

Sozialversicherung u. soz. Fürsorge

REPUBLIK ÖSTERREICH

**BUNDESMINISTERIUM
FÜR ARBEIT UND SOZIALES**

Z1.20.350/42-1/1991

Entwurf eines Bundesgesetzes,
mit dem das Allgemeine Sozial-
versicherungsgesetz geändert
wird (50.Novelle zum ASVG);

Einleitung des Begut-
achtungsverfahrens.

1010 Wien, den 2. Juli 1991

Stubenring 1

Telefon (0222) ~~7500~~ 71100

Telex 111145 oder 111780

DVR: 0017001

P.S.K.Kto.Nr. 5070.004

Auskunft

Dr. Robert POPERL

Klappe 6371 Durchwahl

61/ME

Gesetzesentwurf	
Zl. 61 7500 - GE/19 P1	
Datum 5. 7. 1991	
Verteilt 8. 7. 91	gogge

An das
Präsidium des Nationalrates

Parlament
1017 W i e n

J. Hajek

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales beehrt sich, 30 Ausfertigungen des Entwurfes eines Bundesgesetzes, mit dem das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz geändert wird (50.Novelle zum ASVG), samt Erläuterungen und Textgegenüberstellungen zu übermitteln. Es wird ersucht, die Obmänner der parlamentarischen Klubs zu beteiligen.

Im Sinne der Entschliebung des Nationalrates anlässlich der Verabschiedung des Geschäftsordnungsgesetzes wurden die begutachtenden Stellen aufgefordert, 25 Ausfertigungen ihrer Stellungnahme dem Präsidium des Nationalrates zu übermitteln.

Die Frist zur Abgabe einer Stellungnahme wurde mit 26. August 1991 festgesetzt.

Für den Bundesminister:

Dr. Wilhelm MEISEL

Für die Richtigkeit
der Ausfertigung:

Kerivan

REPUBLIK ÖSTERREICH
BUNDESMINISTERIUM
FÜR ARBEIT UND SOZIALES
Zl. 20.350/50-1/91

16. Juli 1991

K o r r e k t u r
der Seite 8
des Entwurfes einer 50. Novelle zum
Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz

Gesetzesentwurf	
Zl. 34 61	-GE/1991
Datum	
Verteilt 19. Juli 1991	

H. Joch

Im Nachhang zur Zl. 20.350/42-1/91 wird eine Berichtigung der Seite 8 des Entwurfes einer 50. Novelle zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz, und zwar des Art. I Z 14 (§ 77 Abs. 2 erster Satz ASVG), übermittelt.

Für die gemäß § 16 a ASVG in der Pensionsversicherung Selbstversicherten soll der Beitragssatz - wie auch in den Erläuterungen (Seite 4, Punkt 5) ausgeführt wird - so wie für alle übrigen im § 77 Abs. 2 lit. b ASVG genannten Weiter- und Selbstversicherten in der Pensionsversicherung 22,8 vH betragen. Die Zitierung des § 16 a ASVG in der lit. a des § 77 Abs. 2 ASVG gemäß Art. I Z 14 in der Fassung des zur Begutachtung versendeten Entwurfes beruhte bedauerlicherweise auf einem redaktionellen Versehen, das nunmehr behoben wird.

Um Kenntnisnahme bzw. Austausch der Seite 8 wird gebeten.

Beilage

Für den Bundesminister:
Dr. Wilhelm Meisel

Für die Richtigkeit
der Ausfertigung:

Neuwald

14. § 77 Abs. 2 erster Satz lautet:

"Der Beitragssatz beträgt

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

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

"(3) Soweit der Hauptverband an der Durchführung der der Arbeitsmarktverwaltung bzw. der Arbeitslosenversicherung gesetzlich übertragenen Aufgaben durch Übermittlung von Daten (§ 31 Abs. 3 Z 15) auf automationsunterstütztem Weg mitwirkt, erhält er zur Abgeltung der ihm daraus erwachsenden Kosten eine Vergütung aus Mitteln der Arbeitslosenversicherung bzw. der Arbeitsmarktförderung. Das Nähere wird durch Verordnung des Bundesministers für Arbeit und Soziales geregelt. Hierbei ist auf die Ergebnisse der Kostenrechnung Bedacht zu nehmen."

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

"Wird eine Unfallsanzeige innerhalb von zwei Jahren nach Eintritt des Versicherungsfalles erstattet, so gilt der Zeitpunkt des Einlangens der Unfallsanzeige beim Unfallversicherungsträger als Tag der Einleitung des Verfahrens."

17. a) Im § 90 Abs. 1 erster Satz entfallen die Worte "sowie für die Dauer des Ruhens des Krankengeldanspruches nach § 143 Abs. 1 Z 2".

14. § 77 Abs. 2 erster Satz lautet:

"Der Beitragssatz beträgt

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

der Beitragsgrundlage."

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

"(3) Soweit der Hauptverband an der Durchführung der der Arbeitsmarktverwaltung bzw. der Arbeitslosenversicherung gesetzlich übertragenen Aufgaben durch Übermittlung von Daten (§ 31 Abs. 3 Z 15) auf automationsunterstütztem Weg mitwirkt, erhält er zur Abgeltung der ihm daraus erwachsenden Kosten eine Vergütung aus Mitteln der Arbeitslosenversicherung bzw. der Arbeitsmarktförderung. Das Nähere wird durch Verordnung des Bundesministers für Arbeit und Soziales geregelt. Hierbei ist auf die Ergebnisse der Kostenrechnung Bedacht zu nehmen."

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

"Wird eine Unfallsanzeige innerhalb von zwei Jahren nach Eintritt des Versicherungsfalles erstattet, so gilt der Zeitpunkt des Einlangens der Unfallsanzeige beim Unfallversicherungsträger als Tag der Einleitung des Verfahrens."

17. a) Im § 90 Abs. 1 erster Satz entfallen die Worte "sowie für die Dauer des Ruhens des Krankengeldanspruches nach § 143 Abs. 1 Z 2".

REPUBLIK ÖSTERREICH
BUNDESMINISTERIUM
FÜR ARBEIT UND SOZIALES

Zl. 20.350/42-1/91

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

Der Nationalrat hat beschlossen:

Artikel I

Das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 189/1955, in der Fassung der Bundesgesetze BGBl. Nr. 266/1956, BGBl. Nr. 171/1957, BGBl. Nr. 294/1957, BGBl. Nr. 157/1958, BGBl. Nr. 293/1958, BGBl. Nr. 65/1959, BGBl. Nr. 290/1959, BGBl. Nr. 87/1960, BGBl. Nr. 168/1960, BGBl. Nr. 294/1960, BGBl. Nr. 13/1962, BGBl. Nr. 85/1963, BGBl. Nr. 184/1963, BGBl. Nr. 253/1963, BGBl. Nr. 320/1963, BGBl. Nr. 301/1964, BGBl. Nr. 81/1965, BGBl. Nr. 96/1965, BGBl. Nr. 220/1965, BGBl. Nr. 309/1965, BGBl. Nr. 168/1966, BGBl. Nr. 67/1967, BGBl. Nr. 201/1967, BGBl. Nr. 6/1968, BGBl. Nr. 282/1968, BGBl. Nr. 17/1969, BGBl. Nr. 446/1969, BGBl. Nr. 385/1970, BGBl. Nr. 373/1971, BGBl. Nr. 473/1971, BGBl. Nr. 162/1972, BGBl. Nr. 31/1973, BGBl. Nr. 23/1974, BGBl. Nr. 775/1974, BGBl. Nr. 704/1976, BGBl. Nr. 648/1977, BGBl. Nr. 280/1978, BGBl. Nr. 342/1978, BGBl. Nr. 458/1978, BGBl. Nr. 684/1978, BGBl. Nr. 530/1979, BGBl. Nr. 585/1980, BGBl. Nr. 282/1981, BGBl. Nr. 588/1981, BGBl. Nr. 544/1982, BGBl. Nr. 647/1982, BGBl. Nr. 121/1983, BGBl. Nr. 135/1983, BGBl. Nr. 384/1983, BGBl. Nr. 590/1983, BGBl. Nr. 656/1983, BGBl. Nr. 484/1984, BGBl. Nr. 55/1985, BGBl. Nr. 104/1985, BGBl. Nr. 205/1985, BGBl. Nr. 217/1985, BGBl. Nr. 71/1986, BGBl. Nr. 111/1986, BGBl. Nr. 388/1986, BGBl. Nr. 564/1986, BGBl. Nr. 158/1987, BGBl. Nr. 314/1987, BGBl. Nr. 605/1987, BGBl. Nr. 609/1987, BGBl. Nr. 616/1987, BGBl. Nr. 196/1988, BGBl. Nr. 283/1988, BGBl. Nr. 749/1988, BGBl. Nr. 364/1989, BGBl. Nr. 642/1989, BGBl. Nr. 651/1989, BGBl. Nr. 660/1989, BGBl. Nr. 282/1990, BGBl. Nr. 294/1990, BGBl. Nr. 408/1990, BGBl. Nr. 741/1990, BGBl. Nr. 24/1991, BGBl. Nr. 70/1991 und BGBl. Nr. 157/1991 wird in seinem Ersten Teil geändert wie folgt:

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

"Selbstversicherung in der Pensionsversicherung

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

(2) Abs. 1 gilt auch für Personen, die ihren Wohnsitz nicht im Inland haben, wenn sie im Zeitpunkt der Antragstellung die österreichische Staatsbürgerschaft besitzen, für die Dauer ihres Auslandsaufenthaltes.

(3) Von der Selbstversicherung sind Personen ausgeschlossen, die im Zeitpunkt der Antragstellung

1. einen bescheidmäßig zuerkannten Anspruch auf eine monatlich wiederkehrende Geldleistung aus einer eigenen gesetzlichen Pensionsversicherung oder nach einem Landessozialhilfegesetz haben oder

2. in einem öffentlich-rechtlichen oder unkündbaren privatrechtlichen Dienstverhältnis zu einer öffentlich-rechtlichen Körperschaft oder zu von solchen Körperschaften verwalteten Betrieben, Anstalten, Stiftungen und Fonds stehen, wenn ihnen aus ihrem Dienstverhältnis die Anwartschaft auf Ruhe- und Versorgungsgenuß zusteht oder die auf Grund eines solchen Dienstverhältnisses einen Ruhe(Versorgungs)genuß beziehen, der den Leistungen der Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz gleichwertig ist. § 6 gilt entsprechend.

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

1. bereits versichert, so ist der Antrag bei dem Träger der Pensionsversicherung einzubringen, bei dem er zuletzt versichert war;

2. nicht versichert, so ist der Antrag bei der Pensionsversicherungsanstalt der Angestellten einzubringen.

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

(6) Die Selbstversicherung endet, außer mit dem Wegfall der Voraussetzungen,

1. mit dem Ende des Kalendermonates, in dem der (die) Versicherte seinen (ihren) Austritt erklärt hat;

2. wenn der (die) Versicherte innerhalb der letzten 24 Kalendermonate mindestens zwölf Beitragsmonate der Selbstversicherung erworben hat.

(7) Hat der (die) Versicherte in dem in Abs. 6 Z 2 genannten Zeitraum zwölf Beitragsmonate der Selbstversicherung erworben, ist er (sie) zur Weiterversicherung in der Pensionsversicherung berechtigt."

2. a) § 17 Abs. 1 lautet:

"(1) Personen, die

1. a) aus der Pflichtversicherung nach diesem Bundesgesetz oder aus einer nach früherer gesetzlicher Regelung ihr entsprechenden Pensions(Renten)versicherung oder aus der Pensionsversicherung für das Notariat ausgeschieden sind oder ausscheiden und die

b) in den letzten 24 Monaten vor dem Ausscheiden mindestens zwölf oder in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden jährlich mindestens drei Versicherungsmonate in einer oder mehreren gesetzlichen Pensionsversicherungen erworben haben,

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

3. die Voraussetzungen des § 16 a Abs. 7 erfüllen,

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

b) § 17 Abs. 4 lautet:

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

1. in den Fällen des Abs. 1 Z 1 bis zum Ende des sechsten auf das Ausscheiden aus der Pflichtversicherung,

2. in den Fällen des Abs. 1 Z 2 bis zum Ende des sechsten auf das Ende des Anspruches auf die laufende Leistung folgenden Monates,

3. in den Fällen des Abs. 1 Z 3 bis zum Ende des auf das Ende der Selbstversicherung folgenden Monates.

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

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

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

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

6. a) Der bisherige Inhalt des § 40 erhält die Bezeichnung Abs. 1.

b) § 40 Abs. 1 zweiter Satz lautet:

"Personen, die Anspruch haben

1. auf Geldleistungen aus den Versicherungsfällen der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit oder der Mutterschaft

2. auf Pensionen aus der Pensionsversicherung mit Ausnahme der Ansprüche auf Knappschaftspensionen und Knappschaftssold sowie Waisenpensionen

haben während des Leistungsbezuges bzw. während des Ruhens des Leistungsanspruches jede Aufnahme einer Erwerbstätigkeit sowie die Höhe des Erwerbseinkommens und jede Änderung der Höhe des Erwerbseinkommens binnen sieben Tagen zu melden, soweit dies für den Fortbestand und das Ausmaß der Bezugsberechtigung maßgebend ist."

c) Dem § 40 wird folgender Abs. 2 angefügt:

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

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

8. Nach § 63 Abs. 1 erster Satz wird folgender Satz eingefügt:
"Werden Beiträge an einem Samstag, Sonntag, gesetzlichen Feiertag, Karfreitag oder 24. Dezember fällig, so gilt als Fälligkeitstag der nächste Tag, der nicht einer der vorgenannten Tage ist."

9. a) Im § 67 Abs. 6 Z 3 wird der Ausdruck "(zB Geschäftsführer, leitender Angestellter, Prokurist)," durch den Ausdruck "(zB Geschäftsführer, leitender Angestellter, Prokurist, Mehrheitsgesellschafter)," ersetzt.

b) Dem § 67 Abs. 6 wird folgender Satz angefügt:
"Dies gilt entsprechend auch bei einem Betriebsübergang auf eine juristische Person, Personenhandelsgesellschaft oder Erwerbsgesellschaft, sofern zur Vertretung der juristischen Person oder der Personenhandelsgesellschaft (Erwerbsgesellschaft) Personen berufen sind, die unter die Z 1 bis 3 fallen oder an der juristischen Person oder Personenhandelsgesellschaft (Erwerbsgesellschaft) unter Z 1 bis 3 fallende Person zu Mehrheitsanteilen als Gesellschafter beteiligt sind."

10. § 68 Abs. 1 erster Satz lautet:

"Das Recht auf Feststellung der Verpflichtung zur Zahlung von Beiträgen verjährt bei Beitragsschuldern und Beitragsmithaftenden binnen zwei Jahren vom Tag der Fälligkeit der Beiträge."

11. Im § 73 Abs. 4 werden der zweite und dritte Satz durch folgenden Satz ersetzt:

"Der Hauptverband hat die einlangenden Beiträge innerhalb der ersten sechs Monate des folgenden Kalenderjahres auf die zuständigen Träger der Krankenversicherung nach einem Schlüssel aufzuteilen, den der Bundesminister für Arbeit und Soziales unter Berücksichtigung des Verhältnisses, in welchem der Pensionsaufwand aller nach Abs. 1 beitragspflichtigen Träger der Pensionsversicherung auf die bei den einzelnen Trägern der Krankenversicherung gemäß § 8 Abs. 1 Z 1 lit. a oder d krankenversicherten Personen entfällt, mindestens einen Monat vor dem Ablauf der oben bezeichneten Frist mit Verordnung festzusetzen hat."

12. a) § 76 Abs. 1 Z 2 lautet:

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

a) ein Einkommen im Sinne des § 4 des

Studienförderungsgesetzes bezieht oder

b) eine Studiendauer im Sinne des § 2 Abs. 3 des

Studienförderungsgesetzes 1983 ohne wichtige Gründe um mehr als zwei Semester überschritten hat oder

c) vor dem gegenwärtigen Studium schon ein Hochschulstudium im Sinne des § 2 Abs. 1 lit. d des

Studienförderungsgesetzes 1983 absolviert hat;

lit. c ist nicht anzuwenden, wenn der Selbstversicherte während des Hochschulstudiums keine selbständige oder unselbständige Erwerbstätigkeit ausübt, ferner jedenfalls nicht für Hörer (Lehrgangsteilnehmer) der Diplomatischen Akademie."

b) § 76 Abs. 4 lautet:

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

13. § 76 b Abs. 5 lautet:

"(5) Beitragsgrundlage für den Kalendertag ist für in der Pensionsversicherung gemäß § 16 a Selbstversicherte die um ein Sechstel ihres Betrages erhöhte Höchstbeitragsgrundlage (§ 45 Abs. 1). § 76 a Abs. 4 und 5 ist entsprechend anzuwenden."

Der bisherige Abs. 5 erhält die Bezeichnung 6.

14. § 77 Abs. 2 erster Satz lautet:

"Der Beitragssatz beträgt

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

der Beitragsgrundlage."

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

"(3) Soweit der Hauptverband an der Durchführung der der Arbeitsmarktverwaltung bzw. der Arbeitslosenversicherung gesetzlich übertragenen Aufgaben durch Übermittlung von Daten (§ 31 Abs. 3 Z 15) auf automationsunterstütztem Weg mitwirkt, erhält er zur Abgeltung der ihm daraus erwachsenden Kosten eine Vergütung aus Mitteln der Arbeitslosenversicherung bzw. der Arbeitsmarktförderung. Das Nähere wird durch Verordnung des Bundesministers für Arbeit und Soziales geregelt. Hierbei ist auf die Ergebnisse der Kostenrechnung Bedacht zu nehmen."

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

"Wird eine Unfallsanzeige innerhalb von zwei Jahren nach Eintritt des Versicherungsfalles erstattet, so gilt der Zeitpunkt des Einlangens der Unfallsanzeige beim Unfallversicherungsträger als Tag der Einleitung des Verfahrens."

17. a) Im § 90 Abs. 1 erster Satz entfallen die Worte "sowie für die Dauer des Ruhens des Krankengeldanspruches nach § 143 Abs. 1 Z 2".

b) Im § 90 Abs. 1 zweiter Satz entfallen die Worte "des Ruhens (§ 143 Abs. 1 Z 2)",

18. a) § 108 a Abs. 1 zweiter Satz lautet:
"Die durchschnittliche Beitragsgrundlage ist gemäß Abs. 2, 3 und 4 zu errechnen."

b) § 108 a Abs. 1 dritter Satz entfällt.

c) Im § 108 a Abs. 3 erster Satz entfällt der Ausdruck "des Vergleichsjahres".

d) § 108 a Abs. 3 zweiter Satz entfällt.

e) § 108 a Abs. 4 wird aufgehoben. Der bisherige Abs. 5 erhält die Bezeichnung 4.

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

19. Im § 108 c Abs. 1 wird der Ausdruck "der Aufwertungszahl" durch den Ausdruck "dem Richtwert" und der Ausdruck "die Aufwertungszahl" durch den Ausdruck "der Richtwert" ersetzt.

20. § 108 d lautet:

"Richtwert für die Festsetzung des Anpassungsfaktors

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

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

(2) Zur Ermittlung der durchschnittlichen Beitragsgrundlage eines Jahres sind alle Versicherungstage von Pflichtversicherten eines Jahres, für die eine Tagesbeitragsgrundlage vorgesehen ist, in die Lohnstufen (§ 46 Abs. 2 bis 5) einzureihen. Der Hauptverband hat diese Einreihung für das Ausgangsjahr, das Vergleichsjahr und das dem Vergleichsjahr vorangegangene Jahr auf Grund der Daten der Versicherungsdatei so rechtzeitig durchzuführen, daß sie dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales am 20. August eines jeden Jahres zur Verfügung steht.

