 5 . . . . .	§ 307 d Abs. 2 Z 5
§ 173 Abs. 3 . . . . .	§ 324 Abs. 3
§ 187 . . . . .	§ 422
§ 189 . . . . .	§ 424
§ 192 Abs. 5 . . . . .	§ 431 Abs. 5
§ 193 . . . . .	§ 432
§ 206 a . . . . .	§ 446 a
§ 211 Abs. 1 . . . . .	§ 451 Abs. 1
§ 240 a . . . . .	§ 544

#### Zu Art. I Z 9 (§ 18 Abs. 1 [neu]):

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

**Zu Art. I Z 15 (§ 28 Abs. 5):**

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

**Zu Art. I Z 21 und 22 (§ 57 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 31 (§ 80 Abs. 3 lit. a):**

Die medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation (Krankheitsverhütung) gemäß § 96 a BSVG sollen in den Katalog der kostenanteilsbefreiten Leistungen aufgenommen werden.

**Zu Art. I Z 37 (§ 91 Z 4):**

Durch die 14. und 15. Novelle zum Bauern-Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 644/1989 und 296/1990, wurde die prozentuelle Kostentragungspflicht in bezug auf die Pflegegebührensätze (§ 91 Z 2 BSVG) präzisiert. Z 4 der genannten Bestimmung steht hiezu in scheinbarem Widerspruch.

Durch den Einschub des Ausdruckes „soweit nach Z 2 nichts anderes bestimmt ist,“ soll daher in Analogie zu § 148 Z 6 ASVG eine Klarstellung vorgenommen werden.

**Zu Art. I Z 44, 45 und 46 (§ 107 Abs. 1 Z 2 und 3):**

Nach den derzeitigen Bestimmungen des § 107 Abs. 1 Z 2 lit. c BSVG 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 § 107 Abs. 1 Z 3 BSVG die Zitierung des unter dem BGBl. Nr. 305/1990 wiederverlautbarten Wehrgesetzes 1978 korrigiert.

**Zu Art. I Z 52 und 55 (§§ 113 Abs. 2 und 114 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 Bauern-Sozialversicherungsgesetz hingegen ist eine solche Bestimmung fremd. Um nun einen Gleichklang zwischen den gegenständlichen Bemessungsvorschriften des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes und jenen des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes herzustellen, wird vorgeschlagen, die §§ 113 und 114 BSVG im vorgeschlagenen Sinn zu ergänzen.

Die in den Gesetzesmaterialien zur Stamfassung 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 Bauern leistungszuständig wird, in gleicher Weise auch für die Pensionsversicherung nach dem Bauern-Sozialversicherungsgesetz.

**Zu Art. I Z 53 (§ 113 Abs. 5 Z 1):**

Im Gegensatz zur Regelung des § 238 Abs. 4 Z 1 ASVG bleiben bei Ermittlung einer Bemessungsgrundlage gemäß § 113 BSVG „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 57 (§ 130 Abs. 5):**

Durch diesen Änderungsvorschlag soll ein anläßlich der Ausarbeitung der 11. Novelle zum Bauern-Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 611/1987, unterlaufenes Redaktionsversehen beseitigt werden.

**Zu Art. I Z 64 (§ 181 Einleitung):**

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

**Zu Art. I Z 73 (§ 217 Abs. 2 Z 6):**

Nach den Bestimmungen des Bewertungsgesetzes hat unter bestimmten Voraussetzungen eine Neufeststellung des Einheitswertes (Fortschreibung) wegen Geringfügigkeit der bewirkten Wertänderung zu unterbleiben. Auf Grund der Bestimmung des § 23 Abs. 3 lit. f BSVG in der Fassung der 11. Novelle zum Bauern-Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 611/1987, die am 1. Jänner 1988 in Kraft getreten ist, werden im Bereich der Bauern-Sozialversicherung Flächenänderungen auch in jenen Fällen berücksichtigt, wenn gemäß § 21 Abs. 1 Z 1 lit. a des Bewertungsgesetzes der Einheitswert nicht neu festgestellt wird.

Gemäß § 217 BSVG erhält die Sozialversicherungsanstalt der Bauern in solchen Fällen zwar eine Mitteilung des Bundesrechnamtes über die Änderung als solche, jedoch ohne nähere Angaben über die Art und den Umfang der Änderung. Dies macht eine gesonderte Anfrage der Anstalt beim zuständigen Finanzamt erforderlich.

Aus der vorgeschlagenen Gesetzesänderung soll sich für die Finanzverwaltung nur die Verpflichtung der umfassenderen Mitteilung der geänderten Daten, nicht jedoch eine Verpflichtung zu einem über das bisherige Ausmaß hinausgehende Tätigwerden der Finanzämter ergeben. Die Änderung wird daher auch zu einer gewissen Entlastung der Finanzämter führen.

Im Sinne einer Verwaltungsvereinfachung wird vorgeschlagen, § 217 Abs. 2 BSVG in der Weise zu ergänzen, daß die Abgabenbehörden des Bundes der Sozialversicherungsanstalt der Bauern auch die Berechnungsgrundlagen bei Gesamtflächenänderungen, die gemäß § 21 Abs. 1 Z 1 lit. a des Bewertungsgesetzes zu keiner Wertfortschreibung führen, zu übermitteln haben.

**Zu Art. II Z 1 (Art. I § 3 Abs. 3 und 4 BHG):**

Durch den gegenständlichen Novellierungsvorschlag soll vom Erfordernis des Einsatzes einer betriebsfremden Hilfe zugunsten des Einsatzes von nicht betriebsfremden Personen abgegangen werden, sofern solche betriebsfremden Hilfen nicht zur Verfügung stehen. Dadurch soll eine praxisgerechtere Vollziehung des Gesetzes ermöglicht werden.

**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 Gesundheitssprengel).

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 Bauern-Sozialversicherungsgesetz eine Größenordnung von rd. 100 bis 150 Millionen Schilling (Geldwertbasis 1992) angegeben werden. Diese Kosten beinhalten sowohl die Kosten für das benötigte Pflegepersonal als auch die Kosten für die Ärzte. Dabei ist aber zu berücksichtigen, daß diese Kosten in ihrer vollen Höhe erst nach einer Anlaufphase von ca. 10 Jahren anfallen werden. Für das Jahr 1992 für den Bereich der Krankenversicherung nach dem Bauern-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 Pflorgetage unter die Anzahl der entsprechenden Pflorgetage 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 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 Bauern 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 Bauern-Sozialversicherungsgesetz von rund 15 Millionen Schilling erwartet. In einem Zeitraum von etwa 10 Jahren 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 Bauern-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 Bauern-Sozialversicherungsgesetz ein Mehraufwand von rund 45 Millionen Schilling.

Mittelfristig, in einem Zeitraum von etwa 10 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 Bauern-Sozialversicherungsgesetz von rund 200 bis 250 Millionen Schilling niederschlagen (Geldwertbasis 1992).

