

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

Nachdruck vom 29. 11. 1991

Regierungsvorlage

Bundesgesetz, mit dem das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz geändert wird (21. Novelle zum Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz)

Der Nationalrat hat beschlossen:

Das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 200/1967, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. Nr. 234/1991, wird wie folgt geändert:

1. Im § 2 Abs. 1 Z 2 entfällt der Ausdruck „Krankenfürsorgeanstalt der Beamten der Stadtgemeinde Mürzzuschlag“.

2. § 20 lautet:

„Allgemeine Beiträge

§ 20. (1) Allgemeiner Beitrag ist ein einheitlicher Hundertsatz der Beitragsgrundlage (§ 19). Der Hundertsatz beträgt ab dem Jahre 1992 6,6.

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

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

„Zusatzbeitrag in der Krankenversicherung

§ 20 a. (1) Für in der Krankenversicherung versicherte Personen ist ein Zusatzbeitrag in der Krankenversicherung im Ausmaß von 0,5 vH der Beitragsgrundlage (§ 19) zu leisten. Von diesem Zusatzbeitrag entfallen

1. auf den Versicherten 0,25 vH,
2. auf dessen Dienstgeber 0,25 vH der Beitragsgrundlage.

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

3. Im § 26 a Abs. 2 wird der Ausdruck „140 S“ durch den Ausdruck „175 S“ ersetzt.

4. § 26 a Abs. 3 lautet:

„(3) An die Stelle des in Abs. 2 genannten Betrages tritt ab 1. Jänner eines jeden Jahres jener Betrag, der sich durch die Erhöhung um den jeweiligen auf eine Dezimalstelle gerundeten Hundertsatz ergibt, um den sich zu diesem Zeitpunkt das Gehalt der Gehaltsstufe 2 der Dienstklasse V nach dem Gehaltsgesetz 1956 einschließlich einer allfälligen Teuerungszulage gegenüber dem vergleichbaren Gehalt am 1. Jänner des vorangegangenen Jahres ändert oder geändert hat. Tritt eine Änderung des genannten Gehaltes am 1. Jänner des in Betracht kommenden Jahres nicht ein, so gilt der zuletzt festgestellte Betrag als Beitrag. § 19 Abs. 5 letzter Satz und § 22 Abs. 5 erster Satz gelten entsprechend.“

5. § 26 b lautet:

„Einzahlung der Beiträge

§ 26 b. Für die Einzahlung der Beiträge nach § 26 a gilt § 23 mit der Maßgabe, daß die Beiträge gemäß § 26 a Abs. 2 bei der Versicherungsanstalt bis zum 31. März eines jeden Jahres einzuzahlen sind.“

6. Nach § 32 Abs. 3 erster Satz wird folgender Satz eingefügt:

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

7. § 51 Abs. 1 Z 1 lautet:

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

8. § 51 Abs. 1 Z 3 lautet:

„3. für Zahnbehandlung und Zahnersatz;“

9. § 51 Abs. 1 Z 4 lautet:

„4. für medizinische Maßnahmen der Rehabilitation;“

10. Dem § 51 Abs. 1 wird folgende Z 5 angefügt:

„5. für die Gesundheitsförderung.“

11. § 51 Abs. 2 lautet:

„(2) Überdies können aus Mitteln der Krankenversicherung

1. Maßnahmen der erweiterten Heilbehandlung (§ 70) und

2. Maßnahmen zur Krankheitsverhütung (§ 72) gewährt werden.“

12. § 51 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 Dienstunfälle, 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 Dienstunfälle) verwendet werden, wenn dies der Erfüllung der in den Abs. 1 und 2 genannten Aufgaben dient.“

13. § 51 Abs. 4 (alt) erhält die Bezeichnung 5.

14. § 52 Z 2 lautet:

„2. aus dem Versicherungsfall der Krankheit: Krankenbehandlung (§§ 62 bis 65), erforderlichenfalls medizinische Hauskrankenpflege (§ 71) oder Anstaltspflege (§§ 66 bis 68);“

15. § 56 Abs. 4 lautet:

„(4) Kinder und Enkel (Abs. 2 Z 2 bis 6) gelten im Rahmen der Altersgrenzen des Abs. 3 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.“

16. Nach § 60 wird folgender § 60 a eingefügt:

„Kostenzuschüsse bei Fehlen vertraglicher Regelungen

§ 60 a. Stehen andere Vertragspartner infolge Fehlens von Verträgen nicht zur Verfügung, so gilt § 60 mit der Maßgabe, daß in jenen Fällen, in denen noch keine Verträge für den Bereich einer Berufsgruppe bestehen, die Versicherungsanstalt den Versicherten die in der Satzung festgesetzten

Kostenzuschüsse zu leisten hat. Die Versicherungsanstalt hat das Ausmaß dieser Zuschüsse unter Bedachtnahme auf ihre finanzielle Leistungsfähigkeit festzusetzen.“

17. § 63 Abs. 1 zweiter Satz lautet:

„Im Rahmen der Krankenbehandlung (§ 62 Abs. 2) ist der ärztlichen Hilfe gleichgestellt:

1. eine auf Grund ärztlicher Verschreibung erforderliche

a) physiotherapeutische,

b) logopädisch-phoniatrisch-audiometrische oder

c) ergotherapeutische

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

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

3. eine psychotherapeutische Behandlung durch Personen, die gemäß § 11 des Psychotherapiegesetzes, BGBl. Nr. 361/1990, zur selbständigen Ausübung der Psychotherapie berechtigt sind.“

18. § 65 Abs. 8 lautet:

„(8) Körperersatzstücke, orthopädische Behelfe und andere Hilfsmittel werden nicht gewährt bzw. die Kosten der Instandsetzung nicht übernommen, wenn auf diese Leistungen Anspruch aus der gesetzlichen Unfallversicherung, eine Leistungsverpflichtung im Rahmen der medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation oder ein gleichartiger Anspruch nach den Bestimmungen des Kriegsopferversorgungsgesetzes 1957, BGBl. Nr. 152, des Opferfürsorgegesetzes, BGBl. Nr. 183/1947, des Heeresversorgungsgesetzes, BGBl. Nr. 27/1964, des Strafvollzugsgesetzes, BGBl. Nr. 144/1969, oder aus einer auf landesgesetzlichen Vorschriften beruhenden Unfallfürsorgeeinrichtung besteht.“

19. Nach § 65 werden folgende §§ 65 a und 65 b eingefügt:

287 der Beilagen

3

„Medizinische Maßnahmen der Rehabilitation in der Krankenversicherung

§ 65 a. (1) Die Versicherungsanstalt 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 § 62 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 gemäß § 83 Abs. 5.

(3) Betreffend die Vereinbarungen zur Durchführung der Rehabilitation gilt § 99 e.

(4) Die Gewährung von Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit (§ 70 a) zählt nicht zu den Aufgaben der medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation.

Gesundheitsförderung

§ 65 b. (1) Die Versicherungsanstalt als Träger der Krankenversicherung hat allgemein über Gesundheitsgefährdung und über die Verhütung von Krankheiten und Unfällen — ausgenommen Dienstunfälle — aufzuklären sowie darüber zu beraten, wie Gefährdungen vermieden und Krankheiten sowie Unfälle — ausgenommen Dienstunfälle — 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) Die Versicherungsanstalt kann die im Abs. 1 bezeichneten Maßnahmen auch dadurch treffen, daß sie sich an Einrichtungen der Gesundheitsfürsorge, die den gleichen Zwecken dienen, beteiligt. Abs. 2 ist anzuwenden.“

20. Die Überschrift zu § 66 lautet:

„Gewährung der Anstaltspflege oder der medizinischen Hauskrankenpflege“

21. § 66 Abs. 1 lautet:

„(1) Wenn und solange es die Art der Krankheit erfordert, ist Pflege in einer Krankenanstalt zu gewähren. Wenn und solange es die Art der Krankheit zuläßt, ist anstelle von Anstaltspflege medizinische Hauskrankenpflege zu gewähren. Die Anstaltspflege ist auch zu gewähren, wenn die Möglichkeit einer medizinischen Hauskrankenpflege nicht gegeben ist.“

22. § 66 Abs. 3 lautet:

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

23. Im § 70 wird der Ausdruck „Maßnahmen der Rehabilitation“ durch den Ausdruck „Maßnahmen der erweiterten Rehabilitation“ ersetzt.

24. Im § 70 a Abs. 1 entfallen die Worte „neben oder im Anschluß an eine Krankenbehandlung geeignete“.

25. § 70 a Abs. 2 lautet:

„(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 gemäß § 83 Abs. 5.“

26. Die Überschrift zu § 70 b lautet:

„Maßnahmen der erweiterten Rehabilitation“

27. § 70 b Abs. 1 lautet:

„(1) Die Versicherungsanstalt kann unter Berücksichtigung des Zieles der Rehabilitation gemäß § 87 Abs. 2 und nach Maßgabe des § 70 in der Krankenversicherung Versicherten, die an einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung leiden, ausgenommen die im § 1 Abs. 1 Z 7, 12 und 14 lit. b bezeichneten Personen, nach Maßgabe der §§ 87 Abs. 2 und 99 a bis 99 d berufliche und soziale Maßnahmen gewähren.“

28. § 70 b Abs. 2 lautet:

„(2) Die Maßnahmen gemäß Abs. 1 umfassen auch die Übernahme der Reise- und Transportkosten gemäß § 83 Abs. 5.“

29. Im § 70 b Abs. 3 wird der Ausdruck „der Rehabilitation“ durch den Ausdruck „der erweiterten Rehabilitation“ ersetzt.

30. § 71 lautet:

„Medizinische Hauskrankenpflege

§ 71. (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 von der Versicherungsanstalt beigestellt werden oder die mit der Versicherungsanstalt 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 (§ 128) oder die eigenen Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) der Versicherungsanstalt in Anspruch genommen, so gebührt ihm (ihr) Kostenersatz gemäß § 59.