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

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

Meßbetrag (§ 108 b Abs. 2) des Vergleichsjahres. Der obere Grenzbetrag ist auf Groschen zu runden. Die Zahl der in jeder Lohnstufe eingereichten Versicherungstage ist mit dem Tageswert (§ 46 Abs. 4) dieser Lohnstufe zu vervielfachen. Dabei ist als unterste Lohnstufe der Bereich zwischen dem unteren Grenzbetrag und der nächsthöheren Lohnstufengrenze anzunehmen und der Mittelwert aus dem unteren Grenzbetrag und der nächsthöheren Lohnstufengrenze zu bilden. Der Mittelwert ist auf Groschen zu runden. Die Zahl der in die unterste Lohnstufe eingereichten Versicherungstage ist entsprechend der Verkürzung des Lohnstufenbereiches zu vermindern und die so verminderte Zahl mit dem Mittelwert anstelle des Tageswertes der Lohnstufe zu vervielfachen. Als oberste Lohnstufe gilt die Lohnstufe, in die der obere Grenzbetrag fällt. Die Zahl aller in diese oder in eine höhere Lohnstufe eingereichten Versicherungstage ist für die Bildung der durchschnittlichen Beitragsgrundlage mit dem oberen Grenzbetrag zu vervielfachen.

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

Artikel II

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

1. a) § 116 Abs. 1 Z 1 lautet:

"1. für die Förderung der Gesundheit (Verhütung von Krankheiten) und Früherkennung von Krankheiten;"

b) § 116 Abs. 2 lautet:

"(2) Überdies können aus Mitteln der Krankenversicherung Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit und Leistungen aus Anlaß des Todes gewährt werden."

2. § 117 Z 1 bis 4 lauten:

"1. Zur Gesundheitsförderung (Verhütung von Krankheiten) Gesundheitserziehung und Erforschung von Krankheitsursachen (§ 132 c);

2. zur Früherkennung von Krankheiten Jugendlichenuntersuchungen und Vorsorge (Gesunden) untersuchungen (§§ 132 a und 132 b);

3. aus dem Versicherungsfall der Krankheit: Krankenbehandlung (§§ 133 bis 137), medizinische Maßnahmen der Rehabilitation (§ 137 a), medizinische Hauskrankenpflege (§ 151), erforderlichenfalls Anstaltspflege (§§ 144 bis 150);

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

Die bisherige Z 4 erhält die Bezeichnung 5.

3. Nach § 117 wird folgender § 118 eingefügt:

"Bewilligung durch den Versicherungsträger

§ 118. In der Krankenordnung (§ 456) kann, um nicht notwendige, nicht ökonomische oder nicht zweckmäßige Leistungen für Rechnung des Versicherungsträgers zu vermeiden, bestimmt werden, welche Sachleistungen - ausgenommen Heilmittel - der Krankenversicherung (Erstattung von Kosten anstelle von Sachleistungen) an das Erfordernis der vorherigen bzw. nachträglichen Bewilligung durch den Versicherungsträger gebunden sind. Es kann auch ausdrücklich bestimmt werden, bei welchen Leistungen das Erfordernis der vorherigen Bewilligung entfällt."

4. a) Im § 122 Abs. 2 Z 1 Einleitung entfallen die Worte "sofern dieser Anspruch nicht gemäß Z 2 oder Abs. 3 entstanden ist,".

b) Im § 122 Abs. 2 Z 2 lit. c wird der Ausdruck "gemäß § 10 AlVG" durch den Ausdruck "gemäß §§ 10 bzw. 11 AlVG" ersetzt.

5. § 124 Abs. 1 zweiter Satz lautet:
"Dies gilt nicht für die im § 16 Abs. 2 bezeichneten Personen, sofern ihre Beiträge von der Beitragsgrundlage nach § 76 Abs. 1 Z 2 erster Halbsatz berechnet werden."

6. Im § 125 Abs. 1 erster Halbsatz wird der Ausdruck "in dem dem Versicherungsfall zuletzt vorangegangenen Beitragszeitraum" durch den Ausdruck "in dem dem Ende des Entgeltanspruches zuletzt vorangegangenen Beitragszeitraum" ersetzt.

7. § 132 c lautet:

"Gesundheitsförderung
(Krankheitsverhütung)

§ 132 c. Zur Gesundheitsförderung (Verhütung von Krankheiten) kommen insbesondere in Betracht:

1. Gesundheitserziehung der Versicherten und ihrer Angehörigen zur Verhütung bzw. Verzögerung des Eintrittes häufiger Zivilisationskrankheiten;
2. Erforschung von Krankheitsursachen durch Verwertung zur Verfügung stehender epidemiologischer Daten durch die Träger der Krankenversicherung."

Der bisherige § 132 c erhält die Bezeichnung § 132 d.

8. § 133 Abs. 1 lautet:

"(1) Die Krankenbehandlung umfaßt:

1. ärztliche Hilfe;
2. Heilmittel;
3. Heilbehelfe;
4. medizinische Maßnahmen der Rehabilitation."

9. § 135 Abs. 1 zweiter Satz lautet:

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

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

Behandlung durch Personen, die gemäß § 52 Abs. 4 des Bundesgesetzes betreffend die Regelung des Krankenpflegefachdienstes, der medizinisch-technischen Dienste und der Sanitätshilfsdienste, BGBl. Nr. 102/1961, zur freiberuflichen Ausübung des physiotherapeutischen Dienstes, des

logopädisch-phoniatriisch-audiometrischen Dienstes bzw. des beschäftigungs- und arbeitstherapeutischen (ergotherapeutischen) Dienstes berechtigt sind;

2. eine psychologische Behandlung durch Personen, die gemäß § 12 Abs. 1 des Psychologengesetzes, BGBl. Nr. 360/1990, zur selbständigen Ausübung des psychologischen Berufes berechtigt sind;

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

10. Nach § 137 wird folgender § 137 a eingefügt:

"Medizinische Maßnahmen der Rehabilitation

§ 137 a. (1) Um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern oder die Folgen der Krankheit zu erleichtern, gewähren die Krankenversicherungsträger nach pflichtgemäßem Ermessen und nach Maßgabe des § 133 Abs. 2 medizinische Maßnahmen der Rehabilitation. Diese Maßnahmen umfassen neben den sonstigen aus dem Versicherungsfall der Krankheit in Betracht kommenden Leistungen (§ 117 Z 3) auch die Gewährung von Körperersatzstücken, orthopädischen Behelfen und anderen Hilfsmitteln, einschließlich der notwendigen Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung sowie der Ausbildung im Gebrauch der Hilfsmittel. Anstaltspflege wird nur nach Maßgabe der vorhandenen Einrichtungen gewährt. § 202 Abs. 3 und 4 sowie § 135 Abs. 4 und 5 gelten sinngemäß.

(2) Die Maßnahmen nach Abs. 1 werden vom Krankenversicherungsträger gewährt, wenn und soweit sie nicht von einem Unfallversicherungsträger oder einem Pensionsversicherungsträger gewährt werden und ein Pensionsversicherungsträger ihre Gewährung nicht an sich zieht (§ 302 Abs. 2).

(3) Der Krankenversicherungsträger kann die Durchführung von medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation einem

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

(4) Die Krankenversicherungsträger haben die von ihnen jeweils zu treffenden medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation mit den in Frage kommenden Versicherungsträgern, Dienststellen und Einrichtungen zu koordinieren und aufeinander abzustimmen. Hiefür gelten die Bestimmungen des § 307 c sinngemäß."

11. Im § 138 Abs. 2 wird der Punkt am Ende der lit. e durch einen Strichpunkt ersetzt. Folgende lit. f wird angefügt:

"f) Bezieher eines Vorschusses auf eine Leistung aus der Pensionsversicherung (§ 23 AlVG)."

12. Im § 140 Z 1 wird der Ausdruck "§ 143 Abs. 1 Z 1, 2, 3" durch den Ausdruck "§ 143 Abs. 1 Z 1, 3" ersetzt.

13. § 141 Abs. 3 lautet:

"(3) Als satzungsmäßige Mehrleistung kann das Krankengeld von einem durch die Satzung zu bestimmenden Zeitpunkt an erhöht werden, wenn der Versicherte Angehörige im Sinne des § 123 Abs. 2, 4, 7 oder 8 hat, die sich gewöhnlich im Inland aufhalten; eine Erhöhung gebührt nicht für einen Angehörigen, der aus selbständiger oder unselbständiger Erwerbstätigkeit, aus einem Lehr- oder Ausbildungsverhältnis oder auf Grund des Bezuges von Geldleistungen aus der Sozialversicherung mit Ausnahme des Hilflosenzuschusses ein Einkommen von mehr als 3 319 S monatlich bezieht. An die Stelle dieses Betrages tritt ab 1. Jänner eines jeden Jahres der unter Bedachtnahme auf § 108 i mit der

jeweiligen Aufwertungszahl (§ 108 a Abs. 1) vervielfachte Betrag. Kommen mehrere Angehörige in Betracht, ist der Anspruch auf Familiengeld gegeben, wenn die Voraussetzungen dafür auch nur bei einem Angehörigen erfüllt sind. Die Erhöhung darf höchstens 10 vH der Bemessungsgrundlage für den Ehegatten und höchstens 5 vH der Bemessungsgrundlage für jeden sonstigen Angehörigen betragen."

14. a) § 143 Abs. 1 Z 2 wird aufgehoben.

b) § 143 Abs. 3 wird aufgehoben.

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

"Anstaltspflege"

16. § 144 Abs. 4 lautet:

"(4) Als Anstaltspflege gilt nicht die Unterbringung in einem Heim für Genesende, die ärztlicher Behandlung und besonderer Wartung bedürfen (§ 2 Abs. 1 Z 3 des Krankenanstaltengesetzes, BGBl. Nr. 1/1957) oder in einer Pflegeanstalt für chronisch Kranke, die ärztlicher Betreuung und besonderer Pflege bedürfen (§ 2 Abs. 1 Z 4 KAG)."

17. § 151 lautet:

"Medizinische Hauskrankenpflege"

§ 151. (1) Neben der ärztlichen Hilfe und der Versorgung mit Heilmitteln bzw. Heilbehelfen ist, sofern ein regelwidriger Körper- oder Geisteszustand besteht, der die Krankenbehandlung notwendig macht (§ 120 Abs. 1 Z 1), auf Grund ärztlicher Anordnung medizinische Hauskrankenpflege zu gewähren.

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

(3) Hat der (die) Anspruchsberechtigte nicht die Vertragspartner (§ 338) oder die eigenen Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) des Versicherungsträgers in Anspruch genommen, so gilt § 131 entsprechend.

(4) Die medizinische Hauskrankenpflege wird für die Dauer von längstens vier Wochen gewährt."

18. § 152 wird aufgehoben.

19. § 153 Abs. 2 erster Satz lautet:

"Um eine Gesundheitsstörung oder eine wesentliche Störung der Arbeitsfähigkeit hintanzuhalten, ist der unentbehrliche Zahnersatz unter Kostenbeteiligung des Versicherten zu gewähren."

20. Im § 154 Abs. 1 erster Satz wird der Ausdruck "kann" durch den Ausdruck "hat" und der Ausdruck "vorsehen" durch den Ausdruck "vorzusehen" ersetzt.

21. a) In der Überschrift des Sechsten Unterabschnittes im Zweiten Teil Abschnitt I nach § 154 entfällt der Strichpunkt und der Ausdruck "Krankheitsverhütung".

b) die Überschrift zu § 155 entfällt.

c) § 155 Abs. 1 und 2 lauten:

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

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

1. Unterbringung in Erholungsheimen zur Beschleunigung der Genesung nach schwerer Krankheit;

2. Unterbringung in Kuranstalten zur Verhinderung

a) einer unmittelbar drohenden Krankheit,

b) der Verschlimmerung einer bestehenden Krankheit,

wobei die Anwendung natürlicher Heilvorkommen mit eine Voraussetzung für den Behandlungserfolg darstellt."

d) § 155 Abs. 5 wird aufgehoben.

22. § 156 wird aufgehoben.

23. Im § 158 Abs. 1 wird der Ausdruck "§ 117 Z 4" durch den Ausdruck "§ 117 Z 5" ersetzt.

24. Dem § 159 wird folgender Satz angefügt:

"Hat die Anspruchsberechtigte nicht die Vertragspartner (§ 338) oder die eigenen Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) des Versicherungsträgers in Anspruch genommen, so gilt § 131 entsprechend."

25. Im § 162 Abs. 5 wird der Ausdruck "§ 138 Abs. 2" durch den Ausdruck "§ 138 Abs. 2 lit. a bis d" ersetzt.

26. a) § 166 Abs. 1 Z 1 wird aufgehoben.

b) § 166 Abs. 3 wird aufgehoben.

Artikel III

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

1. a) Im § 175 Abs. 2 Z 2 wird der Satzteil "ferner auf dem Weg von der Arbeits- oder Ausbildungsstätte oder von der Wohnung zu einer ärztlichen Untersuchungsstelle, wenn sich der Versicherte der Untersuchung auf Grund einer gesetzlichen Vorschrift oder einer Anordnung des Versicherungsträgers oder des Dienstgebers unterziehen muß und anschließend auf dem Weg zurück zur Arbeits(Ausbildungs)stätte oder zur Wohnung;" durch den Satzteil "ferner auf dem Weg von der Arbeits- oder Ausbildungsstätte oder von der Wohnung zu einer ärztlichen Untersuchungsstelle und anschließend zurück zur Wohnung bzw. zur Arbeits(Ausbildungs)stätte;" ersetzt.

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

"10. auf einem Weg zur oder von der Arbeits- oder Ausbildungsstätte (Z 1) zu einem Kindergarten (Kindertagesstätte) bzw. zu einer Schule, um das Kind bzw. den Schüler (die Schülerin) (§ 8 Abs. 1 Z 3 lit. h) des (der) Versicherten (§ 252 Abs. 1) dorthin zu bringen oder von dort abzuholen."

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

3. § 199 Abs. 3 erster Satz lautet:

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

Artikel IV

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

1. a) § 225 Abs. 1 Z 3 lit. b lautet:

"b) Zeiten der Selbstversicherung gemäß § 18 a sowie Zeiten einer sonstigen freiwilligen Versicherung, wenn die Beiträge innerhalb von zwei Jahren, in den Fällen des § 16 a innerhalb von zwei Monaten, nach Ablauf des Beitragszeitraumes, für den sie gelten sollen, wirksam (§ 230) entrichtet worden sind."

b) Im § 225 Abs. 1 wird der Strichpunkt am Ende der Z 5 durch einen Beistrich ersetzt; folgender Satzteil wird angefügt:
"sowie Zeiten, für die aus Anlaß der Aufnahme in das pensionsversicherungsfreie Dienstverhältnis vom Dienstnehmer an den Dienstgeber ein besonderer Pensionsbeitrag geleistet worden ist, sofern für diese Zeiten ein Überweisungsbetrag nach § 311 geleistet worden ist;"

2. Dem § 226 Abs. 2 lit. c wird folgender Satzteil angefügt:
"sowie Zeiten, für die aus Anlaß der Aufnahme in das pensionsversicherungsfreie Dienstverhältnis vom Dienstnehmer an den Dienstgeber ein besonderer Pensionsbeitrag geleistet worden ist, sofern für diese Zeiten ein Überweisungsbetrag nach § 311 geleistet worden ist,"

3. a) Im § 227 Abs. 1 Z 6 entfallen die Worte "oder der Anspruch darauf ausschließlich gemäß § 143 Abs. 1 Z 2 ruhte".

b) § 227 Abs. 5 lautet:

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

Der bisherige Abs. 5 erhält die Bezeichnung 6.

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

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

5. a) Im § 238 Abs. 4 Z 1 erster Halbsatz entfallen die Worte "oder während welcher der Anspruch auf Krankengeld ausschließlich nach § 143 Abs. 1 Z 2 ruhte".

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

"3. Beitragszeiten nach den §§ 225 Abs. 1 Z 5 zweiter Halbsatz und 226 Abs. 2 lit. c zweiter Halbsatz."

6. a) Im § 242 Abs. 2 Z 5 wird der Ausdruck "§ 243 Z 3" durch den Ausdruck "§ 243 Abs. 1 Z 3" ersetzt.

b) Im § 242 Abs. 3 lit. a wird der Ausdruck "§ 243 Z 3 lit. a" durch den Ausdruck "§ 243 Abs. 1 Z 3 lit. a" ersetzt.

c) Im § 242 Abs. 3 lit. b wird der Ausdruck "§ 243 Z 2 lit. b" durch den Ausdruck "§ 243 Abs. 1 Z 2 lit. b" ersetzt.

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

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

8. Im § 244 Abs. 1 erster Satz wird der Ausdruck "§ 243 Z 2 lit. a" durch den Ausdruck "§ 243 Abs. 1 Z 2 lit. a" ersetzt.

9. Im § 250 Abs. 3 wird der Ausdruck "§ 243 Z 2 lit. b" durch den Ausdruck "§ 243 Abs. 1 Z 2 lit. b" ersetzt.

10. § 253 a Abs. 1 Z 4 lautet:

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

11. § 276 Abs. 3 Einleitung lautet:

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

12. a) § 293 Abs. 1 lautet:

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

- a) für Pensionsberechtigte aus eigener Pensionsversicherung,
 - aa) wenn sie mit dem Ehegatten (der Ehegattin) im gemeinsamen Haushalt leben 9 317 S,
 - bb) wenn die Voraussetzungen nach
 - aa) nicht zutreffen 6 500 S,

- b) für Pensionsberechtigte auf Witwen(Witwer)pension 6 500 S,

- c) für Pensionsberechtigte auf Waisenpension:
 - aa) bis zur Vollendung des 24. Lebensjahres 2 427 S, falls beide Elternteile verstorben sind 3 646 S,

 - bb) nach Vollendung des 24. Lebensjahres 4 312 S, falls beide Elternteile verstorben sind 6 500 S.

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

b) Im § 293 Abs. 2 wird der Ausdruck "1. Jänner 1992" durch den Ausdruck "1. Jänner 1993" ersetzt.

13. § 302 Abs. 2 erster und zweiter Satz lauten:

"Die Maßnahmen nach Abs. 1 werden vom Pensionsversicherungsträger gewährt, wenn und soweit sie nicht aus einer gesetzlichen Krankenversicherung gewährt werden. Der Pensionsversicherungsträger kann die Gewährung der von einem Krankenversicherungsträger nach Maßgabe des § 137 a zu

erbringenden medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation jederzeit an sich ziehen."

14. Im § 306 Abs. 4 wird der Ausdruck "Erwerbseinkommen" durch den Ausdruck "Erwerbseinkommen bzw." ersetzt.

15. § 307 e Abs. 2 lautet:

"(2) Bezüglich der Höhe des Familiengeldes bzw. des Taggeldes gilt § 195 Abs. 2 bis 6 entsprechend. Bei in der Pensionsversicherung Weiterversicherten sowie bei Personen, die aus der Weiterversicherung gemäß § 17 ausgeschieden sind, bzw. bei gemäß den §§ 16 a, 18, 18 a Selbstversicherten ist hiebei das Dreißigfache der Beitragsgrundlage (§ 76 a Abs. 1 bzw. Abs. 5) als Bemessungsgrundlage heranzuziehen, jedoch höchstens im Ausmaß des Dreißigfachen des Tageswertes der Lohnstufe (§ 46 Abs. 4), in welche die um ein Sechstel ihres Betrages erhöhte Höchstbeitragsgrundlage (§ 45 Abs. 1) fällt."

16. § 313 lautet:

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

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

Beiträge als Versicherungsmonate im Sinne dieses Bundesgesetzes berücksichtigt worden waren."

Artikel V

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

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

"Der Übergang von bis zu 50 vH des Anspruches auf Pension einschließlich allfälliger Zulagen und Zuschläge hat so lange zu unterbleiben, solange das Nettoeinkommen (§ 292 Abs. 3) des unterhaltsberechtigten Ehegatten des Pensionsberechtigten den Richtsatz gemäß § 293 Abs. 1 lit. a bb nicht erreicht."

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

3. § 342 Abs. 1 Z 6 lautet:

"6. die Zusammenarbeit der Vertragsärzte mit dem beim Versicherungsträger eingerichteten chef- und kontrollärztlichen Dienst, insbesondere bezüglich der Einhaltung der Bestimmungen der §§ 31 Abs. 3 Z 11 und 118;"

4. a) In der Überschrift zu § 343 a wird der Ausdruck "§ 132 c Abs. 1 Z 1" durch den Ausdruck "§ 132 d Abs. 1 Z 1" ersetzt.

b) Im § 343 a Abs. 1 wird der Ausdruck "§ 132 c Abs. 1 Z 1" durch den Ausdruck "§ 132 d Abs. 1 Z 1" ersetzt.