Über die in diesem Entwurf vorgesehene Ausweitung des Leistungskataloges der Krankenversicherung nach dem BSVG hinaus wird für die Krankenversicherung in diesem Bereich ab dem Jahr 1992 eine zusätzliche Erhöhung des Ausgabenniveaus von 10 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 BSVG folgender finanzieller Mehrbedarf (Geldwertbasis 1992):

	vorgesehene Leistungs- verbesserun- gen	zusätzlicher Mehr- bedarf Mio. S	gesamter Mehr- bedarf
1992 .....	45	10	55
1993 .....	60	10	70
1994 .....	75	10	85
1995 .....	90	10	100
1996 .....	105	10	115

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.

Gemäß § 31 Abs. 1 BSVG leistet der Bund für jedes Geschäftsjahr einen Beitrag zur Krankenversicherung in der Höhe der für dieses Jahr fällig gewordenen Beiträge.

Die vorgesehene etappenweise Anhebung der Beitragssätze führt daher auch zu einer Erhöhung des Beitrages des Bundes zur Krankenversicherung der Bauern. Im Jahr 1992 werden sich die zusätzlichen Kosten für den Bund auf rund 30 Millionen Schilling belaufen.

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

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

Von dieser Maßnahme werden insgesamt rund 72 000 Ausgleichszulagenbezieher im Bereich des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes profitieren.

Die damit verbundenen Mehrkosten für die gesetzliche Pensionsversicherung nach dem Bauern-Sozialversicherungsgesetz werden im Jahr 1992 rund 262 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 der bäuerlichen Pensionsversicherung keine Mehrkosten aus der geplanten Gesetzesänderung.

Als budgetbegleitende Maßnahme sieht dieser Entwurf vor, daß der sich nach § 31 Abs. 3 BSVG ergebende Beitrag des Bundes zur Pensionsversicherung im Bereich des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes um 100 Millionen Schilling verringert wird.



## Textgegenüberstellung

BSVG — Geltende Fassung

### **Pflichtversicherung in der Krankenversicherung und in der Pensionsversicherung**

§ 2. (1) Auf Grund dieses Bundesgesetzes sind, soweit es sich um natürliche Personen handelt, in der Krankenversicherung und in der Pensionsversicherung nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen pflichtversichert:

1. Personen, die auf ihre Rechnung und Gefahr einen land(forst)wirtschaftlichen Betrieb im Sinne der Bestimmungen des Landarbeitsgesetzes 1984, BGBl. Nr. 287, führen oder auf deren Rechnung und Gefahr ein solcher Betrieb geführt wird;

2. unverändert.

(2) bis (6) unverändert.

### **Pflichtversicherung in der Unfallversicherung**

§ 3. (1) unverändert.

(2) Die Pflichtversicherung gemäß Abs. 1 besteht nur, wenn es sich um einen land(forst)wirtschaftlichen Betrieb handelt, dessen zuletzt im Sinne des § 25 des Bewertungsgesetzes festgestellter Einheitswert den Betrag von 2 000 S erreicht oder übersteigt oder für den ein Einheitswert aus anderen als den Gründen des § 25 Z 1 des Bewertungsgesetzes nicht festgestellt wird. Handelt es sich um einen land(forst)wirtschaftlichen Betrieb, dessen Einheitswert den Betrag von 2 000 S nicht erreicht, so besteht die Pflichtversicherung für die betreffenden Personen, vorausgesetzt, daß sie aus dem Ertrag des Betriebes überwiegend ihren Lebensunterhalt bestreiten. Der Ermittlung des Einheitswertes ist zugrunde zu legen:

a) und b) unverändert.

BSVG — Vorgeschlagene Fassung

### **Pflichtversicherung in der Krankenversicherung und in der Pensionsversicherung**

§ 2. (1) Auf Grund dieses Bundesgesetzes sind, soweit es sich um natürliche Personen handelt, in der Krankenversicherung und in der Pensionsversicherung nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen pflichtversichert:

1. Personen, die auf ihre Rechnung und Gefahr einen land(forst)wirtschaftlichen Betrieb im Sinne der Bestimmungen des Landarbeitsgesetzes 1984, BGBl. Nr. 287, führen oder auf deren Rechnung und Gefahr ein solcher Betrieb geführt wird. Dabei wird vermutet, daß Grundstücke, die als forstwirtschaftliches Vermögen nach dem Bewertungsgesetz 1955, BGBl. Nr. 148, bewertet sind oder Teil einer als solches bewerteten wirtschaftlichen Einheit sind, in der einem forstwirtschaftlichen Betrieb entsprechenden Weise auf Rechnung und Gefahr der dazu im eigenen Namen Berechtigten bewirtschaftet werden. Der Gegenbeweis ist für Zeiten, die länger als einen Monat von der Meldung (§ 16) des der Vermutung widersprechenden Sachverhaltes zurückliegen, unzulässig;

2. unverändert.

(2) bis (6) unverändert.

### **Pflichtversicherung in der Unfallversicherung**

§ 3. (1) unverändert.

(2) Die Pflichtversicherung gemäß Abs. 1 besteht nur, wenn es sich um einen land(forst)wirtschaftlichen Betrieb handelt, dessen zuletzt im Sinne des § 25 des Bewertungsgesetzes festgestellter Einheitswert den Betrag von 2 000 S erreicht oder übersteigt oder für den ein Einheitswert aus anderen als den Gründen des § 25 Z 1 des Bewertungsgesetzes nicht festgestellt wird. Handelt es sich um einen land(forst)wirtschaftlichen Betrieb, dessen Einheitswert den Betrag von 2 000 S nicht erreicht, so besteht die Pflichtversicherung für die betreffenden Personen, vorausgesetzt, daß sie aus dem Ertrag des Betriebes überwiegend ihren Lebensunterhalt bestreiten. Der Ermittlung des Einheitswertes ist zugrunde zu legen:

a) und b) unverändert.

## BSVG — Geltende Fassung

- c) bei Erwerb oder Veräußerung einer land(forst)wirtschaftlichen Fläche (Übertragung von Eigentumsanteilen an einer solchen), wenn gemäß § 21 Abs. 1 Z 1 lit. a des Bewertungsgesetzes der Einheitswert nicht neu festgestellt wird, ein um den anteilmäßigen Ertragswert dieser Flächen (des Eigentumsanteiles) erhöhter bzw. verminderter Einheitswert.

Änderungen des Einheitswertes gemäß lit. a, b und c sowie durch sonstige Flächenänderungen werden mit dem ersten Tag des Kalendermonates wirksam, der der Änderung folgt. Sonstige Änderungen des Einheitswertes werden mit dem ersten Tag des Kalendervierteljahres wirksam, das der Zustellung des Bescheides der Finanzbehörde erster Instanz folgt.

(3) unverändert.

## Weiterversicherung in der Pensionsversicherung

§ 9. (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.

(2) und (3) unverändert.