(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 § 66 Abs. 4 bezeichneten Einrichtungen oder in einer Sonderkrankenanstalt, die vorwiegend der Rehabilitation dient, untergebracht ist.“

31. § 72 Abs. 1 Z 3 lautet:

„3. gesundheitliche Erziehung der Versicherten und ihrer Angehörigen;“

32. Dem § 72 Abs. 1 wird nach der Z 3 folgende Z 4 angefügt:

„4. die Übernahme der Reisekosten in den Fällen der Z 1 bis 3 gemäß § 83 Abs. 5.“

33. Im § 74 Abs. 1 wird der Ausdruck „§ 52 Abs. 1 Z 2“ durch den Ausdruck „§ 52 Z 3“ ersetzt.

34. Dem § 76 wird folgender Satz angefügt:

„Hat die Anspruchsberechtigte nicht die Vertragspartner (§ 128) oder die eigenen Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) der Versicherungsanstalt in Anspruch genommen, so gebührt ihr Kostenersatz gemäß § 59.“

35. Im § 82 wird der Ausdruck „§ 52 Abs. 1 Z 2 und 3“ durch den Ausdruck „§ 52 Z 2 und 3“ ersetzt.

36. § 83 Abs. 5 lautet:

„(5) Durch die Satzung kann im Zusammenhang mit medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation (§ 65 a Abs. 2), mit Maßnahmen der erweiterten Heilbehandlung (§§ 70 a Abs. 2 und 70 b Abs. 1) und Maßnahmen der Krankheitsverhütung (§ 72 Abs. 1) die Übernahme von Reise-(Fahrt-) und Transportkosten als freiwillige Leistung unter Bedachtnahme auf Abs. 1 bis 3 sowie auf die wirtschaftlichen Verhältnisse des Versicherten bzw. Angehörigen vorgesehen werden.“

37. § 90 Abs. 2 Z 2 lautet:

„2. auf einem Weg von der Dienststätte oder der Wohnung zu einer Untersuchungs- oder Behandlungsstelle (wie freiberuflich tätiger Arzt, Ambulatorium, Krankenanstalt) zur Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe (§ 63), Zahnbehandlung (§ 69) oder der Durchführung einer Vorsorge(Gesunden)untersuchung (§ 61 a) und anschließend auf dem Weg zurück zur Dienststätte oder zur Wohnung, sofern dem Dienstgeber die Stätte der Untersuchung bzw. Behandlung bekanntgegeben wurde, ferner auf dem Weg von der Dienststätte oder von der Wohnung zu einer Untersuchungsstelle, wenn sich der Versicherte der Untersuchung auf Grund einer gesetzlichen Vorschrift oder einer Anordnung der Versicherungsanstalt oder des Dienstgebers unterziehen muß, und anschließend auf dem Weg zurück zur Dienststätte oder zur Wohnung;“

38. Im § 90 Abs. 2 wird der Punkt am Ende der Z 8 durch einen Strichpunkt ersetzt. Folgende Z 9 wird angefügt:

„9. auf einem Weg eines (einer) Versicherten zur oder von der Dienststätte (Z 1) zu einem Kindergarten (Kindertagesstätte, fremde Obhut) oder zu einer Schule, um das Kind (§ 105 Abs. 2) oder den Schüler (die Schülerin) (§ 8 Abs. 1 Z 3 lit. h des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes) eines (einer) Versicherten dorthin zu bringen oder von dort abzuholen, wenn dem (der) Versicherten die gesetzliche Aufsicht obliegt.“

39. Im § 94 Abs. 2 zweiter Satz wird der Ausdruck „eine neue Heilbehandlung“ durch den Ausdruck „eine Heilbehandlung“ ersetzt.

40. Im § 121 Abs. 3 wird nach dem zweiten Satz folgender Satz eingefügt:

„Der vom Anspruchsübergang erfaßte Betrag vermindert sich in dem Maß, als der dem unterhaltsberechtigten Angehörigen verbleibende Teil der Rente zuzüglich seines sonstigen Nettoeinkommens (§ 292 Abs. 3 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes) den jeweils geltenden Richtsatz gemäß § 293 Abs. 1 lit. a bb des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes nicht erreicht.“

41. Im § 128 Einleitung wird der Ausdruck „Apothekern, Krankenanstalten und anderen Vertragspartnern“ durch den Ausdruck „Apothekern, freiberuflich tätigen klinischen Psychologen, freiberuflich tätigen Psychotherapeuten, Pflegepersonen, die medizinische Hauskrankenpflege gemäß § 71 erbringen, Krankenanstalten und anderen Vertragspartnern“ ersetzt.

42. § 134 lautet:

„Ablehnung des Amtes und Recht zur Amtsausübung

§ 134. (1) Nach mindestens zweijähriger Amtsführung kann eine Wiederentsendung für die nächste Amtsdauer abgelehnt werden.

(2) Der Versicherungsvertreter (Stellvertreter) hat von der Annahme seiner Entsendung (§ 133) die Versicherungsanstalt nachweislich in Kenntnis zu setzen und ist unbeschadet des § 137 zweiter Satz ab dem Zeitpunkt des Einlangens dieser Mitteilung bei der Versicherungsanstalt zur Ausübung seines Amtes ab dem Zeitpunkt, ab dem er entsandt ist, berechtigt.“

43. Die Überschrift zu § 136 lautet:

„Pflichten und Haftung der Versicherungsvertreter“

44. Im § 136 treten an die Stelle des ersten Satzes folgende Sätze:

„Die Mitglieder der Verwaltungskörper haben bei der Ausübung ihres Amtes die Gesetze der Republik Österreich, die Satzung der Versicherungsanstalt 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, BGBl. Nr. 20/1949, in der jeweils geltenden Fassung, für jeden Schaden, der der Versicherungsanstalt aus der Vernachlässigung ihrer Pflichten erwächst.“

45. § 142 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.“

46. § 142 Abs. 5 und 6 (alt) erhalten die Bezeichnung 6 und 7.

47. § 143 lautet:

„Angelobung der Versicherungsvertreter

§ 143. Der Obmann der Versicherungsanstalt, die Vorsitzenden des Überwachungsausschusses sowie der Landesvorstände und deren Stellvertreter sind von der Aufsichtsbehörde, die übrigen Versicherungsvertreter vom Obmann bzw. vom vorläufigen Verwalter anzugeloben und dabei nachweislich auf ihre Pflichten gemäß § 136 hinzuweisen.“

48. § 153 a lautet:

„Genehmigung der Beteiligung an fremden Einrichtungen

§ 153 a. Beschlüsse der Verwaltungskörper über eine Beteiligung an fremden Einrichtungen gemäß § 9 Abs. 3 bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Genehmigung durch den Bundesminister für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen.“

49. Im § 156 Abs. 1 wird der Ausdruck „143 Abs. 2“ durch den Ausdruck „143“ ersetzt.

50. Nach § 170 wird ein § 170 a mit folgendem Wortlaut eingefügt:

„§ 170 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.“

51. Der bisherige Inhalt des § 171 samt Überschrift erhält die Bezeichnung § 172.

52. Der bisherige Inhalt des § 172 samt Überschrift erhält die Bezeichnung § 171.

53. Dem § 171 (neu) wird folgender Abs. 3 angefügt:

„(3) Mit der Vollziehung des § 153 a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. .../1991 ist der Bundesminister für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen betraut.“

54. Nach § 172 (neu) wird folgender § 173 angefügt:

„§ 173. (1) Es treten in Kraft:

1. mit 1. Jänner 1992 die §§ 20, 20 a, 26 a Abs. 2 und 3, 26 b, 32 Abs. 3, 51 Abs. 1 bis 5, 52 Z 2, 56 Abs. 4, 60 a, 63 Abs. 1, 65 Abs. 8, 65 a, 65 b, 66 Abs. 1 und 3, 70, 70 a Abs. 1 und 2, 70 b Abs. 1 bis 3, 71, 72 Abs. 1 Z 3 und 4, 74 Abs. 1,

- 76, 82, 83 Abs. 5, 90 Abs. 2, 94 Abs. 2, 121 Abs. 3, 128, 134, 136, 142 Abs. 5 bis 7, 143, 153 a, 156 Abs. 1, 170 a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. .../1991;
2. rückwirkend mit 1. Juli 1991 § 2 Abs. 1 Z 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. .../1991.
- (2) Verordnungen auf Grund des Bundesgesetzes BGBl. Nr. .../1991 können bereits ab dem seiner Kundmachung folgenden Tag erlassen werden.
- (3) § 32 Abs. 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. .../1991 gilt auch für Versicherungsfälle, die nach dem 30. Juni 1967 eingetreten sind. Die Rechtskraft bereits ergangener Entscheidungen steht dem nicht entgegen.
- (4) Ist eine Person am 1. Dezember 1991 auf Grund der Folgen eines Unfalles, der erst gemäß § 90 Abs. 2 Z 2 bzw. Z 9 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. .../1991 als Dienstunfall anerkannt wird, völlig dienstunfähig, so sind ihr die Leistungen aus der Unfallversicherung zu gewähren, wenn der Versicherungsfall nach dem 30. Juni 1967 eingetreten ist und der Antrag bis 31. Dezember 1992 gestellt wird. Die Leistungen sind frühestens ab 1. Jänner 1992 zu gewähren. Wird der Antrag später gestellt, gebühren die Leistungen ab dem auf die Antragstellung folgenden Monatsersten.
- (5) Im Falle des durch einen Unfall verursachten Todes des Versicherten, der erst gemäß § 90 Abs. 2 Z 2 bzw. 9 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. .../1991 als Dienstunfall anerkannt wird, sind die Leistungen der Unfallversicherung an die Hinterbliebenen zu gewähren, wenn der Versicherungsfall nach dem 30. Juni 1967 eingetreten ist und der Antrag bis 31. Dezember 1992 gestellt wird. Die Leistungen sind frühestens ab 1. Jänner 1992 zu gewähren. Wird der Antrag später gestellt, gebühren die Leistungen ab dem auf die Antragstellung folgenden Monatsersten.
- (6) Leidet ein Versicherter am 1. Dezember 1991 an einer Krankheit, die erst auf Grund der Anlage 1 zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz in der Fassung der 50. Novelle zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. xxx, als Berufskrankheit anerkannt wird, so sind ihm die Leistungen der Unfallversicherung zu gewähren, wenn der Versicherungsfall nach dem 30. Juni 1967 eingetreten ist und der Antrag bis 31. Mai 1992 gestellt wird. Die Leistungen sind frühestens ab 1. Dezember 1991 zu gewähren. Wird der Antrag später gestellt, so gebühren die Leistungen ab dem Tag der Antragstellung.
- (7) Im Falle des durch eine Krankheit verursachten Todes des Versicherten, der erst auf Grund der Anlage 1 zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz in der Fassung der 50. Novelle zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. xxx, als Berufskrankheit anerkannt wird, sind die Leistungen der Unfallversicherung an die Hinterbliebenen zu gewähren, wenn der Versicherungsfall nach dem 30. Juni 1967 eingetreten ist und der Antrag bis 31. Mai 1992 gestellt wird. Die Leistungen sind frühestens ab 1. Dezember 1991 zu gewähren. Wird der Antrag später gestellt, so gebühren die Leistungen ab dem Tag der Antragstellung.“

VORBLATT**A. Problem und Ziel:**

Erfüllung des Regierungsprogramms, insbesondere im Bereich der Krankenversicherung.

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.

C. Alternativen:

Beibehaltung des geltenden Rechtszustandes.

D. Kosten:

Die als budgetbegleitende Maßnahme auf das Jahr 1992 beschränkte vorgesehene Senkung des Beitrages zur Krankenversicherung nach dem B-KUVG bringt dem Bund eine Einsparung von rund 500 Millionen Schilling im Jahre 1992.