5. a) § 349 Abs. 2 lautet:

"(2) Die Beziehungen zwischen den Trägern der Krankenversicherung und den freiberuflich tätigen Psychologen bzw. den freiberuflich tätigen Psychotherapeuten werden durch je einen Gesamtvertrag mit einer durch den Psychologenbeirat (§ 19 des Psychologengesetzes) bzw. durch den Psychotherapiebeirat (§ 20 des Psychotherapiegesetzes) auf ihre Leistungsfähigkeit bezüglich der psychosozialen Versorgung positiv begutachteten freiwilligen beruflichen Interessenvertretung geregelt. Hiebei finden die Bestimmungen der §§ 340 Abs. 1, 341 bis 343 mit der Maßgabe sinngemäß Anwendung, daß an die Stelle der Ärztekammer die jeweilige freiwillige berufliche Interessenvertretung tritt."

Die bisherigen Abs. 2 und 3 erhalten die Bezeichnung 3 und 4.

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

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

c) Im § 349 Abs. 4 (neu) wird der Ausdruck "Abs. 2" durch den Ausdruck "Abs. 3" ersetzt.

6. § 350 Abs. 1 Z 3 lautet:

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

7. Dem § 360 wird folgender Abs. 3 angefügt:

"(3) Die Sozialversicherungsträger und der Hauptverband sind berechtigt, im Rahmen der für sie geltenden Amtshilfebestimmungen Einsicht in automationsunterstützt geführte Datenbanken zu nehmen, soweit dies zur Erfüllung der ihnen gesetzlich übertragenen Aufgaben notwendig ist. Diese Berechtigung umfaßt auch die Einsichtnahme in Hilfsverzeichnisse, insbesondere in das Personenverzeichnis des Grundbuchs und des Firmenbuchs."

8. Im § 367 Abs. 1 Einleitung werden nach den Worten "aus der Unfallversicherung" die Worte "sowie auf Gewährung einer Integritätsabgeltung" eingefügt.

9. § 412 lautet:

"Einspruch gegen Bescheide der Versicherungsträger

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

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

(3) Binnen zwei Wochen nach Zustellung der Einspruchsvorentscheidung kann beim Versicherungsträger der Antrag gestellt werden, daß der Einspruch dem Landeshauptmann zur Entscheidung vorgelegt werden möge (Vorlageantrag). In der Einspruchsvorentscheidung ist auf die Möglichkeit eines solchen

Vorlageantrages hinzuweisen. Mit dem Einlangen eines rechtzeitig eingebrachten Vorlageantrages tritt die Einspruchsvorentscheidung außer Kraft. Die Parteien sind über das Außerkrafttreten der Einspruchsvorentscheidung zu verständigen.

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

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

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

10. § 413 Abs. 1 Z 1 lautet:

"1. über die bei ihm eingebrachten Einsprüche und Vorlageanträge,"

11. § 422 lautet:

"Ablehnung des Amtes und Recht zur Amtsausübung

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

(2) Der Versicherungsvertreter (Stellvertreter) hat von der Annahme seiner Bestellung (§ 421) den Versicherungsträger nachweislich in Kenntnis zu setzen und ist unbeschadet des § 425 zweiter Satz ab dem Zeitpunkt des Einlangens dieser Mitteilung beim Versicherungsträger zur Ausübung seines Amtes ab dem Zeitpunkt, ab dem er bestellt ist, berechtigt."

12. a) Die Überschrift zu § 424 lautet:

"Pflichten und Haftung der
Versicherungsvertreter"

b) Im § 424 treten an die Stelle des ersten Satzes folgende Sätze:

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

13. § 431 Abs. 5 lautet:

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

Die bisherigen Abs. 5 und 6 erhalten die Bezeichnung 6 und 7.

14. § 432 lautet:

"Angelobung der Versicherungsvertreter

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

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

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

16. a) Im § 434 Abs. 1 wird nach dem zweiten Satz folgender Satz eingefügt:

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

b) § 434 Abs. 2 letzter Satz lautet:

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

c) § 434 Abs. 3 lautet:

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

17. a) § 446 Abs. 1 zweiter Satz lautet:

"Sie dürfen unbeschadet des Abs. 3, des § 446 a und des § 447 nur angelegt werden:".

b) § 446 Abs. 3 lautet:

"(3) Im übrigen sind von den Vorschriften der Abs. 1 und 2 abweichende Veranlagungsarten dann zulässig, wenn sie in jedem einzelnen Anlagefall auf Grund von Verwaltungskörperbeschlüssen erfolgen, die zu ihrer Wirksamkeit der Genehmigung durch den Bundesminister für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen bedürfen."

18. § 446 a lautet:

"Genehmigung der Beteiligung an
fremden Einrichtungen

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

19. Im § 451 Abs. 1 zweiter Satz zweiter Halbsatz wird der Ausdruck "432 Abs. 2" durch den Ausdruck "432" ersetzt.

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

"Mitwirkung der Abgabenbehörden des Bundes

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

1. Ordnungsbegriff und Lagebeschreibung der wirtschaftlichen Einheit,

2. Name (Familiename und Vorname) des Eigentümers der wirtschaftlichen Einheit mit Geburtsdatum und Anschrift sowie dessen Eigentumsanteil an der wirtschaftlichen Einheit,

3. Ausmaß des Einheitswertes und die im Bescheid ausgewiesenen Berechnungsgrundlagen,

4. Art und Rechtsgrundlage der Änderung des Einheitswertes, Stichtag der Rechtswirksamkeit sowie Ausfertigungsdatum des Bescheides,

5. Name und Anschrift eines allfälligen Zustellungsbevollmächtigten.

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

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

21. § 460 c erster Satz lautet:

"Die Versicherungsträger und der Hauptverband dürfen Daten im Sinne des Datenschutzgesetzes in seiner jeweils geltenden Fassung insoweit verwenden, als dies für sie wesentliche Voraussetzung zur Erfüllung gesetzlich übertragener Aufgaben ist."

22. Im § 468 Abs. 2 wird der Ausdruck "Kranken- und Familiengeld" durch den Ausdruck "Krankengeld" ersetzt.

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

24. a) In der Anlage 1 lautet die Nr. 25 wie folgt:

"25 Meniskusschäden nach	
mindestens dreijähriger	Alle
regelmäßiger Tätigkeit in	Unternehmen"
kniender oder hockender	
Stellung	

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

"30 Durch allergisierende Stoffe	
verursachte Erkrankungen an	
Asthma bronchiale, wenn und	Alle
solange sie zur Aufgabe	Unternehmen"
schädigender Erwerbsarbeit	
zwingen	

c) In der Anlage 1 werden folgende Nrn. 45 bis 47 angefügt:

"45 Adenokarzinome der Nasen-	
haupt- und Nasennebenhöhlen	Holzverarbeitende
durch Staub von Buchen- oder	Betriebe
Eichenholz	

- 46 Erkrankungen durch Überlastung der Sehnenscheiden, des Sehnengleitgewebes oder der Sehnen- und Muskelansätze, wenn und solange sie zur Aufgabe schädigender Tätigkeiten zwingen Alle Unternehmen
- 47 Durch Zeckenbiß übertragene Krankheiten (zB Frühsommermeningoencephalitis oder Borreliose) Alle Unternehmen"

Artikel VI

Übergangsbestimmungen

(1) Personen, die nach den am 31. Dezember 1991 in Geltung gestandenen Vorschriften des § 17 Abs. 1 lit. b des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes zur Weiterversicherung in der Pensionsversicherung nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz berechtigt waren, es aber nach den Bestimmungen des § 17 Abs. 1 Z 1 lit. b des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes in der Fassung des Art. I Z 2 lit. a nicht mehr gewesen wären, können das Recht auf freiwillige Weiterversicherung in der Pensionsversicherung noch bis zum 31. Dezember 1993 geltend machen.

(2) Die Bestimmung des § 86 Abs. 4 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes in der Fassung des Art. I Z 16 gilt auch für Versicherungsfälle, die nach dem 31. Dezember 1955 eingetreten sind. Die Rechtskraft bereits ergangener Entscheidungen steht dem nicht entgegen.

(3) Die Bestimmungen der §§ 138 Abs. 2, 162 Abs. 5 und 199 Abs. 3 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes in der Fassung des Art. II Z 11, Z 25 und Art. III Z 3 sind nur anzuwenden, wenn der Versicherungsfall nach dem 31. Dezember 1991 eingetreten ist.

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

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

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

(7) Die Bestimmung des § 228 Abs. 2 letzter Satz in der Fassung des Art. IV Z 4 ist auf Versicherungsfälle anzuwenden, in denen der Stichtag nach dem 2. September 1990 liegt.

(8) Die Bestimmung des § 253 a des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes in der Fassung des Art. IV Z 10 ist nur auf Versicherungsfälle anzuwenden, in denen der Stichtag nach dem 31. Dezember 1991 liegt.

(9) Leidet ein Versicherter am 1. Dezember 1991 an einer Krankheit, die erst auf Grund des Art. V Z 24 als Berufskrankheit

anerkannt wird, so sind ihm die Leistungen der Unfallversicherung zu gewähren, wenn der Versicherungsfall nach dem 31. Dezember 1955 eingetreten ist und der Antrag bis 31. Mai 1992 gestellt wird. Die Leistungen sind frühestens ab 1. Dezember 1991 zu gewähren. Wird der Antrag später gestellt, so gebühren die Leistungen ab dem Tag der Antragstellung.

(10) Im Falle des durch eine Krankheit verursachten Todes des Versicherten, die erst auf Grund des Art. V Z 24 als Berufskrankheit anerkannt wird, sind die Leistungen der Unfallversicherung an die Hinterbliebenen zu gewähren, wenn der Versicherungsfall nach dem 31. Dezember 1955 eingetreten ist und der Antrag bis 31. Mai 1992 gestellt wird. Die Leistungen sind frühestens ab 1. Dezember 1991 zu gewähren. Wird der Antrag später gestellt, so gebühren die Leistungen ab dem Tag der Antragstellung.

Artikel VII

Schlußbestimmung

Im Art. IX Abs. 2 Z 1 der 49. Novelle zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 295/1990, wird der Ausdruck "Z 10 und Z 12" durch den Ausdruck "Z 10, Z 12 und Z 17" ersetzt.

Artikel VIII

Aufteilungsschlüssel für die endgültige
Aufteilung der Beiträge in der Krankenversicherung
der Pensionisten für die Kalenderjahre 1985 bis 1990

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

Endgültige Aufteilungsschlüssel in Prozent

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

Endgültige Aufteilungsschlüssel in Prozent

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

Endgültige Aufteilungsschlüssel in Prozent

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

Endgültige Aufteilungsschlüssel in Prozent

Krankenversicherungsträger	1988	1989	1990
Betriebskrankenkasse der Österreichischen Staatsdruckerei	0,06714	0,06712	0,06641
Betriebskrankenkasse der Austria Tabakwerke	0,24291	0,24195	0,24049
Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe	0,01868	0,01813	0,01721
Betriebskrankenkasse der Semperit-AG	0,56443	0,56915	0,56943

Betriebskrankenkasse der Neusiedler AG für Papierfabrikation	0,08216	0,08394	0,08576
Betriebskrankenkasse der Vereinigten Österrei- chischen Eisen- und Stahl- werke-Alpine Stahl Donawitz Ges.m.b.H.	0,51967	0,52879	0,53797
Betriebskrankenkasse Zeltweg der Vereinigten Österreichischen Eisen- und Stahlwerke-Alpine Maschinenbau Ges.m.b.H.	0,10832	0,11219	0,11569
Betriebskrankenkasse der Vereinigten Österrei- chischen Eisen- und Stahl- werke-Alpine Stahlrohr- Kindberg Ges.m.b.H.	0,09770	0,10048	0,10190
Betriebskrankenkasse Böhler Kapfenberg	0,49389	0,50259	0,51306
Betriebskrankenkasse der Firma Johann Pengg	0,05953	0,06138	0,06288

Endgültige Aufteilungsschlüssel in Prozent

Krankenversiche- rungsträger	1985	1986	1987
Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues	0,01098	0,00958	0,00889
Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen	0,42916	0,42996	0,42609

Endgültige Aufteilungsschlüssel in Prozent

Krankenversiche- rungsträger	1988	1989	1990
Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues	0,00818	0,00725	0,00640
Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen	0,42754	0,43086	0,43353

Die Rechtskraft bereits ergangener Entscheidungen steht dem nicht entgegen.

Artikel IX

Inkrafttreten

(1) Dieses Bundesgesetz tritt, soweit im folgenden nichts anderes bestimmt wird, mit 1. Jänner 1992 in Kraft.

(2) Es treten in Kraft:

1. rückwirkend mit 1. Jänner 1988 Art. IV Z 1 lit. b, 2, 3 lit. b, 5 lit. b, 6 bis 9 und 16;
2. rückwirkend mit 3. September 1990 Art. IV Z 4;
3. rückwirkend mit 1. April 1991 Art. IV Z 11;
4. mit dem Beginn des Beitragszeitraumes Jänner 1992 Art. I Z 8.

Artikel X

Vollziehung

Mit der Vollziehung dieses Bundesgesetzes sind betraut:

1. hinsichtlich der §§ 446 Abs. 3 und 446 a des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes in der Fassung des Art. V Z 17 lit. b und 18 der Bundesminister für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen;
2. hinsichtlich der übrigen Bestimmungen der Bundesminister für Arbeit und Soziales.

V o r b l a t t

A. Problem und Ziel

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

B. Lösung

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

C. Alternativen

Beibehaltung des geltenden Rechtszustandes.

D. Kosten

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

Im Bereich der gesetzlichen Pensionsversicherung nach dem ASVG führt der vorliegende Entwurf zu einem Mehraufwand für den Bund von 1,4 bis 1,6 Milliarden Schilling.

E. Konformität mit EG-Recht gegeben.

REPUBLIK ÖSTERREICH
BUNDESMINISTERIUM
FÜR ARBEIT UND SOZIALES

Zl. 20.350/42-1/91

E r l ä u t e r u n g e n

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, um die sozialen und medizinischen Leistungen besser zu koordinieren, ein Netz von Sozial- und Gesundheitssprengel zu schaffen. In Anbetracht der Verzahnung der sozialen Krankenversicherung mit dem Gesundheitswesen und ihre Einbettung in die allgemeine Sozialpolitik ist es notwendig, die Leistungen der Krankenversicherung mit der beabsichtigten Neuordnung des Gesundheitswesens, soweit dies zur Zeit vertretbar ist, in Einklang zu bringen. Die folgenden Maßnahmen stellen den Beitrag der Krankenversicherung zur Realisierung dieses Zieles dar:

- Umwandlung der medizinischen Hauskrankenpflege in eine Pflichtleistung
- Gewährung von medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation im Rahmen der Krankenbehandlung unter Beibehaltung der Zuständigkeiten der Unfallversicherung und der Pensionsversicherung für die Rehabilitation in ihrem Wirkungsbereich
- Ermächtigung der Krankenversicherungsträger zur Verbesserung und zum Ausbau der Maßnahmen der Gesundheitsförderung (Krankheitsverhütung)

- Gleichstellung der psychologischen und psychotherapeutischen Dienste mit der ärztlichen Hilfe im Bereich der Krankenversicherung.

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

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

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

Ferner verwirklicht der vorliegende Entwurf eine weitere, in der Regierungserklärung verankerte Absicht, nämlich eine Erhöhung der Ausgleichszulagen-Richtsätze. Dem Entwurf zufolge soll der Familienrichtsatz im Jahre 1992 9 317 S, der Richtsatz für Alleinstehende 6 500 S monatlich betragen.

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

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

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

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

Zu den einzelnen Bestimmungen ist folgendes zu bemerken:

Zu Art. I Z 1 bis 4 und 13 sowie Art. IV Z 1 lit. a und 15 (§§ 16 a, 17 Abs. 1 und 4, 18 Abs. 7, 18 a Abs. 7, 76 b Abs. 5, 225 Abs. 1 Z 3 lit. b, 307 e Abs. 2):

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

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

1. Der zur Selbstversicherung in der Pensionsversicherung berechnete Personenkreis umfaßt alle Personen mit inländischem Wohnsitz, weiters Personen ohne einen solchen, wenn es sich hierbei um österreichische Staatsbürger handelt.

2. Der Beitritt ist unabhängig von einer Altersgrenze jederzeit möglich, ausgeschlossen sind jedoch Pflichtversicherte sowie der im § 2 Abs. 1 FSVG genannte Personenkreis, Beamte und ihnen Gleichgestellte sowie Leistungsbezieher aus eigener gesetzlicher Pensionsversicherung.

3. Durch die Selbstversicherung in der Pensionsversicherung werden die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme der Weiterversicherung in der Pensionsversicherung geschaffen. Nach Erwerb von zwölf Beitragsmonaten der Selbstversicherung und damit Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen für die Weiterversicherung in der Pensionsversicherung endet die Selbstversicherung und geht in die Weiterversicherung über, sofern ein diesbezüglicher Antrag binnen einem Monat nach dem Ende der Selbstversicherung gestellt wird. Ist die Voraussetzung des Vorliegens von zwölf Beitragsmonaten der Selbstversicherung innerhalb von 24 Monaten nicht erfüllt, ist der Beitritt zur Weiterversicherung gemäß § 17 ASVG nicht möglich. Ein neuer Beobachtungszeitraum beginnt zu laufen.

4. Die Beitragsgrundlage in der Selbstversicherung in der Pensionsversicherung richtet sich im wesentlichen nach denselben Grundsätzen, die nach geltendem Recht in § 76 a ASVG verankert sind. Beitragsgrundlage ist die Höchstbeitragsgrundlage. Die Herabsetzung der Beitragsgrundlage im gegenwärtigen für Weiterversicherte geltenden Rahmen (§ 76 a Abs. 4 und 5 ASVG) ist, soweit es die wirtschaftlichen Verhältnisse gerechtfertigt erscheinen lassen, auch für Selbstversicherte vorgesehen.

5. Der Beitragssatz beträgt - so wie für alle übrigen Weiter- und Selbstversicherten - 22,8 vH (§ 77 Abs. 2 ASVG). Die Beiträge sind zur Gänze vom Versicherten zu tragen und innerhalb von zwei Monaten nach Ablauf des Beitragszeitraumes, für den sie gelten sollen, zu entrichten.

Zu Art. I Z 5 (§ 31 Abs. 8):

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

Zu Art. I Z 6 lit. a und c (§ 40 Abs. 2):

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

Zu Art. I Z 6 lit. b (§ 40 Abs. 1):

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

Zu Art. I Z 7 (§ 41 Abs. 1):

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

Zu Art. I Z 8 (§ 63 Abs. 1):

Durch die vorgeschlagene Änderung, die auf eine Anregung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger

zurückgeht, soll die Abfuhr der Fremdbeiträge in Fällen, in denen der Fälligkeitstag kein Bankarbeitstag ist, eindeutig geregelt werden. Die vorgeschlagene Lösung ist dem § 210 Abs. 3 der Bundesabgabenordnung - Bankarbeitstag nach dem Fälligkeitstag - nachempfunden.

Zu Art. I Z 9 (§ 67 Abs. 6):

Die vorgeschlagene Novellierung sieht vor, daß eine Betriebsnachfolgehaftung auch dann eintreten soll, wenn Betriebsnachfolger eine juristische Person (Personenhandelsgesellschaft, Erwerbsgesellschaft) ist, deren Vertreter oder Mehrheitsgesellschafter dem Personenkreis des § 67 Abs. 6 Z 1 bis 3 ASVG angehören.

Der Verwaltungsgerichtshof hat im Erkenntnis vom 13. März 1990, Zl. 89/08/0161, klargestellt, daß § 67 Abs. 6 ASVG nicht anzuwenden ist, wenn der Betrieb einer insolventen GesmbH. auf eine neugegründete GesmbH. übergeht, deren Geschäftsführer und Mehrheitsgesellschafter auch Mehrheitsgesellschafter der insolventen GesmbH. gewesen ist; allfällige Haftungen der Gesellschafter der insolventen Gesellschaft auf Grund von rechtswidrigen und schuldhaften, zum Nachteil der Gläubiger gesetzten Handlungen, sind im ordentlichen Rechtsweg geltend zu machen.