## BSVG — Vorgeschlagene Fassung

- c) bei Erwerb oder Veräußerung einer land(forst)wirtschaftlichen Fläche (Übertragung von Eigentumsanteilen an einer solchen), wenn gemäß § 21 Abs. 1 Z 1 lit. a des Bewertungsgesetzes der Einheitswert nicht neu festgestellt wird, ein um den anteilmäßigen Ertragswert dieser Flächen (des Eigentumsanteiles) erhöhter bzw. verminderter Einheitswert;

- d) im Falle der gesetzlichen Vermutung gemäß § 2 Abs. 1 Z 1 der anteilmäßige Ertragswert der Waldfläche. Änderungen des Einheitswertes gemäß lit. a, b und c sowie durch sonstige Flächenänderungen werden mit dem ersten Tag des Kalendermonates wirksam, der der Änderung folgt. Sonstige Änderungen des Einheitswertes werden mit dem ersten Tag des Kalendervierteljahres wirksam, das der Zustellung des Bescheides der Finanzbehörde erster Instanz folgt.

(3) unverändert.

## Weiterversicherung in der Pensionsversicherung

§ 9. (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.

(2) und (3) unverändert.

## BSVG — Geltende Fassung

(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

§ 18. Die Leistungsempfänger bzw. Zahlungsempfänger (§ 71) 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.

### Form der Meldungen; Meldebestätigungen

§ 19. (1) Die Meldungen gemäß § 16 sind mit den vom Versicherungsträger aufzulegenden Vordrucken zu erstatten; auch ohne Vordruck schriftlich erstattete Meldungen gelten als ordnungsgemäß erstattet, wenn sie alle

## BSVG — Vorgeschlagene Fassung

(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)

§ 18. (1) Die Leistungsempfänger bzw. Zahlungsempfänger (§ 71) 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

§ 19. (1) Die Meldungen gemäß § 16 sind mit den vom Versicherungsträger aufzulegenden Vordrucken zu erstatten; auch ohne Vordruck schriftlich oder mittels elektronischer Datenträger erstattete Meldungen gelten als ordnungsge-

wesentlichen Angaben enthalten, die für die Durchführung der Versicherung notwendig sind.

(2) unverändert.

### Beitragsgrundlage

§ 23. (1) und (2) unverändert.

(3) Bei Bildung des Versicherungswertes gemäß Abs. 2 sind in den nachstehenden Fällen folgende Werte als Einheitswerte zugrunde zu legen:

a) bis e) unverändert.

f) bei Erwerb oder Veräußerung einer land(forst)wirtschaftlichen Fläche (Übertragung von Eigentumsanteilen an einer solchen), wenn gemäß § 21 Abs. 1 Z 1 lit. a des Bewertungsgesetzes der Einheitswert nicht neu festgestellt wird, ein um den anteilmäßigen Ertragswert dieser Flächen (des Eigentumsanteiles) erhöhter bzw. verminderter Einheitswert.

Eine Teilung des Einheitswertes gemäß lit. b und e findet jedoch nicht statt, wenn Ehegatten ein und denselben land(forst)wirtschaftlichen Betrieb auf gemeinsame Rechnung und Gefahr führen. Wenn ein Ehegatte vom anderen Ehegatten oder wenn Kinder (§ 2 Abs. 1 Z 2) und Eltern (Großeltern, Wahltern, Stiefeltern, Schwiegereltern) voneinander land(forst)wirtschaftliche Flächen (Miteigentumsanteile) bzw. land(forst)wirtschaftliche Betriebe gepachtet haben, ist dem Pächter, abweichend von lit. d und e, der volle Ertragswert der gepachteten Flächen (des gepachteten Betriebes) anzurechnen. Die sich gemäß lit. a bis f ergebenden Einheitswerte (Summe der Einheitswerte) sind auf volle tausend Schilling abzurunden.

mäß erstattet, wenn sie alle wesentlichen Angaben enthalten, die für die Durchführung der Versicherung notwendig sind.

(2) unverändert.

### Beitragsgrundlage

§ 23. (1) und (2) unverändert.

(3) Bei Bildung des Versicherungswertes gemäß Abs. 2 sind in den nachstehenden Fällen folgende Werte als Einheitswerte zugrunde zu legen:

a) bis e) unverändert.

f) bei Erwerb oder Veräußerung einer land(forst)wirtschaftlichen Fläche (Übertragung von Eigentumsanteilen an einer solchen), wenn gemäß § 21 Abs. 1 Z 1 lit. a des Bewertungsgesetzes der Einheitswert nicht neu festgestellt wird, ein um den anteilmäßigen Ertragswert dieser Flächen (des Eigentumsanteiles) erhöhter bzw. verminderter Einheitswert;

g) im Falle der gesetzlichen Vermutung gemäß § 2 Abs. 1 Z 1 der anteilmäßige Ertragswert der Waldfläche.

Eine Teilung des Einheitswertes gemäß lit. b und e findet jedoch nicht statt, wenn Ehegatten ein und denselben land(forst)wirtschaftlichen Betrieb auf gemeinsame Rechnung und Gefahr führen. Wenn ein Ehegatte vom anderen Ehegatten oder wenn Kinder (§ 2 Abs. 1 Z 2) und Eltern (Großeltern, Wahltern, Stiefeltern, Schwiegereltern) voneinander land(forst)wirtschaftliche Flächen (Miteigentumsanteile) bzw. land(forst)wirtschaftliche Betriebe gepachtet haben, ist dem Pächter, abweichend von lit. d und e, der volle Ertragswert der gepachteten Flächen (des gepachteten Betriebes) anzurechnen. Die sich gemäß

(4) bis (11) unverändert.

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

§ 24. (1) Die in der Krankenversicherung Pflichtversicherten haben, sofern sich nicht aus den Abs. 3 und 4 etwas anderes ergibt, für die Dauer der Beitragspflicht (§ 32) als Beitrag 4,8 vH der Beitragsgrundlage zu leisten.

(2) bis (5) unverändert.

**Beiträge zur Weiterversicherung in der Krankenversicherung**

§ 27. (1) bis (3) unverändert.

(4) Die Weiterversicherten haben einen Beitrag zu entrichten, der mit dem für Pflichtversicherte geltenden Beitragssatz zu bemessen ist. § 24 ist entsprechend anzuwenden.

**Beiträge zur Weiterversicherung in der Pensionsversicherung**

§ 28. (1) bis (4) unverändert.

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

lit. a bis f ergebenden Einheitswerte (Summe der Einheitswerte) sind auf volle tausend Schilling abzurunden.

(4) bis (11) unverändert.

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

§ 24. (1) Die in der Krankenversicherung Pflichtversicherten haben, sofern sich nicht aus den Abs. 3 und 4 etwas anderes ergibt, für die Dauer der Beitragspflicht (§ 32) als Beitrag 5,1 vH der Beitragsgrundlage zu leisten.

(2) bis (5) unverändert.