E. Konformität mit EG-Recht gegeben.

Erläuterungen

Die gleichzeitig zur Behandlung gelangende Vorlage einer 50. Novelle zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz enthält ua. Änderungen von Bestimmungen, die weitgehend auch im Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz enthalten sind. Um die bisherige Übereinstimmung der jeweiligen Vorschriften in den beiden Rechtsbereichen weiterhin aufrecht zu erhalten, ist es erforderlich, die in Betracht kommenden B-KUVG-Vorschriften im Rahmen des vorliegenden Entwurfes einer 21. Novelle zum B-KUVG an die im Entwurf einer 50. Novelle zum ASVG geänderten ASVG-Bestimmungen anzupassen.

Den Schwerpunkt der Änderungen des Entwurfes einer 50. Novelle zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz bilden die Maßnahmen im Bereich der Krankenversicherung. Ihr Ausgangspunkt sind die Regierungserklärung vom 18. Dezember 1990 und das Arbeitsübereinkommen der Regierungsparteien vom 17. Dezember 1990 sowie die Ergebnisse des Arbeitskreises „Strukturreform der Krankenversicherung“, der in der Zeit vom November 1989 bis Juni 1990 im Bundesministerium für Arbeit und Soziales Beratungen abgehalten hat. Insbesondere die Regierungserklärung und das Arbeitsübereinkommen setzen sich zum Ziel, durch ein Bündel von Maßnahmen das Gesundheitswesen zu verbessern und den Mitteleinsatz zu optimieren.

Im Bereich der Unfallversicherung sieht der Entwurf einer 50. Novelle zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz weitere Verbesserungen, ua. durch eine Ausweitung der Liste der Berufskrankheiten, vor. Auf Grund des bestehenden Verweises in § 92 B-KUVG auf die Anlage 1 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes wird diese Maßnahme auch für die Unfallversicherung der öffentlich Bediensteten wirksam.

Folgende wesentliche Maßnahmen sind aus dem Entwurf einer 50. Novelle zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz zu übernehmen:

- Umwandlung der medizinischen Hauskrankenpflege in eine Pflichtleistung
- Gewährung von medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation
- Ermächtigung der Krankenversicherungsträger zur Verbesserung und zum Ausbau der Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Ver-

hütung 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
- Einbeziehung des ergotherapeutischen Dienstes in den Leistungskatalog der Krankenversicherung
- Ausweitung der Liste der Wegunfälle
- Verbesserung der Regelung über den Anfall der Leistungen in der Unfallversicherung
- Klarstellung hinsichtlich des Kostenersatzungsanspruches im Versicherungsfall der Mutterschaft
- Neuregelungen betreffend die Versicherungsvertreter

Um das Auffinden der in Betracht kommenden Erläuterungen im ASVG, die in gleicher Weise auch für die vorliegenden Änderungen im B-KUVG gelten, zu erleichtern, werden die korrespondierenden Änderungen aus den beiden Entwürfen im folgenden einander gegenübergestellt:

B-KUVG

ASVG

§ 32 Abs. 3	§ 86 Abs. 4
§ 51 Abs. 1 Z 1, 3, 4 und 5	§ 116 Abs. 1 Z 1, 4 und 5
§ 51 Abs. 2, 3 und 4	§ 116 Abs. 2, 3 und 4
§ 52 Z 1 bis 3	§ 117 Z 1 bis 3
§ 56 Abs. 4	§ 123 Abs. 5
§ 60 a	§ 131 b
§ 63 Abs. 1	§ 135 Abs. 1
§ 65 Abs. 8	§ 154 Abs. 1
§ 65 a	§ 154 a
§ 65 b	§ 154 b
§ 66	§ 144
§ 70 a Abs. 1 und Abs. 2	§ 155 Abs. 1 und Abs. 2
§ 71	§ 151
§ 72 Abs. 1 Z 4	§ 156 Abs. 1 Z 4
§ 76	§ 159
§ 90 Abs. 2 Z 2 und Z 9	§ 175 Abs. 2 Z 2 und Z 10
§ 94 Abs. 2	§ 183 Abs. 2
§ 121 Abs. 3	§ 324 Abs. 3

287 der Beilagen

9

B-KUVG	ASVG
§ 128 Einleitung	§ 338 Abs. 1 erster Satz
§ 134	§ 422
§ 136	§ 424
§ 142 Abs. 5	§ 431 Abs. 5
§ 143	§ 432
§ 153 a	§ 446 a
§ 156 Abs. 1	§ 451 Abs. 1
§ 170 a	§ 544
§ 171	§ 545
§ 173	§ 547

Spezifisch für den Bereich des Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes soll eine Klarstellung über die Anpassung und Fälligkeit der Beiträge nach § 26 a Abs. 2 B-KUVG erfolgen sowie eine Aktualisierung der in § 2 Abs. 1 Z 2 angeführten Liste der Krankenfürsorgeanstalten.

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 Z 1 und 54 (§§ 2 Abs. 1 Z 2 und 173 Abs. 1 Z 2):

Der Gemeinderat der Stadt Mürtzuschlag hat in seiner Sitzung vom 19. Juni 1991 den Beschluß gefaßt, die Krankenfürsorgeanstalt der Beamten der Stadtgemeinde Mürtzuschlag in Anbetracht der sich aussichtslos entwickelnden Finanzgebarung mit Wirksamkeit 1. Juli 1991 aufzulösen. Die bisher von dieser Krankenfürsorgeanstalt umfaßten Personen, die dem Versichertenkreis des B-KUVG gemäß § 1 angehören, werden daher ab 1. Juli 1991 auch hinsichtlich der Krankenversicherung der Versicherungsgemeinschaft dieses Gesetzes angehören.

Zu Z 2 (§ 20):

Diesbezüglich wird auf die Ausführungen in den Finanziellen Erläuterungen verwiesen.

Zu Z 3, 4 und 54 (§§ 26 a Abs. 2 und 3 und 173 Abs. 2):

Durch die 15. Novelle zum Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 115/1986, wurde der Beitrag des § 26 a Abs. 2 B-KUVG (der 15 Jahre unverändert geblieben war) auf 140 S angehoben, sodaß — auf der Basis 1985 — das ursprüngliche Verhältnis zwischen Beitrag und der Bemessungsgrundlage des § 93 B-KUVG (die

gemäß § 93 Abs. 4 B-KUVG stets valorisiert wurde) wiederhergestellt wurde. Gleichzeitig wurde die Valorisierung des Beitrages des § 26 a Abs. 2 B-KUVG eingeführt, um „dieses Verhältnis auch für die Zukunft zu sichern“.

Nach § 26 a Abs. 3 B-KUVG ändert sich der in Abs. 2 leg. cit. angeführte Betrag ab 1. Jänner eines jeden Jahres um den (in einer gesetzlich bestimmten Weise berechneten) Betrag, um den sich zu diesem Zeitpunkt bei Bundesbeamten (genaue Bezeichnung) das Gehalt (genaue Bezeichnung) ändert. Der Gesetzgeber ging bei Normierung dieser Bestimmung offensichtlich davon aus, daß allfällige Gehaltsänderungen bei Beamten mit 1. Jänner eines jeden Jahres wirksam werden. Da dies in der jüngeren Vergangenheit jedoch nicht mehr regelmäßig der Fall war (zB erfolgte durch die 47. Gehaltsgesetz-Novelle, BGBl. Nr. 288/1988, die Gehaltsanpassung für Bundesbeamte erst mit 1. Juli 1988), wurden Unzulänglichkeiten der Anpassungsregelung des § 26 a Abs. 3 B-KUVG deutlich, die nunmehr beseitigt werden sollen, ohne die Höhe des Beitrages zu verändern.

Die bisherige Regelung sieht die Anpassung des „in § 26 a Abs. 2 B-KUVG angeführten Betrages“ (das sind 140 S auf der Basis 1985) vor. Um das in der 15. Novelle zum B-KUVG hergestellte Verhältnis zwischen Beitrag (§ 26 a Abs. 2 B-KUVG) und Bemessungsgrundlage (§ 93 Abs. 4 B-KUVG) beizubehalten, müssen die zur Bildung des Hundertsatzes heranzuziehenden Gehaltsansätze in derselben zeitlichen Relation wie die vorzunehmende Anpassung stehen. In Übereinstimmung mit den übrigen Anpassungsbestimmungen der Sozialversicherungsgesetze soll künftig nicht der „in § 26 a Abs. 2 B-KUVG angeführte Betrag“, sondern der valorisierte Betrag anzupassen sein. Für 1992 wird der Betrag von 175 S als Basis heranzuziehen sein.

Auf Grund der derzeitigen Formulierung des § 26 a Abs. 3 B-KUVG kann eine Anpassung jeweils nur ab 1. Jänner, jeweils nur für ein Jahr und nur dann erfolgen, wenn zum 1. Jänner eine Gehaltsanpassung stattfindet.

Künftig soll, falls eine Änderung des Gehaltes zum 1. Jänner erfolgt oder im vergangenen Jahr erfolgt ist, eine Valorisierung des Beitrages nach § 26 a Abs. 2 B-KUVG mit Wirksamkeit ab 1. Jänner vorgenommen werden. Ist eine Erhöhung des Gehaltes V/2 des Gehaltsgesetzes nicht erfolgt, so soll der zuletzt festgestellte Betrag ohne die Erlassung einer neuerlichen Verordnung gelten. Gehaltserhöhungen während eines Kalenderjahres oder rückwirkende Gehaltserhöhungen sollen sich erst im Beitrag des nächstfolgenden Kalenderjahres niederschlagen.

§ 173 Abs. 2 soll sicherstellen, daß für 1992 die Verordnung zeitgerecht erlassen werden kann.

2

Zu Z 5 (§ 26 b):

§ 26 b B-KUVG verweist hinsichtlich der Einzahlung der Beiträge der Unfallversicherung auf § 23 B-KUVG (Einzahlung der Beiträge in der Krankenversicherung). Da § 23 B-KUVG keine Regelung über die Einzahlung eines Jahresbeitrages enthält, ist dieser Verweis in bezug auf die Beiträge gemäß § 26 a Abs. 2 B-KUVG lückenhaft. Es soll daher eine Fälligkeitsbestimmung eingeführt werden.

Zu Z 7 bis 12 (§§ 51 Abs. 1 Z 1, Z 3, Z 4, Z 5, Abs. 2, Abs. 3 und Abs. 4):

Die Änderungen des § 51 B-KUVG entsprechen — unter Berücksichtigung des Institutes der erweiterten Heilbehandlung — den Änderungen des § 116 ASVG durch den Entwurf einer 50. Novelle zum ASVG.

Zu Z 14 und 30 (§§ 52 Z 2 und 71):

Die medizinische Hauskrankenpflege (§ 71 B-KUVG) soll künftig nicht mehr als Maßnahme zur Festigung der Gesundheit im Rahmen der erweiterten Heilbehandlung, sondern, wie auch im Entwurf einer 50. Novelle zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (§ 117 ASVG) vorgesehen, als Pflichtleistung aus dem Versicherungsfall der Krankheit erbracht werden (§ 52 Z 2 B-KUVG).