Auf Grund dieses Erkenntnisses ist davon auszugehen, daß die Auswirkungen von Umgehungsgeschäften im gegebenen Zusammenhang nur durch eine Klage vor einem Gericht beseitigt werden können. Dies scheitert jedoch in der Praxis zumeist an der Beweisbarkeit dieses Umgehungsgeschäftes.

Die vorgeschlagene Novellierung des § 67 Abs. 6 ASVG soll daher zu einer ökonomischen Eintreibung bestehender Beitragsrückstände beitragen.

Zu Art. I Z 10 (§ 68 Abs. 1):

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

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

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

Insolvenzverfahren nehmen oft sehr lange Zeit in Anspruch. Bei lang dauernden Insolvenzverfahren wird die Höhe der letztlich uneinbringlichen Beiträge - die gegenüber einem Beitragsmithaftenden geltend zu machen wären - häufig erst nach einigen Jahren feststehen. Der Bescheid gegenüber dem Beitragsmithaftenden kann aber erst dann ergehen, wenn feststeht, ob und welche Beiträge uneinbringlich sind.

Bei lang dauernden Insolvenzverfahren wird daher infolge zwischenzeitlich eingetretener Verjährung (zwei Jahre nach Fälligkeit der Beiträge) keine Haftung gegenüber einem Mithaftenden durchgesetzt werden können, sodaß es zu erheblichen Beitragseinbußen kommt.

Zur Vermeidung dieser Beitragseinbußen soll im § 68 Abs. 1 ASVG klargestellt werden, daß diese Bestimmung auch für Beitragsmithaftende gilt.

Zu Art. I Z 11 (§ 73 Abs. 4) und Art. VIII :

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

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

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

Der Verwaltungsgerichtshof hat mit Erkenntnis vom 19. März 1991, Zl. 90/08/0139/9, den Bescheid des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, betreffend die Festsetzung eines Aufteilungsschlüssels in der Krankenversicherung der Pensionisten gemäß § 73 Abs. 4 ASVG für das Kalenderjahr 1988, wegen Rechtswidrigkeit aufgehoben. Die Rechtswidrigkeit sieht der Verwaltungsgerichtshof darin, daß dem angefochtenen Bescheid nicht zu entnehmen war, welcher Wechselkurs bei seiner Erlassung der Ermittlung der auf die Zollausschlußgebiete Jungholz und Mittelberg entfallende Pensionslast zugrundegelegt wurde.

Mit der vorgeschlagenen Änderung wird in Anbetracht dieses Verwaltungsgerichtshof-Erkenntnisses vom bisherigen Weg bezüglich der Festsetzung des Aufteilungsschlüssels für die Beiträge in der

Krankenversicherung der Pensionisten abgegangen. Für die Vergangenheit, und zwar für die Jahre 1985 bis 1990 soll dieser Aufteilungsschlüssel im Gesetz selbst festgesetzt werden (Art. VIII).

Dafür ist folgende Erwägung maßgebend:

Auf Grund des oa. Erkenntnisses des Verwaltungsgerichtshofes wurde vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger eine Neuberechnung der Aufteilungsschlüssel für die Jahre 1985 bis 1990 vorgenommen. Die Grundlage für diese Neuberechnung sind die für diese Jahre vorhandenen Daten über den Pensionsaufwand. Für Pensionisten in den Zollausschlußgebieten wurde der Pensionsaufwand mit dem amtlichen Devisenkurs umgerechnet.

Die endgültigen Aufteilungsschlüssel auf Grund dieser Neuberechnung sind im Art. VIII des vorliegenden Entwurfes der 50. Novelle zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz festgehalten.

Für die Zukunft soll die Festsetzung des Aufteilungsschlüssels im Verordnungsweg festgesetzt werden.

Zu Art. I Z 12 und Art. II Z 5 (§§ 76 Abs. 1 und 4 und 124 Abs. 1):

Durch die 41. Novelle zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 111/1986, ist § 76 Abs. 1 Z 2 und Abs. 4 ASVG dahingehend geändert worden, daß der Personenkreis, dem die ermäßigte Beitragsgrundlage, wie sie für die in der Krankenversicherung selbstversicherten Studenten vorgesehen ist, zugute kommt, eingeschränkt wurde.

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

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

Zu Art. I Z 14 (§ 77 Abs. 2):

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

Zu Art. I Z 15 (§ 82 Abs. 3):

Die EDV des Hauptverbandes wird von drei Zweigen der Sozialversicherung (Krankenversicherung, Unfallversicherung, Pensionsversicherung) über den Verbandsbeitrag finanziert. Mittlerweile nimmt die Arbeitslosenversicherung als vierter Zweig der Sozialversicherung die zentrale Datenspeicherung des Hauptverbandes in vergleichbarem Ausmaß in Anspruch wie die Pensionsversicherung. Es ist daher nicht mehr gerechtfertigt, daß die Kosten über diese zentrale Datenspeicherung nur mehr von der Krankenversicherung, Unfallversicherung und Pensionsversicherung getragen werden.

Zu Art. I Z 16 (§ 86 Abs. 4) und Art. VI Abs. 2:

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

Zu Art. I Z 17, Art. II Z 2, 12 bis 14, 18, 26 sowie Art. IV Z 5 lit. a (§§ 90 Abs. 1, 117 Z 4, 140 Z 1, 141 Abs. 3, 143 Abs. 1 Z 2 und Abs. 3, 152, 166 Abs. 1 Z 1 und Abs. 3, 238 Abs. 4 Z 1):

Im Hinblick auf in der Praxis aufgetretene Härtefälle beim Ruhen von Wochengeld während der Dauer einer Anstaltspflege hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales eine entsprechende Gesetzesänderung, wonach das Wochengeld auch bei Anstaltspflege auf Rechnung des Versicherungsträgers ungeschmälert gebührt, zur Diskussion gestellt.

Sowohl der Hauptverband als auch der Österreichische Arbeiterkammertag haben in ihren hiezu ergangenen Stellungnahmen insbesondere darauf hingewiesen, daß zur Beseitigung der

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

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

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

Zu Art. I Z 18 bis 20 (§§ 108 a Abs. 1, 3 und 4, 108 c Abs. 1, 108 d):

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

Der vorliegende Entwurf trägt diesem Vorhaben Rechnung:

In einem ersten Schritt zur vorgesehenen Neugestaltung des Aufwertungs- und Anpassungssystems wird die Arbeitslosenrate bei der Berechnung des Richtwertes nicht mehr berücksichtigt (§ 108 d

ASVG). Die Berechnung des Richtwertes entspricht daher der derzeit noch gültigen Berechnungsformel für die Aufwertungszahl (§ 108 a ASVG).

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

Die Änderung des § 108 a ASVG sieht einen neuen Berechnungsmodus für die Berechnung der Aufwertungszahl vor. Damit wird sichergestellt, daß in Hinkunft die beitragsbezogenen Werte mit der vollen Steigerung der durchschnittlichen Beitragsgrundlage aufgewertet werden. Dadurch wird vermieden, daß die beitragsbezogenen Werte hinter der allgemeinen Lohnentwicklung zurückbleiben.

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

Zu Art. II Z 1 und 2 (§§ 116 Abs. 1 Z 1 und Abs. 2, 117 Z 1):

Die medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation im Bereich der Krankenversicherung sollen in Hinkunft aus dem Versicherungsfall der Krankheit im Rahmen der Krankenbehandlung geleistet werden. Darüber hinaus soll die Aufgabe der Krankheitsverhütung (Primärprävention) gleichrangig mit der Krankheitsfrüherkennung (Sekundärprävention) im Leistungskatalog der sozialen Krankenversicherung aufscheinen.

In diesem Zusammenhang soll auch § 116 Abs. 2 ASVG entsprechend geändert werden.

Durch die vorgeschlagenen Änderungen soll im § 117 Z 1 ASVG die Krankheitsverhütung als der Krankheitsfrüherkennung

gleichwertige Leistung im Sinne der Änderung des § 116 Abs. 1 ASVG aufgenommen und auf die näheren Ausführungen des § 132 c ASVG hingewiesen werden.

Zu Art. II Z 2, 7, 8, 10, 16, 19 bis 21 sowie Art. IV Z 13 (§§ 117 Z 3, 132 c, 133 Abs. 1, 137 a, 144 Abs. 4, 153 Abs. 2, 154 Abs. 1, 155 Abs. 1 und 2, 302):

Da die Leistung aller medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation in Hinkunft in die primäre Zuständigkeit der Krankenversicherungsträger fällt und aus dem Versicherungsfall der Krankheit erfolgen soll, sind entsprechende Ergänzungen des § 117 Z 3 ASVG und des § 133 Abs. 1 ASVG vorzunehmen. Die Ergänzung des § 133 Abs. 1 ASVG soll klarstellen, daß medizinische Maßnahmen der Rehabilitation auch im Rahmen der Krankenbehandlung erbracht werden können. Soweit eine Abgrenzung derartiger Maßnahmen von den sonstigen Leistungen der Krankenbehandlung erforderlich ist, ergibt sie sich aus der im § 137 a Abs. 1 erster Satz ASVG festgelegten Zielsetzung. Der Vollständigkeit halber wird darauf hingewiesen, daß die Leistung von medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation im Zusammenhang mit einer medizinischen Hauskrankenpflege (§ 151 ASVG) im Regelfall wohl nicht in Betracht kommt, durch die vorgesehene, auf den § 117 Z 3 ASVG verweisende Bestimmung des § 137 a Abs. 1 zweiter Satz ASVG aber auch nicht von vornherein ausgeschlossen wird.

Zu § 132 c:

Diese Bestimmung gibt einen näheren Hinweis auf die Zielrichtung der Aufgabe "Krankheitsverhütung". Demnach wäre die Gesundheitserziehung der Versicherten und ihrer Angehörigen vor allem auf die Verhütung bzw. die Verzögerung des Eintritts der häufigsten Zivilisationskrankheiten auszurichten. Ebenso soll die Erforschung der häufigsten Krankheitsursachen durch Verwertung epidemiologischer Daten, über die die soziale Krankenversicherung

verfügt, allein oder auch in Zusammenarbeit mit Hochschulen bzw. angegliederten Instituten und dgl. vorgesehen werden.

Zu § 137 a:

Durch die Bestimmung des § 137 a ASVG soll zum Ausdruck kommen, daß im Bereich der Krankenversicherung die medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation zu den sonstigen Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit - die ja die Anstaltspflege bereits einschließen - ergänzend hinzutreten. Die Abgrenzung der medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation von den sonstigen Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit ergibt sich aus der Zielsetzung (Sicherung des Erfolges der Krankenbehandlung oder Erleichterung der Folgen der Krankheit) und kann somit nur im Einzelfall von einem medizinischen Sachverständigen unter Bedachtnahme auf den § 133 Abs. 2 ASVG vorgenommen werden. Ferner wurde bei der Formulierung dieser Bestimmung auch auf den Wortlaut des § 202 bzw. des § 302 ASVG Bedacht genommen, um ein gleiches Leistungsniveau zu bewirken. Die medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation sollen nunmehr durch die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung aus dem Versicherungsfall der Krankheit (§ 117 Z 3 ASVG) nach pflichtgemäßem Ermessen gewährt werden. Bezüglich der Übernahme der Reise(Fahrt)- oder Transportkosten wird aus verwaltungsökonomischen Gründen und der Einfachheit halber eine sinngemäße Geltung des § 135 Abs. 4 und 5 ASVG vorgesehen. Im Falle einer Anstaltspflege ist auf den § 144 Abs. 5 ASVG Bedacht zu nehmen; eine spezielle Regelung erübrigt sich damit.

Die medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation in der Krankenversicherung sind vom Träger der Krankenversicherung nach pflichtgemäßem Ermessen zu gewähren. Vorbild für diese Regelung ist die diesbezügliche im Bereich der Pensionsversicherung bestehende Rechtslage. Das bedeutet, daß die Krankenversicherungsträger zur Leistung der Maßnahmen der Rehabilitation zwar verpflichtet sind, dieser Verpflichtung aber kein individueller Leistungsanspruch gegenübersteht. Diese Lösung soll jedoch nicht die endgültige sein. Vielmehr ist beabsichtigt,

ab dem Jahr 1994 die Rehabilitation in der Krankenversicherung als Pflichtleistung, auf die ein individueller Rechtsanspruch besteht, umzuwandeln. In der Zeit bis dahin sollen die Krankenversicherungsträger Erfahrungen über die praktische Umsetzung der Neuregelung gewinnen und verlässliche Grundlagen für die Kostenentwicklung in diesem Bereich sammeln.

Die Einführung des § 137 a Abs. 2 ASVG steht im Zusammenhang mit der vorgeschlagenen Änderung des § 302 Abs. 2 ASVG. Durch sie wird vorgesehen, daß die primäre Zuständigkeit für medizinische Maßnahmen der Rehabilitation nunmehr zwar bei der Krankenversicherung liegt; dies aber in erster Linie im Interesse der zwar kranken-, aber nicht pensionsversicherten Personen. Die bereits bestehende Zuständigkeit der Pensionsversicherungsträger bezüglich der Rehabilitationsmaßnahmen bleibt unberührt; so wie bisher sollen sie auch künftig gewährt werden, insoweit sie nicht der Krankenversicherungsträger erbringt. Darüber hinaus können die Pensionsversicherungsträger die Gewährung der Rehabilitationsmaßnahmen jederzeit an sich ziehen.

Durch die Regelung des § 137 a Abs. 4 ASVG soll insbesondere sichergestellt werden, daß der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger beim Vollzug der ihm durch den § 307 c zweiter Satz ASVG übertragenen Aufgaben nunmehr auch auf die primäre Zuständigkeit der Krankenversicherungsträger Bedacht zu nehmen hat.

Die Änderung des § 144 Abs. 4 ASVG hat zum Ziel, daß in Hinkunft auch im Rahmen einer Anstaltspflege - nach Maßgabe der vorhandenen Einrichtungen - die Gewährung der medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation durch die Krankenversicherungsträger erfolgen kann. Dies nicht zuletzt auch deshalb, weil derartige Rehabilitationsmaßnahmen im Regelfall unmittelbar im Anschluß an eine Akutpflege in einer Krankenanstalt am sinnvollsten sind und weil Sonderkrankenanstalten, die allein der Rehabilitation von Versicherten dienen, nicht im ausreichenden Maß zur Verfügung stehen.

Zu § 155 Abs. 1 und 2:

In sinnvoller Unterscheidung zwischen den Begriffen Rehabilitation, Kur und Erholung soll davon abgegangen werden, die nach wie vor als freie Leistungen zu erbringenden Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit nur unter der Voraussetzung des Vorliegens des Versicherungsfalls der Krankheit gemäß § 120 Abs. 1 Z 1 ASVG zu gewähren. Vor allem soll klargestellt werden, daß die Unterbringung in einer Kuranstalt neben dem Ziel einer erweiterten Krankenbehandlung zur Vermeidung der Verschlimmerung oder zur Linderung einer bestehenden Krankheit auch präventiven Charakter haben und den Eintritt einer unmittelbar drohenden Krankheit verhindern oder doch verzögern soll. Ferner müßte zum Unterschied zu einer normalen Krankenbehandlung etwa in Form einer Physiotherapie auch die Besonderheit einer Kur, nämlich das natürliche Heilvorkommen, erwähnt werden. Obwohl eine stationäre Kurbehandlung eher einen Erfolg verspricht, soll die Möglichkeit eines Zuschusses zu einer ambulant erbrachten Kurbehandlung im § 155 Abs. 4 ASVG belassen werden, zumal es dem Versicherungsträger je nach Möglichkeit der Einweisung in eigene Häuser oder solche andere Träger überlassen bleibt, restriktiv vorzugehen.

Zu § 302:

Die Neufassung des § 302 Abs. 2 erster Satz ASVG stellt auf die Änderung des § 144 Abs. 4 ASVG im Zusammenhang mit § 137 a Abs. 1 ASVG ab. In dem zu ändernden zweiten Satz des § 302 Abs. 2 ASVG soll angesichts der medizinischen Rehabilitation in der Krankenversicherung verdeutlicht werden, daß der Pensionsversicherungsträger die Gewährung dieser Maßnahmen jederzeit an sich ziehen kann.

Zu Art. II Z 3 sowie Art. V Z 3 (§§ 118, 342 Abs. 1 Z 6):

Der Oberste Gerichtshof hat mit Urteil vom 24. Mai 1989, Zl. 9 Ob A84/89, ausgesprochen, daß die in den Krankenordnungen der Versicherungsträger vorgesehene chefärztliche Bewilligung keine Voraussetzung für die Inanspruchnahme bestimmter Behandlungsmethoden (ärztliche Hilfe) auf Rechnung des Versicherungsträgers sein kann; eine entsprechende ausdrückliche Vorschrift ist im ASVG nicht vorgesehen. Nach Ansicht des Obersten Gerichtshofes liegt also eine formalgesetzliche Delegation vor. Dem Versicherten kann daher die Kostenübernahme für die ärztliche Hilfe nicht deshalb verweigert werden, weil er vorher nicht die Zustimmung des Versicherungsträgers eingeholt hat.

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

Für die Praxis der Versicherungsträger ist es aus ökonomischen Gründen aber unerlässlich, daß die Gewährung bestimmter Leistungen von der chefärztlichen Bewilligung abhängig ist. Um in Hinkunft alle diesbezüglichen Zweifel von vornherein auszuschalten, sollte im Gesetz ausdrücklich angeführt werden, daß in der Krankenordnung eine derartige Vorgangsweise festgelegt werden kann.

Für die Heilmittel ist eine solche Regelung nicht erforderlich, da eine entsprechende Regelung für die chefärztliche Bewilligung bereits im § 350 Abs. 1 Z 3 ASVG vorgesehen ist. Außerdem regelt das vom Hauptverband herausgegebene Heilmittelverzeichnis bundeseinheitlich, für welche Heilmittel keine vorherige chefärztliche Bewilligung erforderlich ist. Eine diesbezügliche Ermächtigung in der Krankenordnung würde den Versicherungsträgern eine über das Heilmittelverzeichnis hinausgehende Regelung eröffnen.

Zu Art. II Z 4 (§ 122 Abs. 2 Z 1 und 2):

Erkrankt ein ehemals Versicherter während der Schutzfrist, so erhält er bei Vorliegen der Vorversicherungszeit Krankengeld. Zur Klarstellung, daß auch ein Angehöriger des Versicherten während des Krankengeldbezuges Anspruch auf Leistungen der Krankenversicherung hat, soll § 122 Abs. 2 Z 1 ASVG auf Grund einer Anregung des Österreichischen Arbeiterkammertages entsprechend geändert werden.

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

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

Zu Art. II Z 6 (§ 125 Abs. 1):

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

Um diese von den Betroffenen als ungerecht empfundene Rechtslage zu beseitigen, soll auf Grund eines Vorschlages des

Österreichischen Arbeiterkammertages § 125 Abs. 1 ASVG dahingehend geändert werden, daß der Ausdruck "in dem dem Versicherungsfall zuletzt vorangegangenen Beitragszeitraum" durch den Ausdruck "in dem dem Ende des Entgeltanspruchs zuletzt vorangegangenen Beitragszeitraum" ersetzt wird.

Zu Art. II Z 9 sowie Art. V Z 2 und 5 (§§ 135 Abs. 1, 338 Abs. 1, 349 Abs. 2 bis 4):

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

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

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

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

Um die psychologische bzw. psychotherapeutische Behandlung sicherzustellen, soll der im § 135 Abs. 1 ASVG bezeichnete Personenkreis um Psychologen bzw. Psychotherapeuten im Sinne der zitierten Gesetze erweitert werden. Demnach soll der ärztlichen Hilfe nunmehr auch eine auf Grund ärztlicher Verschreibung erforderliche psychotherapeutische Behandlung durch Personen, die gemäß § 11 des Psychotherapiegesetzes zur selbständigen Ausübung der Psychotherapie berechtigt sind, gleichgestellt werden. Analoges gilt für eine psychologische Behandlung durch Personen, die gemäß § 12 Abs. 1 des Psychologengesetzes zur selbständigen Ausübung des psychologischen Berufes berechtigt sind.