**Zusatzbeitrag in der Krankenversicherung**

§ 24 a. (1) Die in der Krankenversicherung Pflichtversicherten haben für die Dauer der Beitragspflicht (§ 32) einen Zusatzbeitrag in der Krankenversicherung im Ausmaß von 0,5 vH der Beitragsgrundlage zu leisten. § 24 Abs. 3 gilt entsprechend.

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

**Beiträge zur Weiterversicherung in der Krankenversicherung**

§ 27. (1) bis (3) unverändert.

(4) Die Weiterversicherten haben einen Beitrag (Zusatzbeitrag) zu entrichten, der mit dem für Pflichtversicherte geltenden Beitragssatz (Zusatzbeitragssatz) zu bemessen ist. Die §§ 24 und 24 a sind entsprechend anzuwenden.

**Beiträge zur Weiterversicherung in der Pensionsversicherung**

§ 28. (1) bis (4) unverändert.

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

**Verjährung der Beiträge**

§ 39. (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 Pflichtversicherte die Erstattung einer Anmeldung bzw. Änderungsmeldung oder Angaben über die Grundlagen für die Berechnung der Beiträge unterlassen oder unrichtige Angaben 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) bis (4) unverändert.

**Rückforderung ungebührlich entrichteter Beiträge**

§ 40. (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 (5) unverändert.

**Verjährung der Beiträge**

§ 31 a. Abweichend von § 31 Abs. 3 leistet der Bund für das Geschäftsjahr 1992 einen Beitrag, der sich aus dem nach § 31 Abs. 3 zu ermittelnden Betrag vermindert um 100 Millionen Schilling ergibt.

§ 39. (1) Das Recht auf Feststellung der Verpflichtung zur Zahlung von Beiträgen verjährt bei Beitragsschuldnern und Beitragsmithaftenden binnen drei Jahren vom Tag der Fälligkeit der Beiträge. Diese Verjährungsfrist der Feststellung verlängert sich jedoch auf fünf Jahre, wenn der Pflichtversicherte die Erstattung einer Anmeldung bzw. Änderungsmeldung oder Angaben über die Grundlagen für die Berechnung der Beiträge unterlassen oder unrichtige Angaben 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) bis (4) unverändert.

**Rückforderung ungebührlich entrichteter Beiträge**

§ 40. (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 (5) unverändert.

§ 45 a. Die Aufwertungszahl (§ 45) beträgt für das Kalenderjahr 1992 1,055.

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

§ 57 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 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**

§ 74. (1) Die Krankenversicherung trifft Vorsorge

1. für die Verhütung und Früherkennung von Krankheiten (Durchführung von Jugendlichen- und Vorsorge(Gesunden)untersuchungen);
2. und 3. unverändert.
4. für die Früherfassung der für Maßnahmen der Rehabilitation in Betracht kommenden Personen (§ 150).

(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.

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

§ 57 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**

§ 74. (1) Die Krankenversicherung trifft Vorsorge

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

(2) Überdies können aus Mitteln der Krankenversicherung

1. Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit (§ 100) und
  2. Maßnahmen zur Krankheitsverhütung (§ 101)
- gewährt werden.

## BSVG — Geltende Fassung

(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 oder eines Angehörigen (§ 78) kann durch die Satzung nach Maßgabe der finanziellen Leistungsfähigkeit des Versicherungsträgers ein Zuschuß zu den Bestattungskosten gewährt werden. Dieser Zuschuß kann unter Bedachtnahme auf die wirtschaftlichen Verhältnisse desjenigen, der die Kosten der Bestattung getragen hat, bis zur Höhe von 6 000 S gezahlt werden.

### Leistungen

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

1. Zur Früherkennung von Krankheiten:  
Jugendlichenuntersuchungen und Vorsorge(Gesunden)untersuchungen (§§ 81 und 82);
2. aus dem Versicherungsfall der Krankheit:  
Krankenbehandlung (§§ 83 bis 87) und Hauskrankenpflege (§ 94), erforderlichenfalls Anstaltspflege (§§ 89 bis 93);
3. und 4. unverändert.

### Anspruchsberechtigung für Angehörige

§ 78. (1) bis (8) unverändert.

## BSVG — Vorgeschlagene Fassung

(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 oder eines Angehörigen (§ 78) kann durch die Satzung nach Maßgabe der finanziellen Leistungsfähigkeit des Versicherungsträgers ein Zuschuß zu den Bestattungskosten gewährt werden. Dieser Zuschuß kann unter Bedachtnahme auf die wirtschaftlichen Verhältnisse desjenigen, der die Kosten der Bestattung getragen hat, bis zur Höhe von 6 000 S gezahlt werden.

### Leistungen

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

1. Zur Früherkennung von Krankheiten:  
Jugendlichenuntersuchungen und Vorsorge(Gesunden)untersuchungen (§§ 81 und 82);
2. aus dem Versicherungsfall der Krankheit:  
Krankenbehandlung (§§ 83 bis 87 erforderlichenfalls medizinische Hauskrankenpflege (§ 94) oder Anstaltspflege (§§ 89 bis 93);
3. und 4. unverändert.

### Anspruchsberechtigung für Angehörige

§ 78. (1) bis (8) unverändert.



**Arten der Erbringung der Leistungen, Kostenbeteiligung**

§ 80. (1) und (2) unverändert.

- (3) Der Versicherte hat keinen Kostenanteil zu bezahlen
- a) bei Leistungen gemäß den §§ 81, 82, 82 a, 97 und 101;
  - b) bis f) unverändert.
- (4) bis (7) unverändert.

**Ärztliche Hilfe**

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

**Arten der Erbringung der Leistungen, Kostenbeteiligung**

§ 80. (1) und (2) unverändert.

- (3) Der Versicherte hat keinen Kostenanteil zu bezahlen
- a) bei Leistungen gemäß den §§ 81, 82, 82 a, 96 a, 97 und 101;
  - b) bis f) unverändert.
- (4) bis (7) unverändert.

**Ärztliche Hilfe**

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

1. 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-

## BSVG — Geltende Fassung

(2) bis (5) unverändert.

#### Gewährung der Pflege in einer öffentlichen Krankenanstalt

§ 89. (1) Pflege in der allgemeinen Gebührenklasse einer öffentlichen Krankenanstalt ist, sofern im Sprengel der für den Erkrankten zuständigen Landesstelle eine solche Krankenanstalt besteht und der Erkrankte nicht mit seiner Zustimmung in einer nichtöffentlichen Krankenanstalt untergebracht wird, zu gewähren, wenn und solange es die Art der Krankheit erfordert. § 84 gilt entsprechend. Die Anstaltspflege kann auch gewährt werden, wenn die Möglichkeit einer entsprechenden häuslichen Pflege nicht gegeben ist.

(2) unverändert.

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

(4) und (5) unverändert.

## BSVG — Vorgeschlagene Fassung

- 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.

(2) bis (5) unverändert.