Im übrigen wird hinsichtlich der Regelung der medizinischen Hauskrankenpflege auf die Erläuterungen zu § 151 des Entwurfes einer 50. Novelle zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz verwiesen.

Zu Z 19 (§ 65 a):

§ 65 a B-KUVG übernimmt grundsätzlich die Regelung des § 154 a des Entwurfes einer 50. Novelle zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz, weshalb auf die Erläuterungen dazu verwiesen werden kann.

Zur Koordination betreffend die Durchführung der Rehabilitation soll einerseits eine Regelung im § 70 b B-KUVG betreffend die erweiterte Rehabilitation getroffen und andererseits auf die Bestimmungen des geltenden § 99 e B-KUVG verwiesen werden.

Zu Z 19 und Z 31 (§§ 65 b und 72 Abs. 1 Z 3):

Durch die Einführung der Gesundheitsförderung (§ 65 b) ist es erforderlich geworden, § 72 Abs. 1 Z 3 B-KUVG, der bereits jetzt die Aufklärung der Versicherten und ihrer Angehörigen vorgesehen hat, an die Regelung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (§ 156 ASVG) anzupassen.

Zu Z 23, 26, 27 und 29 (§§ 70 und 70 b Abs. 1 und Abs. 3):

Durch die medizinische Rehabilitation in der Krankenversicherung, die durch die gleichzeitig zur Behandlung gelangende Vorlage einer 50. Novelle zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz eingeführt und auch für den Bereich der Beamten-Krankenversicherung übernommen werden soll (§ 154 a ASVG, § 65 a B-KUVG) ist es notwendig, die im Rahmen der erweiterten Heilbehandlung bereits bestehende Rehabilitation (§ 70 b B-KUVG) diesen Neuregelungen anzupassen.

Die im Bereich der erweiterten Heilbehandlung normierten Maßnahmen der Rehabilitation sind als freiwillige Leistung konstruiert und können nur von aktiv Bediensteten in Anspruch genommen werden. Neben den derzeit möglichen medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation können auch berufliche und soziale Maßnahmen gewährt werden. Ziel der Rehabilitation nach § 70 b B-KUVG ist die Wiedereingliederung des Versicherten in das berufliche und wirtschaftliche Leben und in die Gemeinschaft.

Künftig werden die berufliche und die soziale Rehabilitation einen Schwerpunkt im Rahmen der erweiterten Heilbehandlung bilden, da die medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation für alle Versicherten und deren Angehörige nach § 65 a B-KUVG erbracht werden sollen.

Hinsichtlich der medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation (§ 65 a B-KUVG) wird im übrigen auf die entsprechenden Erläuterungen dazu bzw. auf die Erläuterungen des Entwurfes einer 50. Novelle zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (§ 154 a ASVG) verwiesen.

Zu Z 28, 32 und 36 (§§ 70 b Abs. 2, 72 Abs. 1 Z 4 und 83 Abs. 5):

Schon bisher entspricht es der Systematik des Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes, die Reise-(Fahrt-) und Transportkosten für freiwillige Leistungen im Wege der Satzung festzulegen. Analog zu den medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz sollen auch im Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz die Reise- und Transportkosten im Wege der Satzung festgesetzt werden. Vorbild für diese satzungsmäßige Lösung wird die Mustersatzung des Hauptverbandes (§ 455 Abs. 2 ASVG) sein. Darin werden für die Reisekostenübernahme Höchstgrenzen sowie Abstufungen nach sozialer Bedürftigkeit der Versicherten vorzusehen sein.

Finanzielle Erläuterungen

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 des B-KUVG eine Größenordnung von rund 200 bis 300 Millionen Schilling (Geldwertbasis 1992) angegeben werden. Diese Kosten beinhalten sowohl die Kosten für das benötigte Pflegepersonal als auch die zusätzlichen Kosten für die Ärzte. Dabei ist aber zu berücksichtigen, daß diese Kosten in ihrer vollen Höhe erst nach einer Anlaufphase von zirka 10 Jahren anfallen werden. Für das Jahr 1992 werden Kosten im Bereich des B-KUVG in einer Größenordnung von 30 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 Pflegetage unter die Anzahl der entsprechenden Pflegetage 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

Schon jetzt können im Bereich des B-KUVG Maßnahmen der Rehabilitation erbracht werden. Allerdings können diese nur von aktiv Bediensteten in Anspruch genommen werden. Nunmehr werden die medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation allen Anspruchsberechtigten gewährt. Die somit geschlossene Lücke betrifft daher in erster Linie anspruchsberechtigte Angehörige und Pensionisten.

Die Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation werden derzeit in erster Linie in eigenen Einrichtungen der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter erbracht. Es ist daher zu erwarten, daß auch in Hinkunft diese Einrichtungen für die Leistungserbringung herangezogen werden.

Für das Jahr 1992 werden in einer ersten Anlaufphase Kosten im Bereich der Krankenversicherung nach dem B-KUVG von rund 30 Millionen Schilling erwartet. Bei einem entsprechenden vollen Ausbau in einem Zeitraum von etwa 10 Jahren werden für diesen Bereich dann jährliche Kosten von rund 100 bis 150 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 B-KUVG für diese Maßnahme mit rund 80 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 20 Millionen Schilling gerechnet.

Neben diesen drei Maßnahmen enthält der vorliegende Entwurf für den Bereich der sozialen Krankenversicherung nach dem B-KUVG 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 10 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 Krankenversicherung nach dem B-KUVG ein Mehraufwand von rund 90 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 B-KUVG von rund 400 bis 500 Millionen Schilling niederschlagen (Geldwertbasis 1992).

Über die in diesem Entwurf vorgesehene Ausweitung des Leistungskataloges der Krankenversicherung nach dem B-KUVG hinaus wird für die Krankenversicherung in diesem Bereich ab dem Jahr 1992 eine zusätzliche Erhöhung des Ausgaben-niveaus von 60 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 B-KUVG folgender finanzieller Mehrbedarf (Geldwertbasis 1992):

	vorgesehene Leistungsver- besserungen	zusätzlicher Mehrbedarf	gesamter Mehrbedarf
	Millionen Schilling		
1992	90	60	150
1993	120	60	180
1994	150	60	210
1995	180	60	240
1996	210	60	270

Zur Abdeckung dieses finanziellen Mehrbedarfs und damit zur Sicherstellung der Gebarung der Krankenversicherung nach dem B-KUVG ist die in diesem Entwurf vorgesehene Anhebung des Beitragssatzes notwendig.

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

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

Als budgetbegleitende Maßnahme ist vorgesehen, im Jahre 1992 den Beitrag zur Krankenversicherung der Beamten um 1,4 Prozentpunkte zu senken.

In seiner Eigenschaft als Dienstgeber bringt dies dem Bund eine Einsparung von rund 500 Millionen Schilling. Weitere 170 Millionen Schilling an Einsparungen aus dieser Beitragssatzsenkung ergeben sich für Länder und Gemeinden.

Textgegenüberstellung

B-KUVG — Geltende Fassung

Ausnahmen von der Krankenversicherung

§ 2. (1) Von der Krankenversicherung sind — unbeachtet der Bestimmung des Abs. 2 — ausgenommen:

1. unverändert.
2. Personen, denen im Erkrankungsfall Anspruch auf Leistungen zusteht, die den Leistungen der Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz mindestens gleichwertig sind, sofern dieser Anspruch auf einem der in § 1 bezeichneten Dienstverhältnisse, auf einer der dort bezeichneten Funktionen oder auf einen Anspruch auf eine Pensionsleistung der in § 1 Abs. 1 Z 7 oder 12 bezeichneten Art beruht. Die Gleichwertigkeit ist als gegeben anzunehmen, wenn die Leistungsansprüche auf einer landesgesetzlichen Regelung über Krankenfürsorge beruhen. Andernfalls entscheidet das Bundesministerium für Arbeit und Soziales über die Gleichwertigkeit, wobei die Gesamtansprüche mit Rücksicht auf den besonderen Personenkreis nach Billigkeit zu veranschlagen sind. Die Gleichwertigkeit ist jedenfalls gegeben, wenn die Leistungsansprüche gegenüber einer der im folgenden angeführten Krankenfürsorgeeinrichtungen bestehen:
Krankenfürsorgeanstalt der Bediensteten der Stadt Wien,
Krankenfürsorge der Beamten der Stadtgemeinde Baden,
Krankenfürsorge für die Beamten der Landeshauptstadt Linz,
Krankenfürsorge für oberösterreichische Gemeindebeamte,
Krankenfürsorge für oberösterreichische Landesbeamte, O.-ö. Lehrer-, Kranken- und Unfallfürsorge,
Krankenfürsorgeanstalt für Beamte des Magistrates Steyr,
Krankenfürsorge für die Beamten der Stadt Wels,
Krankenfürsorgeanstalt für die Beamten der Landeshauptstadt Graz,
Krankenfürsorgeanstalt der Beamten der Stadtgemeinde Mürtzschlag,
Krankenfürsorgeanstalt der Beamten der Stadt Villach,
Krankenfürsorgeanstalt der Magistratsbeamten der Landeshauptstadt Salzburg,
Kranken- und Unfallfürsorge der Beamten der Landeshauptstadt Innsbruck,
Kranken- und Unfallfürsorge der Tiroler Landeslehrer,
Kranken- und Unfallfürsorge der Tiroler Landesbeamten,

B-KUVG — Vorgeschlagene Fassung

Ausnahmen von der Krankenversicherung

§ 2. (1) Von der Krankenversicherung sind — unbeachtet der Bestimmung des Abs. 2 — ausgenommen:

1. unverändert.
2. Personen, denen im Erkrankungsfall Anspruch auf Leistungen zusteht, die den Leistungen der Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz mindestens gleichwertig sind, sofern dieser Anspruch auf einem der in § 1 bezeichneten Dienstverhältnisse, auf einer der dort bezeichneten Funktionen oder auf einen Anspruch auf eine Pensionsleistung der in § 1 Abs. 1 Z 7 oder 12 bezeichneten Art beruht. Die Gleichwertigkeit ist als gegeben anzunehmen, wenn die Leistungsansprüche auf einer landesgesetzlichen Regelung über Krankenfürsorge beruhen. Andernfalls entscheidet das Bundesministerium für Arbeit und Soziales über die Gleichwertigkeit, wobei die Gesamtansprüche mit Rücksicht auf den besonderen Personenkreis nach Billigkeit zu veranschlagen sind. Die Gleichwertigkeit ist jedenfalls gegeben, wenn die Leistungsansprüche gegenüber einer der im folgenden angeführten Krankenfürsorgeeinrichtungen bestehen:
Krankenfürsorgeanstalt der Bediensteten der Stadt Wien,
Krankenfürsorge der Beamten der Stadtgemeinde Baden,
Krankenfürsorge für die Beamten der Landeshauptstadt Linz,
Krankenfürsorge für oberösterreichische Gemeindebeamte,
Krankenfürsorge für oberösterreichische Landesbeamte, O.-ö. Lehrer-, Kranken- und Unfallfürsorge,
Krankenfürsorgeanstalt für Beamte des Magistrates Steyr,
Krankenfürsorge für die Beamten der Stadt Wels,
Krankenfürsorgeanstalt für die Beamten der Landeshauptstadt Graz,
Krankenfürsorgeanstalt der Beamten der Stadt Villach,
Krankenfürsorgeanstalt der Magistratsbeamten der Landeshauptstadt Salzburg,
Kranken- und Unfallfürsorge der Beamten der Landeshauptstadt Innsbruck,
Kranken- und Unfallfürsorge der Tiroler Landeslehrer,
Kranken- und Unfallfürsorge der Tiroler Landesbeamten,
Kranken- und Unfallfürsorge der Tiroler Gemeindebeamten,

B-KUVG — Geltende Fassung

Kranken- und Unfallfürsorge der Tiroler Gemeindebeamten,
 Krankenfürsorgeanstalt der Beamten der Landeshauptstadt Bregenz,
 Krankenfürsorgeeinrichtung der Beamten der Stadtgemeinde Hallein;

3. bis 8. unverändert.