Durch diese Erweiterung des § 135 Abs. 1 ASVG soll auch klargestellt werden, daß die soziale Krankenversicherung nur die Kosten für die psychologische bzw. die psychotherapeutische Krankenbehandlungen übernimmt, also nur für die psychologische bzw. die psychotherapeutische Behandlung von Störungen mit Krankheitswert im Sinne des § 120 Abs. 1 Z 1 in Verbindung mit § 133 Abs. 2 ASVG. Andere Behandlungen im Sinne des § 1 Abs. 1 des Psychotherapiegesetzes (zB Behandlungen mit dem Ziel, die Reifung und Entwicklung des Behandelten zu fördern, oder eine psychosoziale Betreuung) werden somit von der Leistungszuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung nicht erfaßt.

Durch die Änderung der §§ 338 Abs. 1 sowie 349 Abs. 2, 3 und 4 ASVG soll die gesetzliche Grundlage für die Aufnahme vertraglicher Beziehungen zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung und den Psychotherapeuten einerseits bzw. den Psychologen andererseits geschaffen werden.

Zu Art. II Z 11 (§ 138 Abs. 2):

Im Zusammenhang mit § 139 Abs. 4 ASVG sind Fälle aufgetreten, in denen eine Person, nachdem ihr Krankengeldanspruch (wegen Ablauf der Höchstdauer) weggefallen war, einen Vorschuß auf Pensionsversicherungsleistungen bezog. Als Bezieher dieses Vorschusses waren die betroffenen Personen

nach § 40 AlVG krankenversichert; aus dieser Krankenversicherung besteht nach § 41 AlVG auch ein Krankengeldanspruch. Nach § 139 Abs. 4 ASVG kann ein neuer Anspruch auf Krankengeld infolge derselben Krankheit, für die der weggefallene Krankengeldanspruch bestanden hat, wieder entstehen, wenn der Erkrankte in der Zwischenzeit durch mindestens 13 Wochen in einer Krankenversicherung versichert war, die den Anspruch auf Krankengeld eröffnet. Nach dieser Bestimmung hatten somit die Bezieher von Pensionsvorschüssen aus der Arbeitslosenversicherung, wenn sie den Pensionsvorschuß einmal 13 Wochen bezogen hatten, wieder einen neuen Anspruch auf Krankengeld und zwar zusätzlich zum Pensionsvorschuß.

Um diese sozialpolitisch nicht gerechtfertigte Doppelversorgung auszuschließen, soll § 138 Abs. 2 entsprechend ergänzt werden.

Zu Art. II Z 17 (§ 151):

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

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

Die vorgeschlagene Maßnahme wird zwar vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger grundsätzlich unterstützt, sie stellt jedoch seiner Meinung nach nur einen ersten Schritt dar; weitere Maßnahmen werden sich aus der Strukturreform der Krankenversicherung, aus der Neugestaltung des Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds, aus der Einführung der Pflegesicherung und schließlich aus dem Wirksamwerden der beabsichtigten Gesundheits- und Sozialsprengel ergeben.

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

Die Übernahme der Hauskrankenpflege als Pflichtleistung der Krankenkassen soll, da durch eine solche Maßnahme die finanzielle Leistungsfähigkeit der Krankenversicherungsträger nicht beeinträchtigt werden darf, als flankierende Maßnahme zur Bettenreduktion vorgenommen werden.

Die Hauskrankenpflege ist mit der Höchstdauer von einem Monat begrenzt, sie kann jedoch über Antrag jeweils um einen weiteren Monat verlängert werden. Damit soll gewährleistet werden, daß die Hauskrankenpflege eine Leistung aus dem Versicherungsfall der Krankheit bleibt und nicht zu einer Leistung aus dem Bereich der Sozialdienste wird, für die die Träger der Sozialhilfe alleine zuständig sind.

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

Zu Art. II Z 19 (§ 153 Abs. 2):

Die Bestimmung über die Leistung des unentbehrlichen Zahnersatzes soll den zeitgemäßen Erfordernissen entsprechend erweitert werden. Der unentbehrliche Zahnersatz soll unter bestimmten Voraussetzungen - wie sie bereits jetzt im § 94 Abs. 1 Z 2 GSVG umschrieben sind - als Pflichtleistung der Krankenversicherung gewährt werden.

Zu Art. II Z 24 (§ 159):

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

Zu Art. II Z 25 (§ 162 Abs. 5):

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

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

Über Anregung des Österreichischen Arbeiterkammertages soll der Weg zum oder vom Arzt unter dem Schutz der Unfallversicherung stehen, und zwar unabhängig davon, ob der (die) Versicherte sich einer ärztlichen Untersuchung auf Grund einer speziellen

gesetzlichen Vorschrift oder einer Anordnung des Versicherungsträger oder des Dienstgebers unterziehen muß.

Die vorgeschlagene Änderung verwirklicht eine Forderung des Österreichischen Arbeiterkammertages, den Weg von erwerbstätigen Aufsichtspersonen, die ihre Kinder zum Kindergarten (Kindertagesstätte) bzw. zur Schule bringen oder von dort abholen, unter Unfallversicherungsschutz zu stellen.

Zu Art. III Z 2 (§ 183 Abs. 2):

Die derzeitige Fassung dieser Bestimmung könnte in jenen Fällen, in denen die Heilbehandlung ab Eintritt des Versicherungsfalles über einen 2-Jahreszeitraum hinaus andauert, zu mißverständlichen Auslegungen führen. Der Novellierungsvorschlag dient der Klarstellung.

Zu Art. III Z 3 (§ 199 Abs. 3):

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

Auf dieses Übergangsgeld sind nach derzeit geltender Rechtslage anzurechnen:

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

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

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

Im Hinblick darauf, daß der Pensionsversicherungsträger gemäß § 306 ASVG (nur) dem Versicherten für die Dauer der Gewährung von Maßnahmen der Rehabilitation ein Übergangsgeld zu leisten hat, gebührt einem Pensionisten, der eine Leistung aus dem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit bezieht, während der Gewährung der einschlägigen Rehabilitationsmaßnahmen kein Übergangsgeld. Diese Einschränkung des Leistungsangebots findet seine Begründung darin, daß der Lebensunterhalt der Pensionisten durch die auch während der Gewährung von Rehabilitationsmaßnahmen weitergebührende Pension sichergestellt ist. Während der Unfallversicherungsträger dem Versehrten ein Übergangsgeld zu leisten hat, trifft diese Verpflichtung den Pensionsversicherungsträger nur gegenüber dem Versicherten. Die Frage der Anrechnung einer Pension aus dem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit auf das Übergangsgeld stellt sich also im Bereich der Pensionsversicherung nicht.

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

Zu Art. IV Z 1 lit. b, 2, 3 lit. b, 5 lit. b, 6, 7 und 16 (§§ 225 Abs. 1 Z 5, 226 Abs. 2 lit. c, 227 Abs. 5, 238 Abs. 4 Z 3, 242 Abs. 2 Z 5 und Abs. 3 lit. a und b, 243 Abs. 2, 313):

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

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

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

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

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

Zu Art. IV Z 4 (§ 228 Abs. 2) und Art. VI Abs. 7:

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

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

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

Durch den vorgesehenen Entfall des Erfordernisses der österreichischen Staatsbürgerschaft am Stichtag für Personen, die am 13. März 1938 die österreichische Staatsbürgerschaft besessen haben, wird dem Rechnung getragen, wobei durch die rückwirkende Anwendung dieser Bestimmung auf Versicherungsfälle mit einem Stichtag nach dem 2. September 1990 ein gleichzeitiges Wirksamwerden dieser Neuregelung mit dem Wirksamwerden der diesbezüglichen Neuregelung im Rahmen des Europäischen Abkommens sichergestellt wird.

Zu Art. IV Z 10 (§ 253 a Abs. 1 Z 4):

Über Anregung des Österreichischen Arbeiterkammertages sollen im Zusammenhang mit dem Anspruch auf Frühpension wegen Arbeitslosigkeit Zeiten der Arbeitslosigkeit, für die Kinderentschädigung gebührt, Zeiten der Arbeitslosigkeit gleichgestellt werden, für die Urlaubsentschädigung oder Urlaubsabfindung gebührt.

Zu Art. IV Z 11 und 14 (§§ 276 Abs. 3 und 306 Abs. 4):

Die vorgeschlagenen Änderungen dienen der Beseitigung von Redaktionsversehen.

Zu Art. IV Z 12 (§ 293 Abs. 1 und 2):

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

Zu Art. V Z 1 (§ 324 Abs. 3):

Die Änderung geht auf eine Anregung der Volksanwaltschaft zurück, der sich sowohl die Interessenvertretungen der Dienstnehmer und der Dienstgeber angeschlossen haben. Sie erfaßt jene Fälle, in denen der Pensionsberechtigte in einem Alters(Siechen)heim oder in einer vergleichbaren Anstalt untergebracht ist und sein Leistungsanspruch aus der Pensionsversicherung bis zu 50 vH auf den Träger der Einrichtung zufolge der geltenden Bestimmung des § 324 Abs. 3 ASVG übergeht. In diesem Zusammenhang kommt es immer wieder vor, daß der den unterhaltsberechtigten Ehegatten des Pfleglings verbleibende Rest der Pension nicht ausreicht, um den Lebensunterhalt (einschließlich der Wohnungskosten) zu bestreiten. Durch die vorgeschlagene Änderung soll die Lage des in der ehelichen Wohnung zurückbleibenden Ehegatten insofern verbessert werden, als der Übergang von 50 vH der Pension auf den Träger der Sozialhilfe solange zu unterbleiben hat, bis die gesamten dem Ehegatten zur Verfügung stehenden Einkünfte den Betrag des Ausgleichszulagenrichtsatzes für Alleinstehende erreicht.

Zu Art. V Z 6 (§ 350 Abs. 1 Z 3):

Die durch die 41. Novelle zum ASVG, BGBl. Nr. 111/1986, bewirkte Änderung des § 350 Abs. 1 ASVG (Textanpassung an die mit dieser Novelle eingefügten §§ 348 a ff ASVG) führte zu Unklarheiten dahingehend, ob nunmehr auch hausapothekenführende Ärzte Heilbehelfe und Hilfsmittel abgeben dürfen. Gemäß § 30 Abs. 1 Apothekengesetz dürfen hausapothekenführende Ärzte nur Arzneimittel abgeben; eine Änderung dieser Vorschrift durch das ASVG war nie beabsichtigt. Außerdem ist es nicht mehr erforderlich, daß in dieser Bestimmung die Abgabe von Heilbehelfen für Rechnung der Krankenversicherungsträger durch Apotheker geregelt wird. Eine gesetzliche Grundlage hierfür besteht im § 348 a Abs. 3 Z 1 ASVG.

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

Zu Art. V Z 7 (§ 360 Abs. 3):

Seit August 1990 ist (zunächst probeweise) ein Verfahren eingerichtet, durch das zwei Versicherungsträger, nämlich die Steiermärkische Gebietskrankenkasse und die Sozialversicherungsanstalt der Bauern, auf automationsunterstütztem Weg Einsicht in das Grundbuch nehmen können.

Schon in der relativ kurzen bisher vergangenen Zeit hat sich ergeben, daß die neue Abfragemöglichkeit große verwaltungstechnische Vorteile bringt, die sich

- in einer sachlich verbesserten Aktenerledigung,
- in schnelleren Entscheidungsvorgängen und damit
- in merkbarer Verwaltungskostenersparnis

ausdrücken. Es gibt allerdings eine Schwierigkeit:

Das Personenverzeichnis des Grundbuches ist (§ 5 Abs. 4 des Grundbuchsumstellungsgesetzes - GUG) nicht öffentlich. Den Personen, die ein rechtliches Interesse darlegen, sind allerdings Abschriften und Mitteilungen zu erteilen.

Früher gab es in diesem Zusammenhang keine Schwierigkeiten. Der Versicherungsträger, der Auskünfte über den Inhalt des Personenverzeichnisses benötigte, entsandte einen Mitarbeiter zum Grundbuchsgesicht. Dieser Mitarbeiter erhielt die nötigen Auskünfte.

Bei den nunmehr eingerichteten Datenbankanschlüssen sind allerdings keine Abfragen aus dem Personenverzeichnis möglich.

Dies führt dazu, daß die betroffenen Versicherungsträger (obwohl in ihren Büroräumen Datenbankanschlüsse in Betrieb sind) nach wie vor zur Einholung von Auskünften aus dem Personenverzeichnis Mitarbeiter zum Buchgericht entsenden müssen oder eine schriftliche Anfrage an das Gericht richten müssen. Solche Anfragen wurden unter Berufung auf § 360 ASVG, wie die Steiermärkische Gebietskrankenkasse mitteilt, bisher von den Gerichten kostenfrei erledigt (allein für diese Kasse 1989 rund 650 Fälle).

Die vorgeschlagene Ergänzung soll klarstellen, daß den Sozialversicherungsträgern auch dann die Einsichtnahme in Register zusteht, wenn diese Register automationsunterstützt geführt werden, daß also die Art, in der ein Register geführt wird, keinen Einfluß auf den Umfang der Einsichtsberechtigung hat.

Zu Art. V Z 8 (§ 367 Abs. 1):

Nach geltendem Recht ist über den Antrag auf Zuerkennung oder über die amtswegige Feststellung einer Integritätsabgeltung aus der Unfallversicherung (§ 213 a ASVG) vom Unfallversicherungsträger stets ein Bescheid zu erlassen. Um das Verfahren zur Feststellung des Anspruches auf Integritätsabgeltung künftig flüssiger zu gestalten, soll der vorgeschlagenen Änderung zufolge ein Bescheid nur dann erlassen werden, wenn die beantragte Leistung ganz oder teilweise abgelehnt wird und der Versicherte ausdrücklich einen Bescheid verlangt.

Zu Art. V Z 9 und 10 (§ 412 und 413 Abs. 1 Z 1):

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

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

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

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

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

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

Der gegenständliche Novellierungsvorschlag geht von folgenden Grundsätzen aus:

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

Der Novellierungsvorschlag ist an diese Bestimmung angelehnt. Dies gilt insbesondere für die Frist, innerhalb der eine Einspruchsvorentscheidung zu erlassen bzw. der Einspruch an den Landeshauptmann weiterzuleiten ist.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Zu Art. V Z 11, 13, 15, 16 lit. a und b (§§ 422, 431 Abs. 5, 433 Abs. 6 und 434 Abs. 1 und 2):

Durch die Neufassung des § 422 ASVG soll dem Anliegen Rechnung getragen werden, daß für die Berechtigung eines Versicherungsvertreters zur Ausübung seines Amtes allein seine Bestellung und deren nachweisliche Annahme maßgebend sein sollen.

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

Zu Art. V Z 12, 14 und 16 lit. c (§§ 424, 432 und 434 Abs. 3):

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

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

Zu Art. V Z 17 und 18 (§§ 446 Abs. 1 und Abs. 3 und 446 a):

Mit der 46. Novelle zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 749/1988, wurde § 447 ASVG dahingehend geändert, daß in Hinkunft nicht mehr die Veränderungen von Vermögensbeständen selbst genehmigungspflichtig sind, sondern die Beschlüsse der Verwaltungskörper über solche Veränderungen. Von wesentlicher Bedeutung war hierbei auch das Bestreben, den Wortlaut des § 447 ASVG insoferne an den des damit im Zusammenhang zu sehenden § 31 Abs. 6 lit. a ASVG anzupassen, als in letzterem ebenfalls von Beschlüssen der Verwaltungskörper

die Rede ist. Infolge der Herstellung des Konnexes blieb unberücksichtigt, daß die Bestimmungen des § 446 Abs. 3 und des § 446 a ASVG ebenfalls Veränderungen von Vermögensbeständen der Versicherungsträger betreffen.

Durch die vorgeschlagenen Änderungen soll einwandfrei klargestellt werden, daß auch für die in Rede stehenden Bereiche jede Vollzugshandlung das Vorliegen eines entsprechenden und - zur Herstellung seiner Wirksamkeit - bereits genehmigten Verwaltungskörperbeschlusses zur Voraussetzung hat.

Zu Art. V Z 20 (§ 459 a):

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

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

Zu Art. V Z 21 (§ 460 c):

Die Ermächtigungsbestimmung zur Datenverwendung im ASVG muß an die Datenschutzgesetz-Novelle 1986 angepaßt werden. Der Begriff "Verwenden von Daten" ist im § 3 Z 12 DSG näher definiert: "Verwendung von Daten" bedeutet das Ermitteln, Verarbeiten, Benützen, Übermitteln und Überlassen von Daten oder einen dieser Vorgänge. Das Wort "dürfen" ist im Sinne des Datenschutzgesetzes - also als Ermächtigung - zu sehen (vgl. § 13 Abs. 1 DSG).

Zu Art. V Z 23 (§ 474 Abs. 1):

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

Zu Art. V Z 24 lit. a (Anlage 1 Nr. 25):

Meniskusschäden sind nach der geltenden Rechtslage als Berufskrankheiten nur anerkannt, wenn sie bei regelmäßiger Tätigkeit von Bergleuten unter Tag eintreten, bei anderen Personen, wenn sie nach mindestens dreijähriger Tätigkeit die Kniegelenke in gleicher Weise in Anspruch nehmen. Die Berufskrankheit gilt überdies nur bei Tätigkeiten im Berg-, Stollen- oder Tunnelbau. Auf Grund neuer Erkenntnisse treten Meniskusschäden auch bei knienden Tätigkeiten über Tag auf, typisches Beispiel sind die Erkrankungen von Fliesenlegern und Bodenlegern. Die Einschränkung auf eine bestimmte Berufsgruppe oder bestimmte Unternehmen ist aus arbeitsmedizinischer Sicht nicht sinnvoll.

Zu Art. V Z 24 lit. b (Anlage 1 Nr. 30):

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

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

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

Jede chronische Bronchitis ist mit einer erhöhten Empfindlichkeit des Bronchialbaumes auf exogene Reize unspezifischer Art verbunden, führt also zu einem hyperreagiblen Bronchialbaum, und kann es bei Kälte, Nebel, Rauch und anderen Einflüssen jeglicher Art zu einer asthmaähnlichen Verengung des Bronchialbaumes kommen. Dieser Zustand ist aber mit dem allergischen Asthma bronchiale der Berufskrankheit Nr. 30, das der Gesetzgeber nach den zitierten Erläuternden Bemerkungen offensichtlich gemeint hat, nicht ident. Die chronische

Bronchitis mit oder ohne asthmoider Komponente ist eine Erkrankung, die nicht in der Liste der Berufskrankheiten angeführt ist. Aus diesem Grund kann auch eine allfällige Verschlimmerung durch Staub, Rauch oder Gaseinwirkungen nicht als Berufskrankheit anerkannt werden.

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

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

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

Zu Art. V Z 24 lit. c (Anlage 1 Nr. 45 bis 47):

Zu Nr. 45:

Adenokarzinome der Nasenhaupt- und Nasennebenhöhlen sind seltene bösartige Tumore, welche hauptsächlich bei Holzarbeitern in der Möbelindustrie vorkommen. Es besteht der begründete

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

Zu Nr. 46:

Chronische Sehnenscheidenentzündungen im Bereich der oberen und unteren Extremitäten auf Grund von Arbeitsbelastungen sind seit langem bekannt. Gemeinsames Kennzeichen dieser Krankheitsbilder ist eine Schädigung der Sehnen und Sehnenscheiden, der Nerven und der periartikulären Strukturen.

Ursachen für diese Erkrankungen sind immer wiederkehrende überanstrengende Bewegungen, die in einer exzessiven kumulativen Dynamik und/oder statischen Überlastung das Muskelskelettsystem schädigen. Zusätzlich zu diesen physikalischen Gegebenheiten werden psychosoziale Faktoren, wie hoher Arbeitsdruck, Streß, Arbeiten am Bildschirm über fünf Stunden und ergonomische

Faktoren angegeben. Die deutliche Zunahme dieser Krankheitsbilder ist deutlich im Zusammenhang mit der Zunahme der Automatisierung und der EDV in der Arbeitswelt. Umfassende vorbeugende Programme, mit Ausnahme ergonomischer Verbesserungen, sind derzeit nicht erkennbar. Die Krankheitsbilder lassen sich nicht einer bestimmten Berufsgruppe zuordnen, sie können bei allen Tätigkeiten, bei denen häufig wiederkehrende Bewegungen einseitig und unter Zeitdruck ausgeführt werden, vorkommen.