#### Gewährung der Pflege in einer öffentlichen Krankenanstalt oder der medizinischen Hauskrankenpflege

§ 89. (1) Pflege in der allgemeinen Gebührenklasse einer öffentlichen Krankenanstalt ist, sofern im Sprengel der für den Erkrankten zuständigen Landesstelle eine solche Krankenanstalt besteht und der Erkrankte nicht mit seiner Zustimmung in einer nichtöffentlichen Krankenanstalt untergebracht wird, zu gewähren, wenn und solange es die Art der Krankheit erfordert. § 84 gilt entsprechend. Wenn und solange es die Art der Krankheit zuläßt, ist anstelle von Anstaltspflege medizinische Hauskrankenpflege zu gewähren (§ 94). Die Anstaltspflege kann auch gewährt werden, wenn die Möglichkeit einer medizinischen Hauskrankenpflege nicht gegeben ist.

(2) unverändert.

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

(4) und (5) unverändert.

## BSVG — Geltende Fassung

### Beziehungen zu den öffentlichen Krankenanstalten

§ 91. Grundsatzbestimmung. Für die Regelung der Beziehungen des Versicherungsträgers zu den öffentlichen Krankenanstalten gelten gemäß Artikel 12 Abs. 1 Z 1 des Bundes-Verfassungsgesetzes in der Fassung von 1929 folgende Grundsätze:

1. bis 3. unverändert.
4. Der Rechtsträger der öffentlichen Krankenanstalt hat gegenüber dem eingewiesenen Erkrankten und den für ihn unterhaltspflichtigen Personen keinen Anspruch auf Pflegegebührenersätze für die Dauer der vom Versicherungsträger gewährten Anstaltspflege.
5. unverändert.

### Hauskrankenpflege

§ 94. 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.

## BSVG — Vorgeschlagene Fassung

### Beziehungen zu den öffentlichen Krankenanstalten

§ 91. Grundsatzbestimmung. Für die Regelung der Beziehungen des Versicherungsträgers zu den öffentlichen Krankenanstalten gelten gemäß Artikel 12 Abs. 1 Z 1 des Bundes-Verfassungsgesetzes in der Fassung von 1929 folgende Grundsätze:

1. bis 3. unverändert.
4. Der Rechtsträger der öffentlichen Krankenanstalt hat gegenüber dem eingewiesenen Erkrankten und den für ihn unterhaltspflichtigen Personen soweit nach Z 2 nichts anderes bestimmt ist, keinen Anspruch auf Pflegegebührenersätze für die Dauer der vom Versicherungsträger gewährten Anstaltspflege.
5. unverändert.

### Medizinische Hauskrankenpflege

§ 94. (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

**Hilfe bei körperlichen Gebrechen**

§ 96. (1) Bei Verstümmelungen, Verunstaltungen und körperlichen Gebrechen, welche die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit oder die Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, wesentlich beeinträchtigen, kann die Satzung Zuschüsse für die Anschaffung der notwendigen Hilfsmittel sowie für deren Instandsetzung vorsehen, soweit nicht ein Anspruch aus der gesetzlichen Unfallversicherung, 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. Bei der Festsetzung der Höhe der Zuschüsse ist auf § 87 Abs. 2, 4 und 5 sinngemäß mit der Maßgabe Bedacht zu nehmen, daß der durch die Satzung des Versicherungsträgers für den Kostenzuschuß festzusetzende Höchstbetrag bei Hilfsmitteln, die geeignet sind, die Funktion fehlender oder unzulänglicher Körperteile zu übernehmen, und bei Krankenfahrstühlen höchstens das 25fache des Meßbetrages (§ 48 Abs. 2 des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes), gerundet auf volle Schilling, betragen darf. Die Krankenordnung kann eine

**Hilfe bei körperlichen Gebrechen**

§ 96. (1) Bei Verstümmelungen, Verunstaltungen und körperlichen Gebrechen, welche die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit oder die Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, wesentlich beeinträchtigen, kann die Satzung Zuschüsse für die Anschaffung der notwendigen Hilfsmittel sowie für deren Instandsetzung vorsehen, soweit nicht ein Anspruch aus der gesetzlichen Unfallversicherung, eine Leistungsverpflichtung 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. Bei der Festsetzung der Höhe der Zuschüsse ist auf § 87 Abs. 2, 4 und 5 sinngemäß mit der Maßgabe Bedacht zu nehmen, daß der durch die Satzung des Versicherungsträgers für den Kostenzuschuß festzusetzende Höchstbetrag bei Hilfsmitteln, die geeignet sind, die Funktion fehlender oder unzulänglicher Körperteile zu übernehmen, und bei Krankenfahrstühlen höchstens das 25fache des Meßbetrages (§ 48 Abs. 2 des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes), gerundet auf volle Schilling, betragen darf. Die Krankenordnung kann eine

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 ein Kostenzuschuß gemäß § 88 bzw. § 239.

(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 § 89 Abs. 4 bezeichneten Einrichtungen untergebracht ist.

## BSVG — Geltende Fassung

Gebrauchsdauer für Hilfsmittel vorsehen. Als Hilfsmittel sind hiebei solche Gegenstände oder Vorrichtungen anzusehen, die geeignet sind,

a) und b) unverändert.

Als freiwillige Leistung kann der Versicherungsträger in solchen Fällen überdies, sofern dies notwendig und zweckmäßig ist, Krankenbehandlung und Anstaltspflege gewähren, soweit auf diese Leistungen nicht schon ein Anspruch aus dem Versicherungsfall der Krankheit besteht.

(2) bis (4) unverändert.

## BSVG — Vorgeschlagene Fassung

Gebrauchsdauer für Hilfsmittel vorsehen. Als Hilfsmittel sind hiebei solche Gegenstände oder Vorrichtungen anzusehen, die geeignet sind,

a) und b) unverändert.

Als freiwillige Leistung kann der Versicherungsträger in solchen Fällen überdies, sofern dies notwendig und zweckmäßig ist, Krankenbehandlung und Anstaltspflege gewähren, soweit auf diese Leistungen nicht schon ein Anspruch aus dem Versicherungsfall der Krankheit besteht.

(2) bis (4) unverändert.

### Medizinische Maßnahmen der Rehabilitation in der Krankenversicherung

§ 96 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 § 83 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 beim Versicherungsträger als Unfallversicherungsträger oder einem anderen 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 §§ 152 Abs. 2, 161 Abs. 2 Z 4 oder gemäß § 189 Abs. 2 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes gewähren bzw. zu gewähren haben oder ihre Gewährung gemäß § 152 Abs. 2 oder gemäß § 191 Abs. 2 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes an sich ziehen.

(4) Der Versicherungsträger als Träger der Krankenversicherung 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 ihnen jeweils zu treffenden medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation mit den in Frage kommenden Versicherungsträgern, Dienststellen und Einrichtungen im Sinne des § 160 zu koordinieren und aufeinander abzustimmen.