(2) unverändert.

Allgemeine Beiträge

§ 20. Allgemeiner Beitrag ist ein einheitlicher Hundertsatz der Beitragsgrundlage (§ 19). Der Hundertsatz beträgt ab 1. Juli 1988 6,3 vH.

B-KUVG — Vorgeschlagene Fassung

Krankenfürsorgeanstalt der Beamten der Landeshauptstadt Bregenz,
 Krankenfürsorgeeinrichtung der Beamten der Stadtgemeinde Hallein;

3. bis 8. unverändert.

(2) unverändert.

Allgemeine Beiträge

§ 20. (1) Allgemeiner Beitrag ist ein einheitlicher Hundertsatz der Beitragsgrundlage (§ 19). Der Hundertsatz beträgt ab dem Jahre 1992 6,6.

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

Zusatzbeitrag in der Krankenversicherung

§ 20 a. (1) Für in der Krankenversicherung versicherte Personen ist ein Zusatzbeitrag in der Krankenversicherung im Ausmaß von 0,5 vH der Beitragsgrundlage (§ 19) zu leisten. Von diesem Zusatzbeitrag entfallen

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

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

Beiträge

§ 26 a. (1) unverändert.

(2) Einen Beitrag in der Höhe von 140 S jährlich haben zu entrichten:
 1. bis 5. unverändert.

Die angeführten Stellen haben den Beitrag zur Gänze zu tragen.

Beiträge

§ 26 a. (1) unverändert.

(2) Einen Beitrag in der Höhe von 175 S jährlich haben zu entrichten:
 1. bis 5. unverändert.

Die angeführten Stellen haben den Beitrag zur Gänze zu tragen.

B-KUVG — Geltende Fassung

(3) Der in Abs. 2 angeführte Betrag ändert sich ab 1. Jänner eines jeden Jahres um den auf eine Dezimalstelle gerundeten Hundertsatz, um den sich zu diesem Zeitpunkt bei Bundesbeamten des Dienststandes das Gehalt der Gehaltsstufe 2 der Dienstklasse V nach dem Gehaltsgesetz 1956 einschließlich einer allfälligen Teuerungszulage ändert. § 19 Abs. 5 letzter Satz und § 22 Abs. 5 erster Satz gelten entsprechend.

Einzahlung der Beiträge

§ 26 b. Für die Einzahlung der Beiträge gilt § 23 entsprechend.

Anfall der Leistungen

§ 32. (1) und (2) unverändert.

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

Aufgaben

§ 51. (1) Die Krankenversicherung trifft Vorsorge

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

B-KUVG — Vorgeschlagene Fassung

(3) An die Stelle des in Abs. 2 genannten Betrages tritt ab 1. Jänner eines jeden Jahres jener Betrag, der sich durch die Erhöhung um den jeweiligen auf eine Dezimalstelle gerundeten Hundertsatz ergibt, um den sich zu diesem Zeitpunkt das Gehalt der Gehaltsstufe 2 der Dienstklasse V nach dem Gehaltsgesetz 1956 einschließlich einer allfälligen Teuerungszulage gegenüber dem vergleichbaren Gehalt am 1. Jänner des vorangegangenen Jahres ändert oder geändert hat. Tritt eine Änderung des genannten Gehaltes am 1. Jänner des in Betracht kommenden Jahres nicht ein, so gilt der zuletzt festgestellte Betrag als Beitrag. § 19 Abs. 5 letzter Satz und § 22 Abs. 5 erster Satz gelten entsprechend.

Einzahlung der Beiträge

§ 26 b. Für die Einzahlung der Beiträge nach § 26 a gilt § 23 mit der Maßgabe, daß die Beiträge gemäß § 26 a Abs. 2 bei der Versicherungsanstalt bis zum 31. März eines jeden Jahres einzuzahlen sind.

Anfall der Leistungen

§ 32. (1) und (2) unverändert.

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

Aufgaben

§ 51. (1) Die Krankenversicherung trifft Vorsorge

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

B-KUVG — Geltende Fassung

2. unverändert.
3. für Zahnbehandlung und Zahnersatz sowie für die Hilfe bei körperlichen Gebrechen;
4. für die Früherfassung der für Maßnahmen der Rehabilitation in Betracht kommenden Personen.

(2) Überdies können Leistungen der erweiterten Heilbehandlung sowie außer den Vorsorge(Gesunden)untersuchungen (Abs. 1 Z 1) noch weitergehende Leistungen zur Verhütung des Eintrittes und der Verbreitung von Krankheiten und Leistungen aus dem Anlaß des Todes gewährt werden.

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

(4) Beim Tod des Versicherten, des sonst nach § 55 Anspruchsberechtigten oder eines Angehörigen (§ 56) kann durch die Satzung nach Maßgabe der finanziellen Leistungsfähigkeit der Versicherungsanstalt 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

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

1. unverändert.

B-KUVG — Vorgeschlagene Fassung

2. unverändert.
3. für Zahnbehandlung und Zahnersatz;
4. für medizinische Maßnahmen der Rehabilitation;
5. für die Gesundheitsförderung.
- (2) Überdies können aus Mitteln der Krankenversicherung
 1. Maßnahmen der erweiterten Heilbehandlung (§ 70) und
 2. Maßnahmen zur Krankheitsverhütung (§ 72)
 gewährt werden.

(3) Mittel der Krankenversicherung können auch zur Förderung und Unterstützung von gemeinnützigen Einrichtungen, die der Verhütung oder Früherkennung von Krankheiten, der Verhütung von Unfällen, ausgenommen Dienstunfälle, 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 Dienstunfälle) verwendet werden, wenn dies der Erfüllung der in den Abs. 1 und 2 genannten Aufgaben dient.

(5) Beim Tod des Versicherten, des sonst nach § 55 Anspruchsberechtigten oder eines Angehörigen (§ 56) kann durch die Satzung nach Maßgabe der finanziellen Leistungsfähigkeit der Versicherungsanstalt 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

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

1. unverändert.

B-KUVG — Geltende Fassung

2. aus dem Versicherungsfall der Krankheit: Krankenbehandlung (§§ 62 bis 65) und erforderlichenfalls Anstaltspflege (§§ 66 bis 68);
3. und 4. unverändert.

Zur Inanspruchnahme der Leistungen aus den Versicherungsfällen der Krankheit und der Mutterschaft werden auch die notwendigen Reise-(Fahrt-) und Transportkosten (§§ 82 und 83) gewährt.

(2) bis (4) unverändert.

Anspruchsberechtigung der Angehörigen

§ 56. (1) bis (3) unverändert.

(4) aufgehoben;

(5) bis (10) unverändert.

Ärztliche Hilfe

§ 63. (1) Die ärztliche Hilfe wird durch Vertragsärzte, durch Wahlärzte (§ 59 Abs.1) oder durch Ärzte in eigenen hierfür ausgestatteten Einrichtungen der Versicherungsanstalt (Vertragseinrichtungen) gewährt. Der ärztlichen Hilfe gleichgestellt ist eine auf Grund ärztlicher Verschreibung erforderliche

B-KUVG — Vorgeschlagene Fassung

2. aus dem Versicherungsfall der Krankheit: Krankenbehandlung (§§ 62 bis 65 erforderlichenfalls medizinische Hauskrankenpflege (§ 71) oder Anstaltspflege (§§ 66 bis 68);
3. und 4. unverändert.

Zur Inanspruchnahme der Leistungen aus den Versicherungsfällen der Krankheit und der Mutterschaft werden auch die notwendigen Reise-(Fahrt-) und Transportkosten (§§ 82 und 83) gewährt.

(2) bis (4) unverändert.

Anspruchsberechtigung der Angehörigen

§ 56. (1) bis (3) unverändert.

(4) Kinder und Enkel (Abs. 2 Z 2 bis 6) gelten im Rahmen der Altersgrenzen des Abs. 3 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.

(5) bis (10) unverändert.

Kostenzuschüsse bei Fehlen vertraglicher Regelungen

§ 60 a. Stehen andere Vertragspartner infolge Fehlens von Verträgen nicht zur Verfügung, so gilt § 60 mit der Maßgabe, daß in jenen Fällen, in denen noch keine Verträge für den Bereich einer Berufsgruppe bestehen, die Versicherungsanstalt den Versicherten die in der Satzung festgesetzten Kostenzuschüsse zu leisten hat. Die Versicherungsanstalt hat das Ausmaß dieser Zuschüsse unter Bedachtnahme auf ihre finanzielle Leistungsfähigkeit festzusetzen.

Ärztliche Hilfe

§ 63. (1) Die ärztliche Hilfe wird durch Vertragsärzte, durch Wahlärzte (§ 59 Abs.1) oder durch Ärzte in eigenen hierfür ausgestatteten Einrichtungen der Versicherungsanstalt (Vertragseinrichtungen) gewährt. Im Rahmen der Krankenbehandlung (§ 62 Abs. 2) ist der ärztlichen Hilfe gleichgestellt:

B-KUVG — Geltende Fassung

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.

(2) bis (4) unverändert.

Heilbehelfe und Hilfsmittel

§ 65. (1) bis (7) unverändert.

(8) Körperersatzstücke, orthopädische Behelfe und andere Hilfsmittel werden nicht gewährt bzw. die Kosten der Instandsetzung nicht übernommen, wenn auf diese Leistungen Anspruch aus der gesetzlichen Unfallversicherung, nach den Bestimmungen des Kriegsoferversorgungsgesetzes 1957, BGBl. Nr. 152, des Opferfürsorgegesetzes, BGBl. Nr. 183/1947, des Heeresversorgungsgesetzes, BGBl. Nr. 27/1964, des Strafvollzugsgesetzes, BGBl. Nr. 144/1969, oder aus einer auf landesgesetzlichen Vorschriften beruhenden Unfallfürsorgeeinrichtung besteht.