Zu Nr. 47:

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

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

Zu Art. VII:

Durch das Bundesgesetz, mit dem das Gehaltsgesetz 1956, das Richterdienstgesetz, das Pensionsgesetz 1965, das

Nebengebühreuzulagengesetz, das Bundestheaterpensionsgesetz, das Bezügegesetz und die Reisegebührenvorschrift 1955 geändert werden, BGBl. Nr. 288/1988, erfolgte ua. die Neuregelung der Abfertigungsbestimmungen des Gehaltsgesetzes 1956 mit Wirksamkeit 1. Juni 1988 sowie die Einführung der Entrichtung des besonderen Pensionsbeitrages für Schul- und Studienzeiten nach dem Pensionsgesetz 1965 mit Wirksamkeit 1. Juli 1988 für seit dem 1. Juli 1988 begründete öffentlich-rechtliche Dienstverhältnisse.

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

REPUBLIK ÖSTERREICH
BUNDESMINISTERIUM
FÜR ARBEIT UND SOZIALES

Zl. 20.350/42-1/91

Finanzielle Erläuterungen

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

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

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

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

Infolgedessen werden fürs erste auch keine finanziellen Entlastungen des Spitalssektors erwartet. Erst wenn es gelingt, die Finanzierung der Krankenanstalten auf eine leistungsorientierte 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 der Spitalsfinanzierung mit sich bringen.

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

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

2. Medizinische Maßnahmen der Rehabilitation in der Krankenversicherung

Die medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation im Bereich der Krankenversicherung werden gewährt, wenn und so weit sie nicht vom Unfallversicherungsträger gewährt werden und ein Pensionsversicherungsträger ihre Gewährung nicht an sich zieht. Damit treten im Bereich der Krankenversicherung die medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation ergänzend zu den sonstigen Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit hinzu. Die primäre Zuständigkeit für medizinische Maßnahmen der Rehabilitation liegt nunmehr zwar bei der Krankenversicherung, dies gilt in erster Linie aber nur für jenen Personenkreis, der zwar krankenversichert, nicht aber pensionsversichert ist. Die bereits bestehende Zuständigkeit der Pensionsversicherungsträger für ihren Bereich bleibt unberührt, als diese die Gewährung der Rehabilitation jederzeit an sich ziehen können.

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

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

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

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

Auch hier entfällt auf den Bereich der Krankenversicherung nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz ein Anteil von rund 80%, dies entspricht Mehrkosten für das Jahr 1992 von rund 240 Millionen Schilling sowie Langfristkosten pro Jahr von 0,8 Milliarden Schilling bis 1,2 Milliarden Schilling.

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

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

Unter Heranziehung dieser Zahlen können die Kosten für die gesamte Krankenversicherung für diese Maßnahme mit rund 600 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 150 Millionen Schilling gerechnet.

Auf den Bereich der Krankenversicherung nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz entfallen Langfristkosten von 480 Millionen Schilling und Kosten für das Jahr 1992 von 120 Millionen Schilling.

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

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

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

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

Neben diesen vier Maßnahmen enthält der vorliegende Entwurf für den Bereich der sozialen Krankenversicherung noch eine Vielzahl kleinerer Maßnahmen, die sich allerdings finanziell nur

in geringem Ausmaß niederschlagen werden. Dazu zählen insbesondere:

- Ermächtigung der Krankenversicherungsträger zur Verbesserung und zum Ausbau von Maßnahmen der Krankheitsverhütung und Krankheitsfrüherkennung (Primär- und Sekundärprävention)
- Einbeziehung der ergotherapeutischen Dienste in den Leistungskatalog der Krankenversicherung
- Erweiterung des Begriffes der Krankenbehandlung um die Zahnbehandlung und den unentbehrlichen Zahnersatz.

Addiert man die in den Punkten 1 bis 4 für das Jahr 1992 genannten Kosten, so ergibt sich für den Gesamtbereich der sozialen Krankenversicherung ein Mehraufwand von rund 965 Millionen Schilling. Nimmt man die zuletzt angeführten Maßnahmen, deren Mehrkosten als gering veranschlagt werden, hinzu, dürfte sich der Mehraufwand für das Jahr 1992 in der Größenordnung von rund 1 Milliarde Schilling bewegen.

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 gesamte soziale Krankenversicherung von rund 4 bis 5 Milliarden Schilling niederschlagen (Geldwertbasis 1992).

Für die Krankenversicherung nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz ergeben sich Kosten für das Jahr 1992 von rund 840 Millionen Schilling, die langfristigen Kosten betragen rund 3,2 bis 4,2 Milliarden Schilling.

Kosten des Maßnahmenpaketes für die
soziale Krankenversicherung

	für das Jahr 1992		mittel- bzw. langfristige Kosten (Geldwertbasis 1992)	
	gesamte KV	KV n.d. ASVG	gesamte KV	KV n.d. ASVG
Kosten in Mio.S				
1. medizinische Hauskranken- pflege	300	240	2 000 - 3 000	1 600 - 2 400
2. medizinische Rehabilitation	300	240	1 000 - 1 500	800 - 1 200
3. psychologische und psychothera- peutische Dienste	150	120	600	480
4. Ersatz des Fa- milien- und Tag- geldes durch Wochen- bzw. Kran- kengeld	215	215	215	215

Zusätzlich zu den Kosten von 215 Millionen Schilling bei Punkt 4 der Aufstellung entstehen Kosten von 85 Millionen Schilling für den Familienlastenausgleichsfonds.

Die mit diesem Entwurf verbundenen Mehrkosten im Bereich der sozialen Krankenversicherung können nur durch ein Anheben der Beitragssätze in diesem Bereich finanziert werden. Dessen ungeachtet enthält der vorliegende Entwurf noch keine konkreten Bestimmungen über das Ausmaß der notwendigen Beitragssatzerhöhung, da eine wesentliche Finanzierungsfrage im Bereich der sozialen Krankenversicherung derzeit noch offen ist. Erst wenn eine neue Regelung für die mit dem Jahr 1991 auslaufende KRAZAF-Regelung getroffen worden ist, kann das gesamte zukünftige Finanzierungserfordernis für die soziale Krankenversicherung bestimmt werden.

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

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

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

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

2. Herausnahme der Arbeitslosenrate bei der Berechnung des Richtwertes.

Der Wegfall der Berücksichtigung der Arbeitslosenrate bei der Berechnung des Richtwertes führt bei der gegenwärtigen Höhe der Arbeitslosenrate zu einer Erhöhung des Richtwertes um 0,5 bis 0,6 Prozentpunkte. Dies würde sich in einer Erhöhung des Anpassungsfaktors im gleichen Ausmaß niederschlagen, vorausgesetzt, die endgültige Festsetzung des Anpassungsfaktors orientiert sich am Richtwert.

Für den Bereich der gesamten gesetzlichen Pensionsversicherung führt eine um 0,5 Prozentpunkte höhere Pensionsanpassung zu Mehraufwendungen von rund 920 Millionen Schilling, bei 0,6 Prozentpunkten mehr Pensionsanpassung betragen die Mehrkosten 1 100 Millionen Schilling.

Auf die Pensionsversicherung nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz entfallen davon rund 85%, das sind 785 Millionen Schilling bei 0,5 Prozentpunkten bzw. 940 Millionen Schilling bei 0,6 Prozentpunkten.

Die in Punkt 1 und 2 genannten Maßnahmen im Bereich der gesetzlichen Pensionsversicherung führen im Wege der Ausfallhaftung des Bundes bei der Finanzierung der Pensionsversicherung zu einem Mehraufwand für den Bund.

Dieser beträgt rund 1,9 bis 2,1 Milliarden Schilling für das Jahr 1992. Auf die Pensionsversicherung nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz entfallen rund 1,4 bis 1,6 Milliarden Schilling.

* Selbstversicherung in der Pensionsversicherung

* § 16 a. (1) Personen, die nicht in einer gesetzlichen
* Pensionsversicherung pflicht- oder weiterversichert oder
* die nicht im § 2 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die
* Sozialversicherung freiberuflich selbständig
* Erwerbstätiger, BGB1. Nr. 624/1978, angeführt sind,
* können sich, solange ihr Wohnsitz im Inland gelegen ist,
* in der Pensionsversicherung selbstversichern.

* (2) Abs. 1 gilt auch für Personen, die ihren Wohnsitz
* nicht im Inland haben, wenn sie im Zeitpunkt der
* Antragstellung die österreichische Staatsbürgerschaft
* besitzen, für die Dauer ihres Auslandsaufenthaltes.

* (3) Von der Selbstversicherung sind Personen
* ausgeschlossen, die im Zeitpunkt der Antragstellung

* 1. einen bescheidmäßig zuerkannten Anspruch auf eine
* monatlich wiederkehrende Geldleistung aus einer eigenen
* gesetzlichen Pensionsversicherung oder nach einem
* Landessozialhilfegesetz haben oder

* 2. in einem öffentlich-rechtlichen oder unkündbaren
* privatrechtlichen Dienstverhältnis zu einer
* öffentlich-rechtlichen Körperschaft oder zu von solchen
* Körperschaften verwalteten Betrieben, Anstalten,
* Stiftungen und Fonds stehen, wenn ihnen aus ihrem
* Dienstverhältnis die Anwartschaft auf Ruhe- und
* Versorgungsgenuß zusteht oder die auf Grund eines
* solchen Dienstverhältnisses einen Ruhe(Versorgungs)genuß
* beziehen, der den Leistungen der Pensionsversicherung
* nach diesem Bundesgesetz gleichwertig ist. § 6 gilt
* entsprechend.

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

* 1. bereits versichert, so ist der Antrag bei dem
* Träger der Pensionsversicherung einzubringen, bei dem er
* zuletzt versichert war;

- * 2. nicht versichert, so ist der Antrag bei der
- * Pensionsversicherungsanstalt der Angestellten
- * einzubringen.

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

- * (6) Die Selbstversicherung endet, außer mit dem
- * Wegfall der Voraussetzungen,
 - * 1. mit dem Ende des Kalendermonates, in dem der
 - * (die) Versicherte seinen (ihren) Austritt erklärt hat;

 - * 2. wenn der (die) Versicherte innerhalb der letzten
 - * 24 Kalendermonate mindestens zwölf Beitragsmonate der
 - * Selbstversicherung erworben hat.

- * (7) Hat der (die) Versicherte in dem in Abs. 6 Z 2
- * genannten Zeitraum zwölf Beitragsmonate der
- * Selbstversicherung erworben, ist er (sie) zur
- * Weiterversicherung in der Pensionsversicherung
- * berechtigt.

ASVG-Geltende Fassung

Weiterversicherung in der Pensionsversicherung

§ 17. (1) Personen, die

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

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

(2) und (3) unverändert.

ASVG-Vorgeschlagene Fassung

§ 17. (1) Personen, die

1. a) aus der Pflichtversicherung nach diesem Bundesg oder aus einer nach früherer gesetzlicher Regelung ihr entsprechenden Pensions(Renten)versicherung oder aus der Pensionsversicherung für das Notariat ausgeschieden sind oder ausscheiden und die

*
*
*
*
*
*

- b) in den letzten 24 Monaten vor dem Ausscheiden mindestens zwölf oder in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden jährlich mindestens drei Versicherungsmonate in einer oder mehreren gesetzlichen Pensionsversicherungen erworben haben,

*
*
*
*
*
*
*

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

3. die Voraussetzungen des § 16 a Abs. 7 erfüllen,

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

(2) und (3) unverändert.

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

(5) bis (9) unverändert.

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

§ 18. (1) bis (6) unverändert.

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

Selbstversicherung in der Pensionsversicherung für Zeiten der Pflege eines behinderten Kindes

§ 18 a. (1) bis (6) unverändert.

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

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

1. in den Fällen des Abs. 1 Z 1 bis zum Ende des sechsten auf das Ausscheiden aus der Pflichtversicherung,

2. in den Fällen des Abs. 1 Z 2 bis zum Ende des sechsten auf das Ende des Anspruches auf die laufende Leistung folgenden Monats,

3. in den Fällen des Abs. 1 Z 3 bis zum Ende des auf das Ende der Selbstversicherung folgenden Monats.

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

(5) bis (9) unverändert.

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

§ 18. (1) bis (6) unverändert.

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

Selbstversicherung in der Pensionsversicherung für Zeiten der Pflege eines behinderten Kindes

§ 18 a. (1) bis (6) unverändert.

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

Hauptverband der österreichischen
Sozialversicherungsträger

§ 31. (1) bis (7) unverändert.

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

1. und 2. unverändert.

(9) und (10) unverändert.

Hauptverband der österreichischen
Sozialversicherungsträger

§ 31. (1) bis (7) unverändert.

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

1. und 2. unverändert.

(9) und (10) unverändert.

Meldung der Zahlungsempfänger

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

1. auf Geldleistungen aus den Versicherungsfällen der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit oder der Mutterschaft

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

Form der Meldungen

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

(2) und (3) unverändert.

Meldung der Zahlungsempfänger

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

1. auf Geldleistungen aus den Versicherungsfällen der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit oder der Mutterschaft

2. auf Pensionen aus der Pensionsversicherung mit Ausnahme der Ansprüche auf Knappschaftspensionen und Knappschaftssold sowie Waisenpensionen

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

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

Form der Meldungen

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

(2) und (3) unverändert.

ASVG-Geltende Fassung

Abfuhr der Beiträge an die Träger
der Unfall- und Pensionsversicherung

§ 63. (1) Die Träger der Krankenversicherung haben die in einem Kalendermonat bei ihnen eingezahlten, auf die Unfall- und Pensionsversicherung entfallenden Beiträge bis zum 20. des folgenden Kalendermonats an die zuständigen Träger der Unfall- und Pensionsversicherung abzuführen. Auf die abzuführenden Beträge haben die Träger der Krankenversicherung bis zum 10., 20. und Letzten des jeweiligen Kalendermonates Anzahlungen in dem Ausmaß zu leisten, das dem Eingang an Beiträgen zur Unfall- und Pensionsversicherung annähernd entspricht.

(2) bis (4) unverändert.

Haftung für Beitragsschuldigkeiten

§ 67. (1) bis (5) unverändert.

(6) Geht der Betrieb auf

1. und 2. unverändert.

3. eine Person mit wesentlichem Einfluß auf die Geschäftsführung des Betriebsvorgängers (zB Geschäftsführer, leitender Angestellter, Prokurist),

über, so haftet dieser Betriebsnachfolger ohne Rücksicht auf das dem Betriebsübergang zugrunde liegende Rechtsgeschäft wie ein Erwerber gemäß Abs. 4, solange er nicht nachweist, daß er die Beitragsschulden nicht kannte bzw. trotz seiner Stellung im Betrieb des Vorgängers nicht kennen konnte.

(7) bis (10) unverändert.

ASVG-Vorgeschlagene Fassung

Abfuhr der Beiträge an die Träger
der Unfall- und Pensionsversicherung

§ 63. (1) Die Träger der Krankenversicherung haben die in einem Kalendermonat bei ihnen eingezahlten, auf die Unfall- und Pensionsversicherung entfallenden Beiträge bis zum 20. des folgenden Kalendermonats an die zuständigen Träger der Unfall- und Pensionsversicherung abzuführen. Werden Beiträge an einem Samstag, Sonntag, gesetzlichen Feiertag, Karfreitag oder 24. Dezember fällig, so gilt als Fälligkeitstag der nächste Tag, der nicht einer der vorgenannten Tage ist. Auf die abzuführenden Beträge haben die Träger der Krankenversicherung bis zum 10., 20. und Letzten des jeweiligen Kalendermonates Anzahlungen in dem Ausmaß zu leisten, das dem Eingang an Beiträgen zur Unfall- und Pensionsversicherung annähernd entspricht.

(2) bis (4) unverändert.

Haftung für Beitragsschuldigkeiten

§ 67. (1) bis (5) unverändert.

(6) Geht der Betrieb auf

1. und 2. unverändert.

3. eine Person mit wesentlichem Einfluß auf die Geschäftsführung des Betriebsvorgängers (zB Geschäftsführer, leitender Angestellter, Prokurist, Mehrheitsgesellschafter),

über, so haftet dieser Betriebsnachfolger ohne Rücksicht auf das dem Betriebsübergang zugrunde liegende Rechtsgeschäft wie ein Erwerber gemäß Abs. 4, solange er nicht nachweist, daß er die Beitragsschulden nicht kannte bzw. trotz seiner Stellung im Betrieb des Vorgängers nicht kennen konnte. Dies gilt entsprechend auch bei einem Betriebsübergang auf eine juristische Person, Personengesellschaft oder Erwerbsgesellschaft, sofern zur Vertretung der juristischen Person oder der Personengesellschaft (Erwerbsgesellschaft) Personen berufen sind, die unter die Z 1 bis 3 fallen oder an der juristischen Person oder Personengesellschaft (Erwerbsgesellschaft) unter Z 1 bis 3 fallende Person zu Mehrheitsanteilen als Gesellschafter beteiligt sind.

(7) bis (10) unverändert.

Verjährung der Beiträge

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

(2) und (3) unverändert.

Beiträge in der Krankenversicherung der Pensionisten

§ 73. (1) bis (3) unverändert.

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

Verjährung der Beiträge

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

(2) und (3) unverändert.

Beiträge in der Krankenversicherung der Pensionisten

§ 73. (1) bis (3) unverändert.

(4) Die Beiträge nach Abs. 3 sind vorschußweise in *
 * monatlichen Raten in dem im Abs. 3 bezeichneten *
 * Hundertsatz der Summe des im vorangegangenen *
 * Kalendermonat erwachsenden Aufwandes an Pensionen *
 * (Pensionssonderzahlungen) dem Hauptverband zu *
 * überweisen. Der Hauptverband hat die einlangenden *
 * Beiträge innerhalb der ersten sechs Monate des folgenden *
 * Kalenderjahres auf die zuständigen Träger der *
 * Krankenversicherung nach einem Schlüssel aufzuteilen, *
 * den der Bundesminister für Arbeit und Soziales unter *
 * Berücksichtigung des Verhältnisses, in welchem der *
 * Pensionsaufwand aller nach Abs. 1 beitragspflichtigen *
 * Träger der Pensionsversicherung auf die bei den *
 * einzelnen Trägern der Krankenversicherung gemäß § 8 *
 * Abs. 1 Z 1 lit. a oder d krankenversicherten Personen *
 * entfällt, mindestens einen Monat vor dem Ablauf der oben *
 * bezeichneten Frist mit Verordnung festzusetzen hat. *

ASVG-Geltende Fassung

(5) bis (9) unverändert.

Beitragsgrundlage für Selbstversicherte
in der Krankenversicherung

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

1. unverändert.

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

(2) und (3) unverändert.

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

(5) und (6) unverändert.

ASVG-Vorgeschlagene Fassung

(5) bis (9) unverändert.

Beitragsgrundlage für Selbstversicherte
in der Krankenversicherung

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

1. unverändert.

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

a) ein Einkommen im Sinne des § 4 des Studienförderungsgesetzes bezieht oder

b) eine Studiendauer im Sinne des § 2 Abs. 3 des Studienförderungsgesetzes 1983 ohne wichtige Gründe um mehr als zwei Semester überschritten hat oder

c) vor dem gegenwärtigen Studium schon ein Hochschulstudium im Sinne des § 2 Abs. 1 lit. d des Studienförderungsgesetzes 1983 absolviert hat;

lit. c ist nicht anzuwenden, wenn der Selbstversicherte während des Hochschulstudiums keine selbständige oder unselbständige Erwerbstätigkeit ausübt, ferner jedenfalls nicht für Hörer (Lehrgangsteilnehmer) der Diplomatischen Akademie.

(2) und (3) unverändert.

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

(5) und (6) unverändert.