(6) Die Gewährung von Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit bzw. von Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge (§§ 100 und 161) zählt nicht zu den Aufgaben der medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation.

#### Gesundheitsförderung

§ 96 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.

**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 (zB 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 für die unter Z 1 bis 4 bezeichneten Zwecke;
  6. Übernahme von Kosten für Betriebshelfer und Haushaltshelferinnen.
- (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.

**Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit**

(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.

§ 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 und Haushaltshelferinnen.
- (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.

#### Beitragszeiten

§ 106. (1) Als Beitragszeiten sind anzusehen:

1. und 2. unverändert.
3. Zeiten einer Weiterversicherung gemäß § 9, wenn die Beiträge innerhalb von zwei Jahren nach Ablauf des Kalendermonates, für den sie gelten sollen, wirksam (§ 109) entrichtet worden sind;
4. und 5. unverändert.

(2) bis (4) unverändert.

#### Ersatzzeiten

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

1. unverändert.
2. Zeiten, in denen ein Versicherter, der am Stichtag (§ 104 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 oder Beschäftigung im Sinne der Z 1 fortzusetzen;

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

§ 106. (1) Als Beitragszeiten sind anzusehen:

1. und 2. unverändert.
3. Zeiten einer Weiterversicherung gemäß § 9, wenn die Beiträge innerhalb von zwölf Monaten nach Ablauf des Kalendermonates, für den sie gelten sollen, wirksam (§ 109) entrichtet worden sind;
4. und 5. unverändert.

(2) bis (4) unverändert.

#### Ersatzzeiten

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

1. unverändert.
2. Zeiten, in denen ein Versicherter, der am Stichtag (§ 104 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;



BSVG — Geltende Fassung

4. Zeiten, während derer der Versicherte Übergangsgeld gemäß § 156 dieses Bundesgesetzes, gemäß § 199 bzw. § 306 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes oder gemäß § 164 des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes bezogen hat;
5. die vor dem 1. Jänner 1973 gelegenen Zeiten einer unentgeltlichen beruflichen Ausbildung eines Beschädigten im Sinne des § 21 des Kriegsopferversorgungsgesetzes 1957 bzw. nach Maßgabe der jeweiligen Vorschriften über die Versorgung der Kriegsofoper;
6. 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.

(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.

BSVG — Vorgeschlagene Fassung

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 oder Beschäftigung im Sinne der Z 1 fortzusetzen;
5. Zeiten, während derer der Versicherte Übergangsgeld gemäß § 156 dieses Bundesgesetzes, gemäß § 199 bzw. § 306 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes oder gemäß § 164 des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes bezogen hat;
6. die vor dem 1. Jänner 1973 gelegenen Zeiten einer unentgeltlichen beruflichen Ausbildung eines Beschädigten im Sinne des § 21 des Kriegsopferversorgungsgesetzes 1957 bzw. nach Maßgabe der jeweiligen Vorschriften über die Versorgung der Kriegsofoper;
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.

(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

(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.

(10) unverändert.

#### Wartezeit

§ 111. (1) Der Anspruch auf jede der im § 103 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 § 110 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 (§ 104 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.

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

#### Bemessungsgrundlage

§ 113. (1) unverändert.

(2) Für die Ermittlung der Bemessungszeit kommen in Betracht:  
1. bis 4. unverändert.

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.

(10) unverändert.

#### Wartezeit

§ 111. (1) Der Anspruch auf jede der im § 103 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 § 110 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 (§ 104 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.

(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

§ 113. (1) unverändert.

(2) Für die Ermittlung der Bemessungszeit kommen in Betracht:  
1. bis 4. unverändert.

BSVG — Geltende Fassung

Bemessungszeitpunkt ist der Stichtag.

(3) und (4) unverändert.

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

1. Beitragsmonate der Pflichtversicherung, deren Beitragsgrundlagen durch berufliche Maßnahmen der Rehabilitation (§ 153 dieses Bundesgesetzes sowie §§ 198 bzw. 303 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes und § 161 des Gewerblichen 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.

**Bemessungsgrundlage bei Vollendung des 50. Lebensjahres**

§ 114. (1) unverändert.

(2) Die Bemessungsgrundlage bei Vollendung des 50. Lebensjahres ist unbeschadet Abs. 3 und 4 unter entsprechender Anwendung des § 113 Abs. 1 und 5 wie folgt zu ermitteln:

1. unverändert.

BSVG — Vorgeschlagene Fassung

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) und (4) unverändert.

(5) 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 (§ 153 dieses Bundesgesetzes sowie §§ 198 bzw. 303 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes und § 161 des Gewerblichen 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 Dienstnehmer an den Dienstgeber ein besonderer Pensionsbeitrag geleistet worden ist, sofern für diese Zeiten ein Überweisungsbetrag nach § 167 dieses Bundesgesetzes bzw. § 311 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes bzw. § 175 des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes geleistet worden ist.

**Bemessungsgrundlage bei Vollendung des 50. Lebensjahres**

§ 114. (1) unverändert.

(2) Die Bemessungsgrundlage bei Vollendung des 50. Lebensjahres ist unbeschadet Abs. 3 und 4 unter entsprechender Anwendung des § 113 Abs. 1 und 5 wie folgt zu ermitteln:

1. unverändert.

## BSVG — Geltende Fassung

2. für die Ermittlung der Bemessungszeit kommen die letzten 120 Versicherungsmonate im Sinne des § 110 vor dem Bemessungszeitpunkt in Betracht;
3. unverändert.
- (3) bis (5) unverändert.

**Vorzeitige Alterspension bei Arbeitslosigkeit**

§ 122 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 (§ 111), der (die) Versicherte am Stichtag (§ 104 Abs. 2) nicht selbständig erwerbstätig ist, die weitere Voraussetzung des § 121 Abs. 2 erfüllt hat und innerhalb der letzten fünfzehn Monate vor dem Stichtag (§ 104 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**

§ 130. (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

## BSVG — Vorgeschlagene Fassung

2. für die Ermittlung der Bemessungszeit kommen die letzten 120 Versicherungsmonate im Sinne des § 110 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.

**Vorzeitige Alterspension bei Arbeitslosigkeit**

§ 122 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 (§ 111), der (die) Versicherte am Stichtag (§ 104 Abs. 2) nicht selbständig erwerbstätig ist, die weitere Voraussetzung des § 121 Abs. 2 erfüllt hat und innerhalb der letzten fünfzehn Monate vor dem Stichtag (§ 104 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**

§ 130. (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

BSVG — Geltende Fassung

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.

Richtsätze

§ 141. (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 (§ 119), 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 § 47 mit dem Anpassungsfaktor (§ 45) vervielfachten Beträge.

(3) bis (5) unverändert.

BSVG — Vorgeschlagene Fassung

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.

Richtsätze

§ 141. (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 (§ 119), 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 § 47 mit dem Anpassungsfaktor (§ 45) vervielfachten Beträge.