B-KUVG — Vorgeschlagene Fassung

1. eine auf Grund ärztlicher Verschreibung erforderliche
 - a) physiotherapeutische,
 - b) logopädisch-phoniatrisch-audiometrische oder
 - c) ergotherapeutische
 Behandlung durch Personen, die gemäß § 52 Abs. 4 des Bundesgesetzes betreffend die Regelung des Krankenpflegefachdienstes, der medizinisch-technischen Dienste und der Sanitätshilfsdienste, BGBl. Nr. 102/1961, zur freiberuflichen Ausübung des physiotherapeutischen Dienstes, des logopädisch-phoniatrisch-audiometrischen Dienstes bzw. des beschäftigungs- und arbeitstherapeutischen (ergotherapeutischen) Dienstes berechtigt sind;
2. eine auf Grund ärztlicher Verschreibung oder psychotherapeutischer Zuweisung erforderliche diagnostische Leistung eines klinischen Psychologen (einer klinischen Psychologin) gemäß § 12 Abs. 1 Z 2 des Psychologengesetzes, BGBl. Nr. 360/1990, der (die) zur selbständigen Ausübung des psychologischen Berufes gemäß § 10 Abs. 1 des Psychologengesetzes berechtigt ist;
3. eine psychotherapeutische Behandlung durch Personen, die gemäß § 11 des Psychotherapiegesetzes, BGBl. Nr. 361/1990, zur selbständigen Ausübung der Psychotherapie berechtigt sind.

(2) bis (4) unverändert.

Heilbehelfe und Hilfsmittel

§ 65. (1) bis (7) unverändert.

(8) Körperersatzstücke, orthopädische Behelfe und andere Hilfsmittel werden nicht gewährt bzw. die Kosten der Instandsetzung nicht übernommen, wenn auf diese Leistungen Anspruch aus der gesetzlichen Unfallversicherung, eine Leistungsverpflichtung im Rahmen der medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation oder ein gleichartiger Anspruch nach den Bestimmungen des Kriegsoferversorgungsgesetzes 1957, BGBl. Nr. 152, des Opferfürsorgegesetzes, BGBl. Nr. 183/1947, des Heeresversorgungsgesetzes, BGBl. Nr. 27/1964, des Strafvollzugsgesetzes, BGBl. Nr. 144/1969, oder aus einer auf landesgesetzlichen Vorschriften beruhenden Unfallfürsorgeeinrichtung besteht.

Medizinische Maßnahmen der Rehabilitation in der Krankenversicherung

§ 65 a. (1) Die Versicherungsanstalt 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 § 62 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 gemäß § 83 Abs. 5.

(3) Betreffend die Vereinbarungen zur Durchführung der Rehabilitation gilt § 99 e.

(4) Die Gewährung von Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit (§ 70 a) zählt nicht zu den Aufgaben der medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation.

Gesundheitsförderung

§ 65 b. (1) Die Versicherungsanstalt als Träger der Krankenversicherung hat allgemein über Gesundheitsgefährdung und die Verhütung von Krankheiten und Unfällen — ausgenommen Dienstunfälle — aufzuklären sowie darüber zu beraten, wie Gefährdungen vermieden und Krankheiten sowie Unfälle — ausgenommen Dienstunfälle — verhütet werden können.

Gewährung der Anstaltspflege

§ 66. (1) Wenn und solange es die Art der Krankheit erfordert, ist Pflege in einer Krankenanstalt zu gewähren; sie ist auch zu gewähren, 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) unverändert.

Erweiterte Heilbehandlung

§ 70. Die Versicherungsanstalt kann unter Bedachtnahme auf ihre finanzielle Leistungsfähigkeit und die ihr im Rahmen der erweiterten Heilbehandlung zur Verfügung stehenden Mittel gemäß den §§ 70 a und 70 b Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit und Maßnahmen der Rehabilitation gewähren.

Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit

§ 70 a. (1) Die Versicherungsanstalt kann unter Berücksichtigung des Fortschrittes der medizinischen Wissenschaft sowie nach Maßgabe des § 70 neben oder im Anschluß an eine Krankenbehandlung geeignete Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit gewähren.

Gewährung der Anstaltspflege oder der medizinischen Hauskrankenpflege

§ 66. (1) Wenn und solange es die Art der Krankheit erfordert, ist Pflege in einer Krankenanstalt zu gewähren. Wenn und solange es die Art der Krankheit zuläßt, ist an Stelle von Anstaltspflege medizinische Hauskrankenpflege zu gewähren. Die Anstaltspflege ist auch zu gewähren, 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) unverändert.

Erweiterte Heilbehandlung

§ 70. Die Versicherungsanstalt kann unter Bedachtnahme auf ihre finanzielle Leistungsfähigkeit und die ihr im Rahmen der erweiterten Heilbehandlung zur Verfügung stehenden Mittel gemäß den §§ 70 a und 70 b Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit und Maßnahmen der erweiterten Rehabilitation gewähren.

Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit

§ 70 a. (1) Die Versicherungsanstalt kann unter Berücksichtigung des Fortschrittes der medizinischen Wissenschaft sowie nach Maßgabe des § 70 Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit gewähren.

B-KUVG — Geltende Fassung

- (2) Als Maßnahmen im Sinne des Abs. 1 kommen insbesondere in Frage
1. Fürsorge für Genesende (zum Beispiel durch Unterbringung in einem Genesungsheim);
 2. Unterbringung in einem Erholungsheim;
 3. Landaufenthalt sowie Aufenthalt in Kurorten bzw. Kuranstalten;
4. Unterbringung in Krankenanstalten, die vorwiegend der Rehabilitation dienen;
5. Hauskrankenpflege (§ 71);
6. Übernahme der Reisekosten für die unter Z 1 bis 4 bezeichneten Zwecke.
- (3) und (4) unverändert.

Maßnahmen der Rehabilitation

§ 70 b. (1) Die Versicherungsanstalt kann unter Berücksichtigung des Zieles der Rehabilitation gemäß § 87 Abs. 2 und nach Maßgabe des § 70 in der Krankenversicherung Versicherten, die an einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung leiden, ausgenommen die im § 1 Abs. 1 Z 7, 12 und 14 lit. b bezeichneten Personen, medizinische Maßnahmen sowie nach Maßgabe der §§ 87 Abs. 2 und 99 a bis 99 d berufliche und soziale Maßnahmen gewähren.

(2) Die medizinischen Maßnahmen umfassen:

1. bis 3. unverändert.
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.

(3) Vor der Gewährung von Maßnahmen der Rehabilitation ist dem Renten- und Rehabilitationsausschuß (§ 130 Abs. 1 Z 4) Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

Hauskrankenpflege

§ 71. Ist eine ausreichende Pflege des Erkrankten durch einen Haushaltsangehörigen nicht möglich, so kann die Versicherungsanstalt Hauskrankenpflege gewähren. Die Hauskrankenpflege kann durch beizustellende Pflegepersonen, durch Leistung von Zuschüssen zu den Kosten für die Pflegepersonen oder durch

B-KUVG — Vorgeschlagene Fassung

- (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 gemäß § 83 Abs. 5.
- (3) und (4) unverändert.

Maßnahmen der erweiterten Rehabilitation

§ 70 b. (1) Die Versicherungsanstalt kann unter Berücksichtigung des Zieles der Rehabilitation gemäß § 87 Abs. 2 und nach Maßgabe des § 70 in der Krankenversicherung Versicherten, die an einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung leiden, ausgenommen die im § 1 Abs. 1 Z 7, 12 und 14 lit. b bezeichneten Personen, nach Maßgabe der §§ 87 Abs. 2 und 99 a bis 99 d berufliche und soziale Maßnahmen gewähren.

(2) Die Maßnahmen gemäß Abs. 1 umfassen auch die Übernahme der Reise- und Transportkosten gemäß § 83 Abs. 5.

(3) Vor der Gewährung von Maßnahmen der erweiterten Rehabilitation ist dem Renten- und Rehabilitationsausschuß (§ 130 Abs. 1 Z 4) Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

Medizinische Hauskrankenpflege

§ 71. (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

B-KUVG — Geltende Fassung

eine Kostenbeteiligung der Versicherungsanstalt 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.

Krankheitsverhütung

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

1. und 2. unverändert.
3. gesundheitliche Aufklärung der Versicherten und ihrer Angehörigen.

(2) und (3) unverändert.

B-KUVG — Vorgeschlagene Fassung

betreffend die Regelung des Krankenpflegefachdienstes, der medizinisch-technischen Dienste und der Sanitätshilfsdienste, BGBl. Nr. 102/1961), die von der Versicherungsanstalt beigestellt werden oder die mit der Versicherungsanstalt 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 (§ 128) oder die eigenen Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) der Versicherungsanstalt in Anspruch genommen, so gebührt ihm (ihr) Kostenersatz gemäß § 59.

(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 § 66 Abs. 4 bezeichneten Einrichtungen oder in einer Sonderkrankenanstalt, die vorwiegend der Rehabilitation dient, untergebracht ist.

Krankheitsverhütung

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

1. und 2. unverändert.
3. gesundheitliche Erziehung der Versicherten und ihrer Angehörigen;
4. die Übernahme der Reisekosten in den Fällen der Z 1 bis 3 gemäß § 83 Abs. 5.

(2) und (3) unverändert.

B-KUVG — Geltende Fassung

Anspruchsberechtigte auf Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft

§ 74. (1) Anspruch auf die Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft (§ 52 Abs. 1 Z 2) haben die Versicherten sowie bei Zutreffen der Voraussetzungen für die Anspruchsberechtigung nach § 56 die dort genannten weiblichen Angehörigen.

(2) und (3) unverändert.

Ärztlicher Beistand, Hebammenbeistand und Beistand durch diplomierte Kinderkranken- und Säuglingsschwestern

§ 76. Ärztlicher Beistand, Hebammenbeistand und Beistand durch diplomierte Kinderkranken- und Säuglingsschwestern werden in entsprechender Anwendung der §§ 55 und 63 Abs. 1 bis 3 gewährt.

Reise-(Fahrt-) und Transportkosten

§ 82. Zur Inanspruchnahme der Pflichtleistungen der Krankenversicherung, die aus den Versicherungsfällen der Krankheit und der Mutterschaft (§ 52 Abs. 1 Z 2 und 3) entstehen, sind im notwendigen Ausmaß die Reise-(Fahrt-) und Transportkosten nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen zu übernehmen.

§ 83. (1) bis (4) unverändert.

(5) Durch die Satzung kann in Zusammenhang mit der Gewährung von Maßnahmen der erweiterten Heilbehandlung (§ 70 Abs. 1 Z 1 bis 4) und der Krankheitsverhütung (§ 72 Abs. 1) die Übernahme von Reise-(Fahrt-) und Transportkosten als freiwillige Leistung unter Bedachtnahme auf Abs. 1 vorgesehen werden.

Dienstunfall

§ 90. (1) unverändert.