Beitragsgrundlage für Selbstversicherte

§ 76b. (1) bis (4) unverändert.

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

Ausmaß und Entrichtung

§ 77. (1) unverändert.

(2) Der Beitragssatz beträgt

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

der Beitragsgrundlage. Für den Beginn und das Ende der Heranziehung der Beitragssätze nach lit. a gilt § 18 Abs. 5 und 6 bzw. § 18 a Abs. 5 und 6 entsprechend. Für die Höerversicherung in der Pensionsversicherung sind Beiträge in einer vom Versicherten gewählten Höhe zu entrichten; der jährliche Beitrag darf das Sechzigfache der Höchstbeitragsgrundlage nach § 45 Abs. 1 nicht übersteigen.

(3) bis (7) unverändert.

Beitragsgrundlage für Selbstversicherte

§ 76b. (1) bis (4) unverändert.

* (5) Beitragsgrundlage für den Kalendertag ist für in
* der Pensionsversicherung gemäß § 16 a Selbstversicherte
* die um ein Sechstel ihres Betrages erhöhte
* Höchstbeitragsgrundlage (§ 45 Abs. 1). § 76 a Abs. 4
* und 5 ist entsprechend anzuwenden.

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

Ausmaß und Entrichtung

§ 77. (1) unverändert.

(2) Der Beitragssatz beträgt

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

* der Beitragsgrundlage. Für den Beginn und das Ende der
* Heranziehung der Beitragssätze nach lit. a gilt § 18
* Abs. 5 und 6 bzw. § 18 a Abs. 5 und 6 entsprechend. Für
* die Höerversicherung in der Pensionsversicherung sind
* Beiträge in einer vom Versicherten gewählten Höhe zu
* entrichten; der jährliche Beitrag darf das Sechzigfache
* der Höchstbeitragsgrundlage nach § 45 Abs. 1 nicht
* übersteigen.

(3) bis (7) unverändert.

ASVG-Geltende Fassung

Vergütung für Mitwirkung an fremden Aufgaben

§ 82. (1) und (2) unverändert.

Anfall der Leistungen

§ 86. (1) bis (3) unverändert.

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

(5) unverändert.

Zusammentreffen eines Pensionsanspruches
aus eigener Pensionsversicherung mit
einem Anspruch auf Krankengeld

§ 90. (1) Fällt während der ersten drei Tage einer Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit, für die gemäß § 138 Abs. 1 Anspruch auf Krankengeld nicht besteht, oder während der Dauer des Anspruches auf Krankengeld ein Pensionsanspruch aus eigener Pensionsversicherung

ASVG-Vorgeschlagene Fassung

Vergütung für Mitwirkung an fremden Aufgaben

§ 82. (1) und (2) unverändert.

* (3) Soweit der Hauptverband an der Durchführung der
* der Arbeitsmarktverwaltung bzw. der
* Arbeitslosenversicherung gesetzlich übertragenen
* Aufgaben durch Übermittlung von Daten (§ 31 Abs. 3 Z 15)
* auf automationsunterstütztem Weg mitwirkt, erhält er zur
* Abgeltung der ihm daraus erwachsenden Kosten eine
* Vergütung aus Mitteln der Arbeitslosenversicherung bzw.
* der Arbeitsmarktförderung. Das Nähere wird durch
* Verordnung des Bundesministers für Arbeit und Soziales
* geregelt. Hierbei ist auf die Ergebnisse der
* Kostenrechnung Bedacht zu nehmen.

Anfall der Leistungen

§ 86. (1) bis (3) unverändert.

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

(5) unverändert.

Zusammentreffen eines Pensionsanspruches
aus eigener Pensionsversicherung mit
einem Anspruch auf Krankengeld

§ 90. (1) Fällt während der ersten drei Tage einer Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit, für die gemäß § 138 Abs. 1 Anspruch auf Krankengeld nicht besteht, oder während der Dauer des Anspruches auf Krankengeld ein Pensionsanspruch aus eigener Pensionsversicherung

ASVG-Geltende Fassung

des Versicherten an oder lebt eine Pension aus einem der Versicherungsfälle des Alters wieder auf, so ruht der Pensionsanspruch für die weitere Dauer des Krankengeldanspruches sowie für die Dauer des Ruhens des Krankengeldanspruches nach § 143 Abs. 1 Z. 2 mit dem Betrag des Krankengeldes. Das Ruhen des Pensionsanspruches tritt auch dann ein, wenn während der Dauer des Ruhens (§ 143 Abs.1 Z.2), der Verwirkung (§ 88 Abs.1) oder Versagung (§ 142) des Krankengeldanspruches die Pension anfällt oder wieder auflebt.

(2) unverändert.

Aufwertungszahl

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

(2) unverändert.

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

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

ASVG-Vorgeschlagene Fassung

des Versicherten an oder lebt eine Pension aus einem der Versicherungsfälle des Alters wieder auf, so ruht der Pensionsanspruch für die weitere Dauer des Krankengeldanspruches mit dem Betrag des Krankengeldes. Das Ruhen des Pensionsanspruches tritt auch dann ein, wenn während der Dauer der Verwirkung (§ 88 Abs.1) oder Versagung (§ 142) des Krankengeldanspruches die Pension anfällt oder wieder auflebt.

(2) unverändert.

Aufwertungszahl

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

(2) unverändert.

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

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

anzufügen.

(2) unverändert.

Richtwert für die Festsetzung des Anpassungsfaktors

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

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

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

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

*

(2) unverändert.

Richtwert für die Festsetzung des Anpassungsfaktors

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

(2) Zur Ermittlung der durchschnittlichen Beitragsgrundlage eines Jahres sind alle Versicherungstage von Pflichtversicherten eines Jahres, für die eine Tagesbeitragsgrundlage vorgesehen ist, in die Lohnstufen (§ 46 Abs. 2 bis 5) einzureihen. Der Hauptverband hat diese Einreihung für das Ausgangsjahr, das Vergleichsjahr und das dem Vergleichsjahr vorangegangene Jahr auf Grund der Daten der Versicherungsdatei so rechtzeitig durchzuführen, daß sie dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales am 20. August eines jeden Jahres zur Verfügung steht.

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

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

Aufgaben

§ 116. (1) Die Krankenversicherung trifft Vorsorge

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

2. bis 4. unverändert.

(2) Überdies können aus den Mitteln der Krankenversicherung Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit sowie außer den Jugendlichen- und Vorsorge(Gesunden)untersuchungen (Abs. 1 Z 1) noch

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

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

Aufgaben

§ 116. (1) Die Krankenversicherung trifft Vorsorge

* 1. für die Förderung der Gesundheit (Verhütung von
 * Krankheiten) und Früherkennung von Krankheiten;
 *

2. bis 4. unverändert.

* (2) Überdies können aus Mitteln der
 * Krankenversicherung Maßnahmen zur Festigung der
 * Gesundheit und Leistungen aus Anlaß des Todes gewährt
 * werden.

ASVG-Geltende Fassung

weitergehende Leistungen zur Verhütung des Eintrittes und der Verbreitung von Krankheiten und Leistungen aus dem Anlaß des Todes gewährt werden.

(3) und (4) unverändert.

Leistungen

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

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

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

3. aus dem Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit: Krankengeld (§§ 138 bis 143), gegebenenfalls an dessen Stelle Familien- oder Taggeld (§ 152);

4. aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft:

a) ärztlicher Beistand, Hebammenbeistand sowie Beistand durch diplomierte Kinderkranken- und Säuglingsschwestern (§ 159);

b) Heilmittel und Heilbehelfe (§ 160);

c) Pflege in einer Krankenanstalt (auch in einem Entbindungsheim) (§ 161);

d) Wochengeld (§ 162).

e) Aufgehoben.

5. Aufgehoben.

ASVG-Vorgeschlagene Fassung

(3) und (4) unverändert.

Leistungen

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

1. Zur Gesundheitsförderung (Verhütung von Krankheiten) Gesundheitserziehung und Erforschung von Krankheitsursachen (§ 132 c);

2. zur Früherkennung von Krankheiten Jugendlichenuntersuchungen und Vorsorge(Gesunden)untersuchungen (§§ 132 a und 132 b);

3. aus dem Versicherungsfall der Krankheit: Krankenbehandlung (§§ 133 bis 137), medizinische Maßnahmen der Rehabilitation (§ 137 a), medizinische Hauskrankenpflege (§ 151), erforderlichenfalls Anstaltspflege (§§ 144 bis 150);

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

5. aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft:

a) ärztlicher Beistand, Hebammenbeistand sowie Beistand durch diplomierte Kinderkranken- und Säuglingsschwestern (§ 159);

b) Heilmittel und Heilbehelfe (§ 160);

c) Pflege in einer Krankenanstalt (auch in einem

ASVG-Geltende Fassung

§ 118. Aufgehoben.

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

§ 122. (1) unverändert.

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

1. an Personen, die Anspruch aus dem
Versicherungsfall der Krankheit, der Arbeitsunfähigkeit
infolge Krankheit oder der Mutterschaft haben, sofern
dieser Anspruch nicht gemäß Z.2 oder Abs.3 entstanden
ist, und zwar

a) bis d) unverändert.

2. an Personen, die innerhalb der letzten zwölf
Monate vor dem Ausscheiden aus der durch eine
Beschäftigung (ein Lehr- oder Ausbildungsverhältnis)
begründeten Pflichtversicherung mindestens 26 Wochen
oder unmittelbar vorher mindestens sechs Wochen
versichert waren und sogleich nach dem Ausscheiden aus
der Pflichtversicherung erwerbslos geworden sind, wenn
der Versicherungsfall während der Erwerbslosigkeit und
binnen drei Wochen nach dem Ausscheiden aus der
Pflichtversicherung eintritt. War der Versicherte im
Zeitpunkt des Ausscheidens aus der Pflichtversicherung

ASVG-Vorgeschlagene Fassung

* Entbindungsheim) (§ 161);

* d) Wochengehalt (§ 162).

* e) Aufgehoben.

* Bewilligung durch den Versicherungsträger

* § 118. In der Krankenordnung (§ 456) kann, um nicht
* notwendige, nicht ökonomische oder nicht zweckmäßige
* Leistungen für Rechnung des Versicherungsträgers zu
* vermeiden, bestimmt werden, welche Sachleistungen -
* ausgenommen Heilmittel - der Krankenversicherung
* (Erstattung von Kosten anstelle von Sachleistungen) an
* das Erfordernis der vorherigen bzw. nachträglichen
* Bewilligung durch den Versicherungsträger gebunden sind.
* Es kann auch ausdrücklich bestimmt werden, bei welchen
* Leistungen das Erfordernis der vorherigen Bewilligung
* entfällt.

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

§ 122. (1) unverändert.

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

1. an Personen, die Anspruch aus dem
Versicherungsfall der Krankheit, der Arbeitsunfähigkeit
infolge Krankheit oder der Mutterschaft haben, und zwar
*
*
*

a) bis d) unverändert.

2. an Personen, die innerhalb der letzten zwölf
Monate vor dem Ausscheiden aus der durch eine
Beschäftigung (ein Lehr- oder Ausbildungsverhältnis)
begründeten Pflichtversicherung mindestens 26 Wochen
oder unmittelbar vorher mindestens sechs Wochen
versichert waren und sogleich nach dem Ausscheiden aus
der Pflichtversicherung erwerbslos geworden sind, wenn
der Versicherungsfall während der Erwerbslosigkeit und
binnen drei Wochen nach dem Ausscheiden aus der
Pflichtversicherung eintritt. War der Versicherte im
Zeitpunkt des Ausscheidens aus der Pflichtversicherung

infolge Krankheit arbeitsunfähig oder bestand zu diesem Zeitpunkt Anspruch auf Wochengeld, so beginnt die Frist von drei Wochen erst ab dem Erlöschen des Anspruches auf Krankengeld (Anstaltspflege) bzw. Wochengeld zu laufen. Die Frist von drei Wochen verlängert sich

a) und b) unverändert.

c) um jenen Zeitraum, um den die Dauer des Anspruchsverlustes auf Arbeitslosengeld oder Notstandshilfe gemäß § 10 A1VG über die Frist von drei Wochen hinausgeht.

(3) bis (5) unverändert.

Sonderregelungen für Selbstversicherte und Pensionisten

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

(2) und (3) unverändert.

Bemessungsgrundlage

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

infolge Krankheit arbeitsunfähig oder bestand zu diesem Zeitpunkt Anspruch auf Wochengeld, so beginnt die Frist von drei Wochen erst ab dem Erlöschen des Anspruches auf Krankengeld (Anstaltspflege) bzw. Wochengeld zu laufen. Die Frist von drei Wochen verlängert sich

a) und b) unverändert.

c) um jenen Zeitraum, um den die Dauer des Anspruchsverlustes auf Arbeitslosengeld oder Notstandshilfe gemäß §§ 10 bzw. 11 A1VG über die Frist von drei Wochen hinausgeht.

(3) bis (5) unverändert.

Sonderregelungen für Selbstversicherte und Pensionisten

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

(2) und (3) unverändert.

Bemessungsgrundlage

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

(4) Die Ergebnisse der sonstigen Maßnahmen zur Erhaltung der Volksgesundheit sind über Verlangen dem Bundeskanzleramt sowie dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales bekanntzugeben.

(5) Die im Zusammenhang mit der Durchführung der Maßnahmen entstehenden Fahrtkosten sind nach Maßgabe der Bestimmungen des § 135 Abs.4 zu ersetzen.

(6) § 132b Abs.6 findet bei der Durchführung der sonstigen Maßnahmen zur Erhaltung der Volksgesundheit entsprechend Anwendung.

*
*
*
*

*
*
*

*
*
*

*
* Sonstige Maßnahmen zur Erhaltung
* der Volksgesundheit

* § 132 d. (1) Maßnahmen zur Erhaltung der
* Volksgesundheit sind insbesondere

* 1. humangenetische Vorsorgemaßnahmen insbesondere
* durch genetische Familienberatung, pränatale Diagnose
* und zytogenetische Untersuchungen;

* 2. Impfung (aktive Immunisierung) gegen die
* Frühsommermeningoencephalitis;

* 3. sonstige vordringliche Maßnahmen zur Erhaltung
* der Volksgesundheit.

* (2) Der Bundeskanzler hat im Einvernehmen mit dem
* Bundesminister für Arbeit und Soziales unter
* Bedachtnahme auf den Fortschritt der medizinischen
* Wissenschaft durch Verordnung zu bezeichnen:

* 1. sonstige vordringliche Maßnahmen im Sinne des
* Abs. 1 Z 3;

* 2. das Ziel der im Abs. 1 Z 1 bis 3 bezeichneten
* Maßnahmen sowie den Kreis der hierfür in Betracht
* kommenden Personen.

* (3) Die Durchführung der in Abs. 1 Z 1 bezeichneten
* Maßnahmen ist den Trägern der Krankenversicherung
* übertragen. Hinsichtlich der in Abs. 1 Z 2 und 3
* festgelegten vordringlichen Maßnahmen zur Erhaltung der
* Volksgesundheit hat der Bundesminister für Arbeit und
* Soziales im Einvernehmen mit dem Bundeskanzler den
* Trägern der Krankenversicherung nach Anhörung des
* Hauptverbandes durch Verordnung die Mitwirkung durch
* Leistung eines Kostenzuschusses zu übertragen. Hierbei
* ist auf die sonstigen Leistungen der Träger der

Umfang der Krankenbehandlung

§ 133. (1) Die Krankenbehandlung umfaßt:

- 1. ärztliche Hilfe;
- 2. Heilmittel;
- 3. Heilbeihilfe.

(2) bis (5) unverändert.

Ärztliche Hilfe

§ 135. (1) Die ärztliche Hilfe wird durch Vertragsärzte, durch Wahlärzte (§ 131 Abs. 1), durch Ärzte in eigenen hierfür ausgestatteten Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) der Versicherungsträger gewährt. Der ärztlichen Hilfe gleichgestellt ist eine auf Grund ärztlicher Verschreibung erforderliche physiotherapeutische oder logopädisch-phoniatri-sch-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-phoniatri-sch-audiometrischen Dienstes

Umfang der Krankenbehandlung

§ 133. (1) Die Krankenbehandlung umfaßt:

- 1. ärztliche Hilfe;
- 2. Heilmittel;
- * 3. Heilbeihilfe;
- * 4. medizinische Maßnahmen der Rehabilitation.

(2) bis (5) unverändert.

Ärztliche Hilfe

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

- * Krankenversicherung Bedacht zu nehmen. Die Höhe des
- * Kostenzuschusses ist in der Satzung des Trägers der
- * Krankenversicherung unter Bedachtnahme auf seine
- * finanzielle Leistungsfähigkeit zu regeln. § 132 b Abs. 2
- * vorletzter Satz gilt entsprechend.
- * (4) Die Ergebnisse der sonstigen Maßnahmen zur
- * Erhaltung der Volksgesundheit sind über Verlangen dem
- * Bundeskanzleramt sowie dem Bundesministerium für Arbeit
- * und Soziales bekanntzugeben.
- * (5) Die im Zusammenhang mit der Durchführung der
- * Maßnahmen entstehenden Fahrtkosten sind nach Maßgabe der
- * Bestimmungen des § 135 Abs.4 zu ersetzen.
- * (6) § 132b Abs.6 findet bei der Durchführung der
- * sonstigen Maßnahmen zur Erhaltung der Volksgesundheit
- * entsprechend Anwendung.

ASVG-Geltende Fassung
berechtigt sind.

(2) bis (5) unverändert.

ASVG-Vorgeschlagene Fassung

- *
 - * 1. eine auf Grund ärztlicher Verschreibung
 - * erforderliche
 - * a) physiotherapeutische,
 - * b) logopädisch-phoniatriisch-audiometrische oder
 - * c) ergotherapeutische
 - * Behandlung durch Personen, die gemäß § 52 Abs. 4 des
 - * Bundesgesetzes betreffend die Regelung des
 - * Krankenpflegefachdienstes, der medizinisch-technischen
 - * Dienste und der Sanitätshilfsdienste,
 - * BGB1. Nr. 102/1961, zur freiberuflichen Ausübung des
 - * physiotherapeutischen Dienstes, des
 - * logopädisch-phoniatriisch-audiometrischen Dienstes bzw.
 - * des beschäftigungs- und arbeitstherapeutischen
 - * (ergotherapeutischen) Dienstes berechtigt sind;
- * 2. eine psychologische Behandlung durch Personen,
- * die gemäß § 12 Abs. 1 des Psychologengesetzes,
- * BGB1. Nr. 360/1990, zur selbständigen Ausübung des
- * psychologischen Berufes berechtigt sind;
- * 3. eine psychotherapeutische Behandlung durch
- * Personen, die gemäß § 11 des Psychotherapiegesetzes,
- * BGB1. Nr. 361/1990, zur selbständigen Ausübung der
- * Psychotherapie berechtigt sind.

(2) bis (5) unverändert.

* Medizinische Maßnahmen der Rehabilitation

- * § 137 a. (1) Um den Erfolg der Krankenbehandlung zu
- * sichern oder die Folgen der Krankheit zu erleichtern,
- * gewähren die Krankenversicherungsträger nach
- * pflichtgemäßem Ermessen und nach Maßgabe des § 133
- * Abs. 2 medizinische Maßnahmen der Rehabilitation. Diese
- * Maßnahmen umfassen neben den sonstigen aus dem
- * Versicherungsfall der Krankheit in Betracht kommenden
- * Leistungen (§ 117 Z 3) auch die Gewährung von
- * Körperersatzstücken, orthopädischen Behelfen und anderen
- * Hilfsmitteln, einschließlich der notwendigen Änderung,
- * Instandsetzung und Ersatzbeschaffung sowie der
- * Ausbildung im Gebrauch der Hilfsmittel. Anstaltspflege
- * wird nur nach Maßgabe der vorhandenen Einrichtungen
- * gewährt. § 202 Abs. 3 und 4 sowie § 135 Abs. 4 und 5
- * gelten sinngemäß.

- * (2) Die Maßnahmen nach Abs. 1 werden vom

Anspruchsberechtigung

§ 138. (1) unverändert.