(3) bis (5) unverändert.

## BSVG — Geltende Fassung

**Medizinische Maßnahmen**

§ 152. (1) unverändert.

(2) Die Maßnahmen gemäß Abs. 1 werden vom Versicherungsträger aus 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 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**

§ 161. (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.

## BSVG — Vorgeschlagene Fassung

**Medizinische Maßnahmen**

§ 152. (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 § 96 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 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**

§ 161. (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.

## BSVG — Geltende Fassung

### Ersatzanspruch des Trägers der Sozialhilfe

§ 173. (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 Geistesranke, 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 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 Anspruchübergang erfaßte Teil der Pension auf das jeweilige Land übergeht. Der vom Anspruchübergang erfaßte Betrag vermindert sich für jeden weiteren unterhaltsberechtigten Angehörigen um je 10 vH dieses Anspruches. Wenn und soweit die Pflegegebühren durch den vom Anspruchübergang erfaßten Betrag noch nicht gedeckt sind, geht auch ein allfälliger Anspruch auf Hilflosenzuschuß höchstens bis zu 80 vH auf den Träger der Sozialhilfe über. Die dem Pensionsberechtigten für seine Angehörigen zu belassenden Beträge können vom Versicherungsträger unmittelbar an die Angehörigen ausgezahlt werden.

(4) unverändert.

### Beziehungen zu den Vertragspartnern

§ 181. Hinsichtlich der Beziehungen des Versicherungsträgers zu den Ärzten, Dentisten, Hebammen, Apothekern, Krankenanstalten und anderen Vertrags-

## BSVG — Vorgeschlagene Fassung

### Ersatzanspruch des Trägers der Sozialhilfe

§ 173. (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 Geistesranke, 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 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 Anspruchübergang erfaßte Teil der Pension auf das jeweilige Land übergeht. Der vom Anspruchübergang erfaßte Betrag vermindert sich für jeden weiteren unterhaltsberechtigten Angehörigen um je 10 vH dieses Anspruches. Wenn und soweit die Pflegegebühren durch den vom Anspruchübergang erfaßten Betrag noch nicht gedeckt sind, geht auch ein allfälliger Anspruch auf Hilflosenzuschuß höchstens bis zu 80 vH auf den Träger der Sozialhilfe über. Der vom Anspruchübergang erfaßte Betrag vermindert sich in dem Maß, als der dem unterhaltsberechtigten Angehörigen verbleibende Teil der Pension zuzüglich seines sonstigen Nettoeinkommens (§ 140 Abs. 3) den jeweils geltenden Richtsatz gemäß § 141 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

§ 181. Hinsichtlich der Beziehungen des Versicherungsträgers zu den Ärzten, Dentisten, Hebammen, Apothekern, freiberuflich tätigen klinischen Psychologen

**BSVG — Geltende Fassung**

partnern gelten die Bestimmungen des Sechsten Teiles des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes mit der Maßgabe, daß

1. bis 6. unverändert.

**Ablehnung des Amtes**

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

**Haftung der Versicherungsvertreter**

§ 189. 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.

**BSVG — Vorgeschlagene Fassung**

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**

§ 187. (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 (§ 186) den Versicherungsträger nachweislich in Kenntnis zu setzen und ist unbeschadet des § 190 zweiter Satz ab dem Zeitpunkt des Einlangens dieser Mitteilung beim Versicherungsträger zur Ausübung seines Amtes ab dem Zeitpunkt, ab dem er bestellt ist, berechtigt.

**Pflichten und Haftung der Versicherungsvertreter**

§ 189. 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.



BSVG — Geltende Fassung

**Vorsitz in den Verwaltungskörpern**

§ 192. (1) bis (4) unverändert.

(5) Den Vorsitz im Renten(Pensions)ausschuß und im Rehabilitationsausschuß hat abwechselnd einer der beiden Vertreter der Versicherten zu führen.

**Angelobung der Versicherungsvertreter**

§ 193. (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**

§ 206 a. Jede Beteiligung des Versicherungsträgers an fremden Einrichtungen gemäß § 13 Abs. 2 ist nur mit Genehmigung des Bundesministers für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen zulässig.

**Vorläufiger Verwalter**

§ 211. (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

BSVG — Vorgeschlagene Fassung

**Vorsitz in den Verwaltungskörpern**

§ 192. (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) Den Vorsitz im Renten(Pensions)ausschuß und im Rehabilitationsausschuß hat abwechselnd einer der beiden Vertreter der Versicherten zu führen.

**Angelobung der Versicherungsvertreter**

§ 193. 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 § 189 hinzuweisen.

**Genehmigung der Beteiligung an fremden Einrichtungen**

§ 206 a. Beschlüsse der Verwaltungskörper über eine Beteiligung an fremden Einrichtungen gemäß § 13 Abs. 2 bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Genehmigung durch den Bundesminister für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen.

**Vorläufiger Verwalter**

§ 211. (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

## BSVG — Geltende Fassung

stellen, der aus Vertretern der Versicherten bestehen soll und dessen Aufgaben und Befugnisse vom Bundesminister für Arbeit und Soziales bestimmt werden; die Vorschriften der §§ 185 Abs. 2 bis 7 und 193 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 § 185 zu treffen. Ihm obliegt die erstmalige Einberufung der Verwaltungskörper.

(2) und (3) unverändert.

**Mitwirkung von Behörden und gesetzlichen beruflichen Vertretungen**

§ 217. (1) unverändert.

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

1. bis 4. unverändert.
5. Name und Anschrift eines allfälligen Zustellungsbevollmächtigten.

(3) und (4) unverändert.

**Wirksamkeitsbeginn**

§ 241. (1) und (2) unverändert.

## BSVG — Vorgeschlagene Fassung

stellen, der aus Vertretern der Versicherten bestehen soll und dessen Aufgaben und Befugnisse vom Bundesminister für Arbeit und Soziales bestimmt werden; die Vorschriften der §§ 185 Abs. 2 bis 7 und 193 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 § 185 zu treffen. Ihm obliegt die erstmalige Einberufung der Verwaltungskörper.

(2) und (3) unverändert.

**Mitwirkung von Behörden und gesetzlichen beruflichen Vertretungen**

§ 217. (1) unverändert.

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

1. bis 4. unverändert.
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.

(3) und (4) unverändert.

§ 240 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.

**Vollziehung des Bundesgesetzes**

§ 241. (1) Mit der Vollziehung dieses Bundesgesetzes ist betraut:

- a) unverändert.
- b) hinsichtlich der §§ 30, 31, 31 a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. .../1991, 147 Abs. 4, 205 Abs. 3 zweiter Satz, 206 Abs. 2, 206 a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. .../1991, 207 Abs. 1, 208 Abs. 2 und 3 jeweils letzter Satz, 217 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. .../1991 und 224 der Bundesminister für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen;
- c) bis g) unverändert.