(2) Dienstunfälle sind auch Unfälle, die sich ereignen:
1. unverändert.

B-KUVG — Vorgeschlagene Fassung

Anspruchsberechtigte auf Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft

§ 74. (1) Anspruch auf die Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft (§ 52 Z 3) haben die Versicherten sowie bei Zutreffen der Voraussetzungen für die Anspruchsberechtigung nach § 56 die dort genannten weiblichen Angehörigen.

(2) und (3) unverändert.

Ärztlicher Beistand, Hebammenbeistand und Beistand durch diplomierte Kinderkranken- und Säuglingsschwestern

§ 76. Ärztlicher Beistand, Hebammenbeistand und Beistand durch diplomierte Kinderkranken- und Säuglingsschwestern werden in entsprechender Anwendung der §§ 55 und 63 Abs. 1 bis 3 gewährt. Hat die Anspruchsberechtigte nicht die Vertragspartner (§ 128) oder die eigenen Einrichtungen (Vertragsseinrichtungen) der Versicherungsanstalt in Anspruch genommen, so gebührt ihr Kostenersatz gemäß § 59.

Reise-(Fahrt-) und Transportkosten

§ 82. Zur Inanspruchnahme der Pflichtleistungen der Krankenversicherung, die aus den Versicherungsfällen der Krankheit und der Mutterschaft (§ 52 Z 2 und 3) entstehen, sind im notwendigen Ausmaß die Reise-(Fahrt-) und Transportkosten nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen zu übernehmen.

§ 83. (1) bis (4) unverändert.

(5) Durch die Satzung kann im Zusammenhang mit medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation (§ 65 a Abs. 2), mit Maßnahmen der erweiterten Heilbehandlung (§§ 70 a Abs. 2 und 70 b Abs. 1) und Maßnahmen der Krankheitsverhütung (§ 72 Abs. 1) die Übernahme von Reise-(Fahrt-) und Transportkosten als freiwillige Leistung unter Bedachtnahme auf Abs. 1 bis 3 sowie auf die wirtschaftlichen Verhältnisse des Versicherten bzw. Angehörigen vorgesehen werden.

Dienstunfall

§ 90. (1) unverändert.

(2) Dienstunfälle sind auch Unfälle, die sich ereignen:
1. unverändert.

B-KUVG — Geltende Fassung

2. auf einem Weg von der Dienststätte zu einer vor dem Verlassen dieser Stätte dort bekanntgegebenen ärztlichen Untersuchungsstelle (freiberuflich tätiger Arzt, Ambulatorium, Krankenanstalt) zum Zweck der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe (§ 63), Zahnbehandlung (§ 69) oder der Durchführung einer Vorsorge(Gesunden)untersuchung (§ 61 a) und anschließend auf dem Weg zurück zur Dienststätte oder zur Wohnung, ferner auf dem Weg von der Dienststätte oder von der Wohnung zu einer ärztlichen Untersuchungsstelle, wenn sich der Versicherte der Untersuchung auf Grund einer gesetzlichen Vorschrift oder einer Anordnung der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter oder des Dienstgebers unterziehen muß und anschließend auf dem Weg zurück zur Dienststätte oder zur Wohnung;
3. bis 7. unverändert.
8. auf einem Weg zur oder von der Dienststätte, der im Rahmen einer Fahrgemeinschaft von Dienststättenangehörigen oder Versicherten zurückgelegt worden ist, die sich auf einem in der Z 1 genannten Weg befinden.

(3) unverändert.

Neufeststellung der Renten

§ 94. (1) unverändert.

(2) Sind zwei Jahre nach Eintritt des Versicherungsfalles abgelaufen oder ist innerhalb dieser Frist die Dauerrente (§ 107) festgestellt worden, so kann die Rente immer nur in Zeiträumen von mindestens einem Jahr nach der letzten Feststellung neu festgestellt werden. Diese Frist gilt nicht, wenn in der Zwischenzeit eine neue Heilbehandlung abgeschlossen oder eine vorübergehende Verschlimmerung der Folgen des Dienstunfalles oder der Berufskrankheit wieder behoben wurde.

B-KUVG — Vorgeschlagene Fassung

2. auf einem Weg von der Dienststätte oder der Wohnung zu einer Untersuchungs- oder Behandlungsstelle (wie freiberuflich tätiger Arzt, Ambulatorium, Krankenanstalt) zur Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe (§ 63), Zahnbehandlung (§ 69) oder der Durchführung einer Vorsorge(Gesunden)untersuchung (§ 61 a) und anschließend auf dem Weg zurück zur Dienststätte oder zur Wohnung, sofern dem Dienstgeber die Stätte der Untersuchung bzw. Behandlung bekanntgegeben wurde, ferner auf dem Weg von der Dienststätte oder von der Wohnung zu einer Untersuchungsstelle, wenn sich der Versicherte der Untersuchung auf Grund einer gesetzlichen Vorschrift oder einer Anordnung der Versicherungsanstalt oder des Dienstgebers unterziehen muß und anschließend auf dem Weg zurück zur Dienststätte oder zur Wohnung;
3. bis 7. unverändert.
8. auf einem Weg zur oder von der Dienststätte, der im Rahmen einer Fahrgemeinschaft von Dienststättenangehörigen oder Versicherten zurückgelegt worden ist, die sich auf einem in der Z 1 genannten Weg befinden;
9. auf einem Weg eines (einer) Versicherten zur oder von der Dienststätte (Z 1) zu einem Kindergarten (Kindertagesstätte, fremde Obhut) oder zu einer Schule, um das Kind (§ 105 Abs. 2) oder den Schüler (die Schülerin) (§ 8 Abs. 1 Z 3 lit. h des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes) eines (einer) Versicherten dorthin zu bringen oder von dort abzuholen, wenn dem (der) Versicherten die gesetzliche Aufsicht obliegt.

(3) unverändert.

Neufeststellung der Renten

(1) unverändert.

(2) Sind zwei Jahre nach Eintritt des Versicherungsfalles abgelaufen oder ist innerhalb dieser Frist die Dauerrente (§ 107) festgestellt worden, so kann die Rente immer nur in Zeiträumen von mindestens einem Jahr nach der letzten Feststellung neu festgestellt werden. Diese Frist gilt nicht, wenn in der Zwischenzeit eine Heilbehandlung abgeschlossen oder eine vorübergehende Verschlimmerung der Folgen des Dienstunfalles oder der Berufskrankheit wieder behoben wurde.

B-KUVG — Geltende Fassung

Ersatzanspruch des Trägers der Sozialhilfe

§ 121. (1) und (2) unverändert.

(3) Wird ein Rentenberechtigter auf Kosten eines Trägers der Sozialhilfe in einem Alters(Siechen)heim oder Fürsorgeerziehungsheim, 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 verpflegt, so geht für die Zeit dieser Pflege der Anspruch auf Rente bis zur Höhe der Verpflegskosten, höchstens jedoch bis zu 80 vH der Rente auf den Träger der Sozialhilfe über; das gleiche gilt in Fällen, in denen ein Rentenberechtigter auf Kosten eines Landes im Rahmen der Behindertenhilfe in einer der genannten Einrichtungen oder auf einer der genannten Pflegestellen untergebracht wird, mit der Maßgabe, daß der vom Anspruchsübergang erfaßte Teil der Rente auf das jeweilige Land übergeht. Hat der Rentenberechtigte auf Grund einer gesetzlichen Verpflichtung für den Unterhalt von Angehörigen zu sorgen, so sind ihm 50 vH der Rente für den ersten und je 10 vH für jeden weiteren unterhaltsberechtigten Angehörigen zu belassen. Die dem Rentenberechtigten für seine Angehörigen zu belassenden Beträge können von der Versicherungsanstalt unmittelbar an die Angehörigen ausgezahlt werden.

(4) unverändert.

Beziehungen zu den Vertragspartnern

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

1. und 2. unverändert.

B-KUVG — Vorgeschlagene Fassung

Ersatzanspruch des Trägers der Sozialhilfe

§ 121. (1) und (2) unverändert.

(3) Wird ein Rentenberechtigter auf Kosten eines Trägers der Sozialhilfe in einem Alters(Siechen)heim oder Fürsorgeerziehungsheim, 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 verpflegt, so geht für die Zeit dieser Pflege der Anspruch auf Rente bis zur Höhe der Verpflegskosten, höchstens jedoch bis zu 80 vH der Rente auf den Träger der Sozialhilfe über; das gleiche gilt in Fällen, in denen ein Rentenberechtigter auf Kosten eines Landes im Rahmen der Behindertenhilfe in einer der genannten Einrichtungen oder auf einer der genannten Pflegestellen untergebracht wird, mit der Maßgabe, daß der vom Anspruchsübergang erfaßte Teil der Rente auf das jeweilige Land übergeht. Hat der Rentenberechtigte auf Grund einer gesetzlichen Verpflichtung für den Unterhalt von Angehörigen zu sorgen, so sind ihm 50 vH der Rente für den ersten und je 10 vH für jeden weiteren unterhaltsberechtigten Angehörigen zu belassen. Der vom Anspruchsübergang erfaßte Betrag vermindert sich in dem Maß, als der dem unterhaltsberechtigten Angehörigen verbleibende Teil der Rente zuzüglich seines sonstigen Nettoeinkommens (§ 292 Abs. 3 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes) den jeweils geltenden Richtsatz gemäß § 293 Abs. 1 lit. a sublit. bb des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes nicht erreicht. Die dem Rentenberechtigten für seine Angehörigen zu belassenden Beträge können von der Versicherungsanstalt unmittelbar an die Angehörigen ausgezahlt werden.

(4) unverändert.

Beziehungen zu den Vertragspartnern

§ 128. Hinsichtlich der Beziehungen der Versicherungsanstalt zu den Ärzten, Dentisten, Hebammen, Apothekern, freiberuflich tätigen klinischen Psychologen, freiberuflich tätigen Psychotherapeuten, Pflegepersonen, die medizinische Hauskrankenpflege gemäß § 71 erbringen, Krankenanstalten und anderen Vertragspartnern gelten die Bestimmungen des Sechsten Teiles des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes mit der Maßgabe, daß

1. und 2. unverändert.

Ablehnung des Amtes

§ 134. Nach mindestens zweijähriger Amtsführung kann eine Wiederentsendung für die nächste Amtsdauer abgelehnt werden.

Haftung der Versicherungsvertreter

§ 136. Die Mitglieder der Verwaltungskörper haften unbeschadet der Bestimmungen des Amtshaftungsgesetzes für jeden Schaden, der der Versicherungsanstalt aus der Vernachlässigung ihrer Pflichten erwächst. Die Versicherungsanstalt kann auf Ansprüche aus der Haftung nur mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde verzichten. Macht die Versicherungsanstalt trotz mangelnder Genehmigung die Haftung nicht geltend, so kann die Aufsichtsbehörde die Haftung an Stelle und auf Kosten der Versicherungsanstalt geltend machen.

Vorsitz in den Verwaltungskörpern

§ 142. (1) bis (4) unverändert.