**Vollziehung des Bundesgesetzes**

§ 242. Mit der Vollziehung dieses Bundesgesetzes ist betraut:

- a) unverändert.
- b) hinsichtlich der Bestimmungen der §§ 30, 31, 147 Abs. 4, 205 Abs. 3 zweiter Satz, 206 Abs. 2, 207 Abs. 1, 208 Abs. 2 und Abs. 3 jeweils letzter Satz, 217 und 224 der Bundesminister für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen;
- c) bis g) unverändert.

**Wirksamkeitsbeginn**

§ 242. (1) und (2) unverändert.

§ 243. (1) Die §§ 2 Abs. 1 Z 1, 3 Abs. 2 lit. d, 9 Abs. 1 lit. b, Abs. 4 und Abs. 5, 18 Abs. 1 und 2, 19 Abs. 1, 23 Abs. 3 lit. g, 24 Abs. 1, 24 a, 27 Abs. 4, 28 Abs. 5, 31 a, 39 Abs. 1, 40 Abs. 1, 45 a, 57 a Abs. 1, 74 Abs. 1, 2, 3 und 4, 75 Z 1 und 2, 78 Abs. 9, 80 Abs. 3 lit. a, 85 Abs. 1, 89 Abs. 1 und 3, 94, 96 Abs. 1, 96 a, 96 b, 100 Abs. 1 und 2, 101 Abs. 1 Z 4, 106 Abs. 1 Z 3, 107 Abs. 1 Z 3 und Abs. 9, 111 Abs. 1, 2 lit. b und Abs. 6, 113 Abs. 2 und Abs. 5 Z 1, 114 Abs. 2 Z 2, 122 a Abs. 1 Z 4, 130 Abs. 5, 141 Abs. 1 und 2, 152 Abs. 2, 161 Abs. 2 Z 5, 173 Abs. 3, 181, 187, 189, 192 Abs. 5, 193, 206 a, 211 Abs. 1, 217 Abs. 2 Z 6 und 240 a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. .../1991 treten am 1. Jänner 1992 in Kraft.

(2) Personen, die nach den am 31. Dezember 1991 in Geltung gestandenen Vorschriften des § 9 Abs. 1 lit. b zur Weiterversicherung in der Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz berechtigt waren, es aber nach den Bestimmungen des § 9 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 § 106 Abs. 1 Z 3 in der am 31. Dezember 1991 in Geltung gestandenen Fassung Beiträge wirksam entrichten konnten, es aber nach den Bestimmungen des § 106 Abs. 1 Z 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl.

## BSVG — Geltende Fassung

## Leistungen der Betriebshilfe (des Wochengeldes)

§ 3. (1) und (2) unverändert.

(3) Wird die Leistung nach Abs. 1 nicht im Wege der Beistellung einer Arbeitskraft durch den Versicherungsträger erbracht, so gebührt an Stelle dieser Leistung ein tägliches Wochengeld, solange während des im Abs. 1 genannten Zeitraumes eine geeignete betriebsfremde Hilfe ständig zur Entlastung der Wöchnerin eingesetzt worden ist. Als ständig gilt nur eine Tätigkeit, die

- a) an mindestens vier Tagen oder im Ausmaß von 20 Stunden in einer Woche oder
- b) bezogen auf den Zeitraum vor bzw. nach der Entbindung (Abs. 1), jeweils im Durchschnitt an vier Tagen oder im Ausmaß von 20 Stunden in einer Woche

von der betriebsfremden Hilfe zur Entlastung der Wöchnerin verrichtet wird. Das Ausmaß des täglichen Einsatzes ist unter Anführung des Namens und der Anschrift der betriebsfremden Hilfe in geeigneter Weise glaubhaft zu machen.

## BSVG — Vorgeschlagene Fassung

## BHG — Vorgeschlagene Fassung

## Leistungen der Betriebshilfe (des Wochengeldes)

§ 3. (1) und (2) unverändert.

(3) Wird die Leistung nach Abs. 1 nicht im Wege der Beistellung einer Arbeitskraft durch den Versicherungsträger erbracht, so gebührt an Stelle dieser Leistung ein tägliches Wochengeld, solange während des im Abs. 1 genannten Zeitraumes eine geeignete betriebsfremde, soweit eine solche nicht zur Verfügung steht, eine nicht betriebsfremde Hilfe ständig zur Entlastung der Wöchnerin eingesetzt worden ist. Als ständig gilt nur eine Tätigkeit, die

- a) an mindestens vier Tagen oder im Ausmaß von 20 Stunden in einer Woche oder
- b) bezogen auf den Zeitraum vor bzw. nach der Entbindung (Abs. 1), jeweils im Durchschnitt an vier Tagen oder im Ausmaß von 20 Stunden in einer Woche

von der Hilfe zur Entlastung der Wöchnerin verrichtet wird. Das Ausmaß des täglichen Einsatzes ist unter Anführung des Namens und der Anschrift der Hilfe in geeigneter Weise glaubhaft zu machen.

Nr. .../1991 nicht mehr können, können diese Beiträge bis 31. Dezember 1992 wirksam entrichten.

(4) § 113 Abs. 5 Z 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. .../1991 tritt am 1. Jänner 1988 in Kraft.

(5) § 91 Z 4 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. .../1991 tritt am 1. Jänner 1990 in Kraft.

(6) § 107 Abs. 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. .../1991 tritt am 3. September 1990 in Kraft.

(7) § 107 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.

(8) § 122 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.

BHG — Geltende Fassung

- (4) Die Voraussetzung des Abs. 3 entfällt, wenn
1. infolge der örtlichen Lage des Betriebes eine betriebsfremde Hilfe oder Nachbarschaftshilfe nicht herangezogen werden kann, oder
  2. wegen der Art der der Wöchnerin zustehenden Berechtigung zur Ausübung der die Pflichtversicherung begründenden selbständigen Erwerbstätigkeit der Einsatz einer betriebsfremden Hilfe zur Entlastung der Wöchnerin nicht zulässig ist.
- (5) bis (8) unverändert.

**Artikel VI**  
**Inkrafttreten**

Dieses Bundesgesetz tritt am 1. Juli 1982 in Kraft.

BHG — Vorgeschlagene Fassung

- (4) Die Voraussetzung des Abs. 3 entfällt, wenn
1. infolge der örtlichen Lage des Betriebes eine Hilfe oder Nachbarschaftshilfe nicht herangezogen werden kann, oder
  2. wegen der Art der der Wöchnerin zustehenden Berechtigung zur Ausübung der die Pflichtversicherung begründenden selbständigen Erwerbstätigkeit der Einsatz einer Hilfe zur Entlastung der Wöchnerin nicht zulässig ist.
- (5) bis (8) unverändert.

**Artikel VI**  
**Inkrafttreten**

- (1) Dieses Bundesgesetz tritt am 1. Juli 1982 in Kraft.
- (2) Art. I § 3 Abs. 3 und 4 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. xxxx/1991 treten am 1. Jänner 1992 in Kraft.