(5) Scheidet der Vorsitzende (Stellvertreter des Vorsitzenden) eines Verwaltungskörpers infolge einer Enthebung von seinem Amt als Versicherungsvertreter (§ 135) aus und tritt nachträglich die Entscheidung über diese Enthebung außer Kraft, so erlöschen mit dem gleichen Zeitpunkt die rechtlichen Wirkungen einer bereits erfolgten Wahl seines Nachfolgers und es ist neuerlich eine entsprechende Wahl durchzuführen.

(6) Den Vorsitz im Renten- und Rehabilitationsausschuß haben abwechselnd der Vertreter der Dienstgeber und der Dienstnehmer zu führen.

Ablehnung des Amtes und Recht zur Ausübung

§ 134. (1) Nach mindestens zweijähriger Amtsführung kann eine Wiederentsendung für die nächste Amtsdauer abgelehnt werden.

(2) Der Versicherungsvertreter (Stellvertreter) hat von der Annahme seiner Entsendung (§ 133) die Versicherungsanstalt nachweislich in Kenntnis zu setzen und ist unbeschadet des § 137 zweiter Satz ab dem Zeitpunkt des Einlangens dieser Mitteilung bei der Versicherungsanstalt zur Ausübung seines Amtes ab dem Zeitpunkt, ab dem er entsandt ist, berechtigt.

Pflichten und Haftung der Versicherungsvertreter

§ 136. Die Mitglieder der Verwaltungskörper haben bei der Ausübung ihres Amtes die Gesetze der Republik Österreich, die Satzung der Versicherungsanstalt 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, BGBl. Nr. 20/1949, in der jeweils geltenden Fassung, für jeden Schaden, der der Versicherungsanstalt aus der Vernachlässigung ihrer Pflichten erwächst. Die Versicherungsanstalt kann auf Ansprüche aus der Haftung nur mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde verzichten. Macht die Versicherungsanstalt trotz mangelnder Genehmigung die Haftung nicht geltend, so kann die Aufsichtsbehörde die Haftung an Stelle und auf Kosten der Versicherungsanstalt geltend machen.

Vorsitz in den Verwaltungskörpern

§ 142. (1) bis (4) unverändert.

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

(6) Scheidet der Vorsitzende (Stellvertreter des Vorsitzenden) eines Verwaltungskörpers infolge einer Enthebung von seinem Amt als Versicherungs-

B-KUVG — Geltende Fassung

Angelobung der Versicherungsvertreter

§ 43. (1) Der Obmann, die Vorsitzenden des Überwachungsausschusses sowie der Landesvorstände und deren Stellvertreter sind bei Antritt ihres Amtes von der Aufsichtsbehörde in Eid und Pflicht zu nehmen.

(2) Die übrigen Versicherungsvertreter hat der Obmann beziehungsweise der vorläufige Verwalter (§ 156) 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

§ 153 a. Jede Beteiligung der Versicherungsanstalt an fremden Einrichtungen gemäß § 9 Abs. 3 ist nur mit Genehmigung des Bundesministers für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen zulässig.

Vorläufiger Verwalter

§ 156. (1) Der Bundesminister für Arbeit und Soziales als Aufsichtsbehörde ist berechtigt, die Verwaltungskörper, wenn sie ungeachtet zweimaliger schriftlicher Verwarnung gesetzliche oder satzungsmäßige Bestimmungen außer acht lassen, aufzulösen und die vorläufige Geschäftsführung und Vertretung vorübergehend einem vorläufigen Verwalter zu übertragen. Diesem ist ein Beirat zur Seite zu stellen, der im gleichen Verhältnis wie der aufgelöste Verwaltungskörper aus Vertretern der Dienstnehmer und der Dienstgeber bestehen soll; die Vorschriften der §§ 132 Abs. 2 bis 7 und 143 Abs. 2 sind auf die Mitglieder des Beirates entsprechend anzuwenden. Der vorläufige Verwalter hat binnen acht Wochen

B-KUVG — Vorgeschlagene Fassung

vertreter (§ 135) aus und tritt nachträglich die Entscheidung über diese Enthebung außer Kraft, so erlöschen mit dem gleichen Zeitpunkt die rechtlichen Wirkungen einer bereits erfolgten Wahl seines Nachfolgers und es ist neuerlich eine entsprechende Wahl durchzuführen.

Den Vorsitz im Renten- und Rehabilitationsausschuß haben abwechselnd der Vertreter der Dienstgeber und der Dienstnehmer zu führen.

Angelobung der Versicherungsvertreter

§ 143. Der Obmann der Versicherungsanstalt, die Vorsitzenden des Überwachungsausschusses sowie der Landesvorstände und deren Stellvertreter sind von der Aufsichtsbehörde, die übrigen Versicherungsvertreter vom Obmann bzw. vom vorläufigen Verwalter anzugeloben und dabei nachweislich auf ihre Pflichten gemäß § 136 hinzuweisen.

Genehmigung der Beteiligung an fremden Einrichtungen

§ 153 a. Beschlüsse der Verwaltungskörper über eine Beteiligung an fremden Einrichtungen gemäß § 9 Abs. 3 bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Genehmigung durch den Bundesminister für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen.

Vorläufiger Verwalter

§ 156. (1) Der Bundesminister für Arbeit und Soziales als Aufsichtsbehörde ist berechtigt, die Verwaltungskörper, wenn sie ungeachtet zweimaliger schriftlicher Verwarnung gesetzliche oder satzungsmäßige Bestimmungen außer acht lassen, aufzulösen und die vorläufige Geschäftsführung und Vertretung vorübergehend einem vorläufigen Verwalter zu übertragen. Diesem ist ein Beirat zur Seite zu stellen, der im gleichen Verhältnis wie der aufgelöste Verwaltungskörper aus Vertretern der Dienstnehmer und der Dienstgeber bestehen soll; die Vorschriften der §§ 132 Abs. 2 bis 7 und 143 sind auf die Mitglieder des Beirates entsprechend anzuwenden. Der vorläufige Verwalter hat binnen acht Wochen vom Zeitpunkt

B-KUVG — Geltende Fassung

vom Zeitpunkt seiner Bestellung an die nötigen Verfügungen wegen Neubestellung des Verwaltungskörpers nach den Vorschriften des § 133 zu treffen. Ihm obliegt die erstmalige Einberufung der Verwaltungskörper.

(2) und (3) unverändert.

Vollziehung

§ 172. (1) und (2) unverändert.

Wirksamkeitsbeginn

§ 171. (1) bis (4) unverändert.

B-KUVG — Vorgeschlagene Fassung

seiner Bestellung an die nötigen Verfügungen wegen Neubestellung des Verwaltungskörpers nach den Vorschriften des § 133 zu treffen. Ihm obliegt die erstmalige Einberufung der Verwaltungskörper.

(2) und (3) unverändert.

§ 170 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

§ 171. (1) und (2) unverändert.

(3) Mit der Vollziehung des § 153 a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. .../1991 ist der Bundesminister für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen betraut.

Wirksamkeitsbeginn

§ 172. (1) bis (4) unverändert.

§ 173. (1) Es treten in Kraft:

1. mit 1. Jänner 1992 die §§ 20, 20 a, 26 a Abs. 2 und 3, 26 b, 32 Abs. 3, 51 Abs. 1 bis 5, 52 Z 2, 56 Abs. 4, 60 a, 63 Abs. 1, 65 Abs. 8, 65 a, 65 b, 66 Abs. 1 und 3, 70, 70 a Abs. 1 und 2, 70 b Abs. 1 bis 3, 71, 72 Abs. 1 Z 3 und 4, 74 Abs. 1, 76, 82, 83 Abs. 5, 90 Abs. 2, 94 Abs. 2, 121 Abs. 3, 128, 134, 136, 142 Abs. 5 bis 7, 143, 153 a, 156 Abs. 1, 170 a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. .../1991;
2. rückwirkend mit 1. Juli 1991 § 2 Abs. 1 Z 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. .../1991.

(2) Verordnungen auf Grund des Bundesgesetzes BGBl. Nr. .../1991 können bereits ab dem seiner Kundmachung folgenden Tag erlassen werden.

(3) § 32 Abs. 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. .../1991 gilt auch für Versicherungsfälle, die nach dem 30. Juni 1967 eingetreten sind. Die Rechtskraft bereits ergangener Entscheidungen steht dem nicht entgegen.

(4) Ist eine Person am 1. Dezember 1991 auf Grund der Folgen eines Unfalles, der erst gemäß § 90 Abs. 2 Z 2 bzw. Z 9 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl.

Nr. .../1991 als Dienstunfall anerkannt wird, völlig dienstunfähig, so sind ihr die Leistungen aus der Unfallversicherung zu gewähren, wenn der Versicherungsfall nach dem 30. Juni 1967 eingetreten ist und der Antrag bis 31. Dezember 1992 gestellt wird. Die Leistungen sind frühestens ab 1. Jänner 1992 zu gewähren. Wird der Antrag später gestellt, gebühren die Leistungen ab dem auf die Antragstellung folgenden Monatsersten.

(5) Im Falle des durch einen Unfall verursachten Todes des Versicherten, der erst gemäß § 90 Abs. 2 Z.2 bzw. 9 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. .../1991 als Dienstunfall anerkannt wird, sind die Leistungen der Unfallversicherung an die Hinterbliebenen zu gewähren, wenn der Versicherungsfall nach dem 30. Juni 1967 eingetreten ist und der Antrag bis 31. Dezember 1992 gestellt wird. Die Leistungen sind frühestens ab 1. Jänner 1992 zu gewähren. Wird der Antrag später gestellt, gebühren die Leistungen ab dem auf die Antragstellung folgenden Monatsersten.

(6) Leidet ein Versicherter am 1. Dezember 1991 an einer Krankheit, die erst auf Grund der Anlage 1 zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz in der Fassung der 50. Novelle zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. xxx, als Berufskrankheit anerkannt wird, so sind ihm die Leistungen der Unfallversicherung zu gewähren, wenn der Versicherungsfall nach dem 30. Juni 1967 eingetreten ist und der Antrag bis 31. Mai 1992 gestellt wird. Die Leistungen sind frühestens ab 1. Dezember 1991 zu gewähren. Wird der Antrag später gestellt, so gebühren die Leistungen ab dem Tag der Antragstellung.

(7) Im Falle des durch eine Krankheit verursachten Todes des Versicherten, die erst auf Grund der Anlage 1 zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz in der Fassung der 50. Novelle zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. xxx, als Berufskrankheit anerkannt wird, sind die Leistungen der Unfallversicherung an die Hinterbliebenen zu gewähren, wenn der Versicherungsfall nach dem 30. Juni 1967 eingetreten ist und der Antrag bis 31. Mai 1992 gestellt wird. Die Leistungen sind frühestens ab 1. Dezember 1991 zu gewähren. Wird der Antrag später gestellt, so gebühren die Leistungen ab dem Tag der Antragstellung.