(2) Vom Anspruch auf Krankengeld sind ausgeschlossen:

- a) bis d) unverändert.
- e) gemäß § 8 Abs. 1 Z. 4 lit. b und c teilversicherte Pflichtmitglieder der Tierärztekammern und Mitglieder der Österreichischen Dentistenkammer während der ersten sechs Wochen einer ununterbrochenen Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit.
- f) Aufgehoben.

(3) unverändert.

* Krankenversicherungsträger gewährt, wenn und soweit sie
* nicht von einem Unfallversicherungsträger oder einem
* Pensionsversicherungsträger gewährt werden und ein
* Pensionsversicherungsträger ihre Gewährung nicht an sich
* zieht (§ 302 Abs. 2).

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

* (4) Die Krankenversicherungsträger haben die von
* ihnen jeweils zu treffenden medizinischen Maßnahmen der
* Rehabilitation mit den in Frage kommenden
* Versicherungsträgern, Dienststellen und Einrichtungen zu
* koordinieren und aufeinander abzustimmen. Hiefür gelten
* die Bestimmungen des § 307 c sinngemäß.

Anspruchsberechtigung

§ 138. (1) unverändert.

(2) Vom Anspruch auf Krankengeld sind ausgeschlossen:

- a) bis d) unverändert.
- e) gemäß § 8 Abs. 1 Z. 4 lit. b und c teilversicherte Pflichtmitglieder der Tierärztekammern und Mitglieder der Österreichischen Dentistenkammer während der ersten sechs Wochen einer ununterbrochenen Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit;
- * f) Bezieher eines Vorschusses auf eine Leistung
* aus der Pensionsversicherung (§ 23 A1VG).

(3) unverändert.

Anrechnung von Zeiten auf die Höchstdauer
des Krankengeldanspruches

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

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

2. unverändert.

Höhe des Krankengeldes

§ 141. (1) und (2) unverändert.

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

(4) unverändert.

Ruhe des Krankengeldanspruches

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

1. unverändert.

2. solange der Versicherte auf Rechnung eines
Versicherungsträgers Anstaltspflege erhält oder auf
Rechnung eines Versicherungsträgers in einem Genesungs-

Anrechnung von Zeiten auf die Höchstdauer
des Krankengeldanspruches

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

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

2. unverändert.

Höhe des Krankengeldes

§ 141. (1) und (2) unverändert.

(3) Als satzungsmäßige Mehrleistung kann das
Krankengeld von einem durch die Satzung zu bestimmenden
Zeitpunkt an erhöht werden, wenn der Versicherte
* Angehörige im Sinne des § 123 Abs. 2, 4, 7 oder 8 hat,
* die sich gewöhnlich im Inland aufhalten; eine Erhöhung
* gebührt nicht für einen Angehörigen, der aus
* selbständiger oder unselbständiger Erwerbstätigkeit, aus
* einem Lehr- oder Ausbildungsverhältnis oder auf Grund
* des Bezuges von Geldleistungen aus der
* Sozialversicherung mit Ausnahme des Hilflosenzuschusses
* ein Einkommen von mehr als 3 319 S monatlich bezieht. An
* die Stelle dieses Betrages tritt ab 1. Jänner eines
* jeden Jahres der unter Bedachtnahme auf § 108 i mit der
* jeweiligen Aufwertungszahl (§ 108 a Abs. 1)
* vervielfachte Betrag. Kommen mehrere Angehörige in
* Betracht, ist der Anspruch auf Familiengeld gegeben,
* wenn die Voraussetzungen dafür auch nur bei einem
* Angehörigen erfüllt sind. Die Erhöhung darf höchstens
* 10 vH der Bemessungsgrundlage für den Ehegatten und
* höchstens 5 vH der Bemessungsgrundlage für jeden
* sonstigen Angehörigen betragen.

(4) unverändert.

Ruhe des Krankengeldanspruches

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

1. unverändert.

2. Aufgehoben.

ASVG-Geltende Fassung

Erholungs- oder Kurheim oder einer Sonderkrankenanstalt untergebracht ist oder Anspruch auf Ersatz der Verpflegskosten gemäß § 131 oder § 150 einem Versicherungsträger gegenüber hat;

3. bis 6. unverändert.

(2) unverändert.

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

(4) bis (6) unverändert.

4. UNTERABSCHNITT

Anstaltspflege, Familien(Tag)geld

Gewährung der Pflege in einer öffentlichen Krankenanstalt

§ 144. (1) bis (3) unverändert.

(4) Als Anstaltspflege gilt nicht die Unterbringung in einem Heim für Genesende, die ärztlicher Behandlung und besonderer Wartung bedürfen (§ 2 Abs. 1 Z. 3 Krankenanstaltengesetz, BGBl.Nr.1/1957), in einer Pflegeanstalt für chronisch Kranke, die ärztlicher Betreuung und besonderer Pflege bedürfen (§ 2 Abs. 1 Z. 4 Krankenanstaltengesetz, BGBl.Nr.1/1957) oder in einer Sonderkrankenanstalt, die vorwiegend der Rehabilitation von Versicherten dient.

(5) unverändert.

Hauskrankenpflege

§ 151. Ist eine ausreichende Pflege des Erkrankten durch einen Haushaltsangehörigen nicht möglich, so kann der Versicherungsträger Hauskrankenpflege gewähren. Die Hauskrankenpflege kann durch beizustellende Pflegepersonen, durch Leistung von Zuschüssen zu den Kosten für die Pflegepersonen oder durch eine Kostenbeteiligung des Versicherungsträgers an Einrichtungen von Gebietskörperschaften, die

ASVG-Vorgeschlagene Fassung

3. bis 6. unverändert.

(2) unverändert.

(3) Aufgehoben.

(4) bis (6) unverändert.

4. UNTERABSCHNITT

Anstaltspflege

Gewährung der Pflege in einer öffentlichen Krankenanstalt

§ 144. (1) bis (3) unverändert.

(4) Als Anstaltspflege gilt nicht die Unterbringung in einem Heim für Genesende, die ärztlicher Behandlung und besonderer Wartung bedürfen (§ 2 Abs. 1 Z 3 des Krankenanstaltengesetzes, BGBl. Nr. 1/1957) oder in einer Pflegeanstalt für chronisch Kranke, die ärztlicher Betreuung und besonderer Pflege bedürfen (§ 2 Abs. 1 Z 4 KAG).

(5) unverändert.

Medizinische Hauskrankenpflege

§ 151. (1) Neben der ärztlichen Hilfe und der Versorgung mit Heilmitteln bzw. Heilbehelfen ist, sofern ein regelwidriger Körper- oder Geisteszustand besteht, der die Krankenbehandlung notwendig macht (§ 120 Abs. 1 Z 1), auf Grund ärztlicher Anordnung medizinische Hauskrankenpflege zu gewähren.

ASVG-Geltende Fassung

(5) In den Fällen des § 143 Abs. 5 lit. a und b ist Familien(Tag)geld in der Höhe zu gewähren, in der es bei Vorliegen der Voraussetzungen nach Abs. 2 lit. a gebühren würde.

Zahnbehandlung und Zahnersatz

§ 153. (1) unverändert.

(2) Der unentbehrliche Zahnersatz kann unter Kostenbeteiligung des Versicherten gewährt werden. An Stelle der Sachleistung können auch Zuschüsse zu den Kosten eines Zahnersatzes geleistet werden. Das Nähere wird durch die Satzung des Versicherungsträgers bestimmt.

(3) bis (5) unverändert.

Hilfe bei körperlichen Gebrechen

§ 154. (1) Bei Verstümmelungen, Verunstaltungen und körperlichen Gebrechen, welche die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit oder die Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, wesentlich beeinträchtigen, kann die Satzung Zuschüsse für die Anschaffung der notwendigen Hilfsmittel sowie für deren Instandsetzung vorsehen, soweit nicht ein Anspruch aus der gesetzlichen Unfallversicherung nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz, eine Leistungsverpflichtung aus der gesetzlichen Pensionsversicherung im Rahmen der medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz oder ein gleichartiger Anspruch nach dem Kriegsopferversorgungsgesetz 1957, nach dem Heeresversorgungsgesetz, nach dem Opferfürsorgegesetz, nach dem Bundesgesetz über die Gewährung von Hilfeleistungen an Opfer von Verbrechen, nach dem Impfschadengesetz oder nach dem Strafvollzugsgesetz besteht. Bei der Festsetzung der Höhe der Zuschüsse ist auf § 137 Abs. 2, 4 und 5 sinngemäß mit der Maßgabe Bedacht zu nehmen, daß der durch die Satzung des Versicherungsträgers für den Kostenzuschuß festzusetzende Höchstbetrag bei Hilfsmitteln, die geeignet sind, die Funktion fehlender oder unzulänglicher Körperteile zu übernehmen und bei Krankenfahrstühlen höchstens das 25fache des Meßbetrages (§ 108 b Abs. 2), gerundet auf volle Schilling, betragen darf. Die Krankenordnung kann eine Gebrauchsdauer für Hilfsmittel vorsehen. Als Hilfsmittel sind hierbei solche

ASVG-Vorgeschlagene Fassung

*
*
*
*

Zahnbehandlung und Zahnersatz

§ 153. (1) unverändert.

* (2) Um eine Gesundheitsstörung oder eine wesentliche *
* Störung der Arbeitsfähigkeit hintanzuhalten, ist der *
* unentbehrliche Zahnersatz unter Kostenbeteiligung des *
* Versicherten zu gewähren. An Stelle der Sachleistung *
* können auch Zuschüsse zu den Kosten eines Zahnersatzes *
* geleistet werden. Das Nähere wird durch die Satzung des *
* Versicherungsträgers bestimmt.

(3) bis (5) unverändert.

Hilfe bei körperlichen Gebrechen

* § 154. (1) Bei Verstümmelungen, Verunstaltungen und *
* körperlichen Gebrechen, welche die Gesundheit, die *
* Arbeitsfähigkeit oder die Fähigkeit, für die *
* lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, *
* wesentlich beeinträchtigen, hat die Satzung Zuschüsse *
* für die Anschaffung der notwendigen Hilfsmittel sowie *
* für deren Instandsetzung vorzusehen, soweit nicht ein *
* Anspruch aus der gesetzlichen Unfallversicherung nach *
* diesem oder einem anderen Bundesgesetz, eine *
* Leistungsverpflichtung aus der gesetzlichen *
* Pensionsversicherung im Rahmen der medizinischen *
* Maßnahmen der Rehabilitation nach diesem oder einem *
* anderen Bundesgesetz oder ein gleichartiger Anspruch *
* nach dem Kriegsopferversorgungsgesetz 1957, nach dem *
* Heeresversorgungsgesetz, nach dem Opferfürsorgegesetz, *
* nach dem Bundesgesetz über die Gewährung von *
* Hilfeleistungen an Opfer von Verbrechen, nach dem *
* Impfschadengesetz oder nach dem Strafvollzugsgesetz *
* besteht. Bei der Festsetzung der Höhe der Zuschüsse ist *
* auf § 137 Abs. 2, 4 und 5 sinngemäß mit der Maßgabe *
* Bedacht zu nehmen, daß der durch die Satzung des *
* Versicherungsträgers für den Kostenzuschuß *
* festzusetzende Höchstbetrag bei Hilfsmitteln, die *
* geeignet sind, die Funktion fehlender oder *
* unzulänglicher Körperteile zu übernehmen und bei *
* Krankenfahrstühlen höchstens das 25fache des Meßbetrages *
* (§ 108 b Abs. 2), gerundet auf volle Schilling, betragen *
* darf. Die Krankenordnung kann eine Gebrauchsdauer für *
* Hilfsmittel vorsehen. Als Hilfsmittel sind hierbei solche

ASVG-Geltende Fassung

Gegenstände oder Vorrichtungen anzusehen, die geeignet sind,

a) und b) unverändert.

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

(2) bis (4) unverändert.

6. UNTERABSCHNITT

Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit;
Krankheitsverhütung

Maßnahmen der Krankenversicherungsträger
zur Festigung der Gesundheit

§ 155. (1) Die Krankenversicherungsträger können unter Berücksichtigung des Fortschrittes der medizinischen Wissenschaft sowie unter Bedachtnahme auf ihre finanzielle Leistungsfähigkeit neben der oder im Anschluß an die Krankenbehandlung geeignete Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit gewähren.

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

1. Fürsorge für Genesende (z. B. 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;

ASVG-Vorgeschlagene Fassung

Gegenstände oder Vorrichtungen anzusehen, die geeignet sind,

a) und b) unverändert.

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

(2) bis (4) unverändert.

6. UNTERABSCHNITT

Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit

*
*

*
*

*
*
*

*
*

*
*

*
*

*
*

*
*

*
*

*
*

*
*

*
*

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

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

1. Unterbringung in Erholungsheimen zur Beschleunigung der Genesung nach schwerer Krankheit;

2. Unterbringung in Kuranstalten zur Verhinderung

a) einer unmittelbar drohenden Krankheit,

b) der Verschlimmerung einer bestehenden Krankheit,

wobei die Anwendung natürlicher Heilvorkommen mit einer Voraussetzung für den Behandlungserfolg darstellt.

ASVG-Geltende Fassung

5. Übernahme der Reisekosten für die unter Z. 1 bis 4 bezeichneten Zwecke.

(3) und (4) unverändert.

(5) Die Vorschriften über Familien- und Taggeld (§ 152) sind bei Unterbringung in Genesungs-, Erholungs- oder Kurheimen und in Krankenanstalten, die vorwiegend der Rehabilitation dienen, entsprechend anzuwenden.

Krankheitsverhütung

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

1. Gesundheitsfürsorge, wie Gesunden-, Betriebs- und Schwangerenfürsorge, Säuglings- und Kinderfürsorge, Fürsorge für gesundheitsgefährdete Jugendliche;

2. Maßnahmen zur Bekämpfung der Volkskrankheiten und der Zahnfäule;

3. gesundheitliche Erziehung der Versicherten und ihrer Angehörigen;

4. die erforderlichen Beförderungs(Fahrt)kosten bei Leistungen nach Z. 1 bis 3.

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

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

Anspruchsberechtigung

§ 158. (1) Aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft einer Versicherten sowie für die als Angehörige geltenden Personen (§ 123) sind die im § 117 Z. 4 für diesen Versicherungsfall vorgesehenen Leistungen beim Zutreffen der Voraussetzungen nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen zu gewähren.

ASVG-Vorgeschlagene Fassung

(3) und (4) unverändert.

(5) Aufgehoben.

Krankheitsverhütung

§ 156. Aufgehoben.

Anspruchsberechtigung

§ 158. (1) Aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft einer Versicherten sowie für die als Angehörige geltenden Personen (§ 123) sind die im § 117 Z 5 für diesen Versicherungsfall vorgesehenen Leistungen beim Zutreffen der Voraussetzungen nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen zu gewähren.

(2) bis (4) unverändert.

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

§ 159. Ärztlicher Beistand, Hebammenbeistand und Beistand durch diplomierte Kinderkranken- und Säuglingsschwestern werden in entsprechender Anwendung der §§ 134 und 135 gewährt.

Wohngeld

§ 162. (1) bis (4) unverändert.

(5) Vom Anspruch auf Wohngeld sind Selbstversicherte (§ 16) und Pflichtversicherte ausgeschlossen, die gemäß § 138 Abs. 2 vom Anspruch auf Krankengeld ausgeschlossen sind.

Ruhen des Wohngeldes

§ 166. (1) Der Anspruch auf Wohngeld ruht,

1. solange die Versicherte auf Rechnung eines Versicherungsträgers Anstaltspflege (auch Pflege in einem Entbindungsheim) erhält oder auf Rechnung eines Versicherungsträgers in einem Genesungs-, Erholungs- oder Kurheim oder einer Sonderkrankenanstalt untergebracht ist oder Anspruch auf Ersatz der Verpflegskosten einem Versicherungsträger gegenüber hat, in der Höhe des dem Versicherungsträger hieraus erwachsenen Aufwandes;

2. und 3. unverändert.

(2) unverändert.

(3) Solange der Anspruch auf Wohngeld gemäß Abs. 1 Z. 1 ruht, ist weiblichen Versicherten Familien- oder Taggeld unter den Voraussetzungen des § 152 in der dort angegebenen Höhe zu gewähren. Ruht der Anspruch auf Wohngeld nur teilweise, so wird das in Betracht kommende Familien- oder Taggeld unter Anrechnung des zur Auszahlung gelangenden Wohngeldes gewährt.

(2) bis (4) unverändert.

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

§ 159. Ärztlicher Beistand, Hebammenbeistand und Beistand durch diplomierte Kinderkranken- und Säuglingsschwestern werden in entsprechender Anwendung der §§ 134 und 135 gewährt. Hat die Anspruchsberechtigte nicht die Vertragspartner (§ 338) oder die eigenen Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) des Versicherungsträgers in Anspruch genommen, so gilt § 131 entsprechend.

Wohngeld

§ 162. (1) bis (4) unverändert.

(5) Vom Anspruch auf Wohngeld sind Selbstversicherte (§ 16) und Pflichtversicherte ausgeschlossen, die gemäß § 138 Abs. 2 lit. a bis d vom Anspruch auf Krankengeld ausgeschlossen sind.

Ruhen des Wohngeldes

§ 166. (1) Der Anspruch auf Wohngeld ruht,

1. Aufgehoben.

2. und 3. unverändert.

(2) unverändert.

(3) Aufgehoben.

Arbeitsunfall

§ 175. (1) unverändert.

(2) Arbeitsunfälle sind auch Unfälle, die sich ereignen:

1. unverändert.

2. auf einem Weg von der Arbeits- oder Ausbildungsstätte zu einer vor dem Verlassen dieser Stätte dort bekanntgegebenen ärztlichen Untersuchungsstelle (freiberuflich tätiger Arzt, Ambulatorium, Krankenanstalt) zum Zweck der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe (§ 135), Zahnbehandlung (§ 153) oder der Durchführung einer Vorsorge(Gesunden)untersuchung (§ 132 b) und anschließend auf dem Weg zurück zur Arbeits(Ausbildungs)stätte oder zur Wohnung, ferner auf dem Weg von der Arbeits- oder Ausbildungsstätte oder von der Wohnung zu einer ärztlichen Untersuchungsstelle, wenn sich der Versicherte der Untersuchung auf Grund einer gesetzlichen Vorschrift oder einer Anordnung des Versicherungsträgers oder des Dienstgebers unterziehen muß und anschließend auf dem Weg zurück zur Arbeits(Ausbildungs)stätte oder zur Wohnung;

3. bis 8. unverändert.

9. auf einem Weg zur oder von der Arbeits- oder Ausbildungsstätte, der im Rahmen einer Fahrgemeinschaft von Betriebsangehörigen oder Versicherten zurückgelegt worden ist, die sich auf einem in der Z. 1 genannten Weg befinden.

(3) bis (6) unverändert.

Neufeststellung der Rente

§ 183. (1) unverändert.

(2) Sind zwei Jahre nach Eintritt des Versicherungsfalles abgelaufen oder ist innerhalb dieser

Arbeitsunfall

§ 175. (1) unverändert.

(2) Arbeitsunfälle sind auch Unfälle, die sich ereignen:

1. unverändert.

2. auf einem Weg von der Arbeits- oder Ausbildungsstätte zu einer vor dem Verlassen dieser Stätte dort bekanntgegebenen ärztlichen Untersuchungsstelle (freiberuflich tätiger Arzt, Ambulatorium, Krankenanstalt) zum Zweck der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe (§ 135), Zahnbehandlung (§ 153) oder der Durchführung einer Vorsorge(Gesunden)untersuchung (§ 132 b) und anschließend auf dem Weg zurück zur Arbeits(Ausbildungs)stätte oder zur Wohnung, ferner auf dem Weg von der Arbeits- oder Ausbildungsstätte oder von der Wohnung zu einer ärztlichen Untersuchungsstelle und anschließend zurück zur Wohnung bzw zur Arbeits(Ausbildungs)stätte;

3. bis 8. unverändert.

9. auf einem Weg zur oder von der Arbeits- oder Ausbildungsstätte, der im Rahmen einer Fahrgemeinschaft von Betriebsangehörigen oder Versicherten zurückgelegt worden ist, die sich auf einem in der Z. 1 genannten Weg befinden;

* 10. auf einem Weg zur oder von der Arbeits- oder * Ausbildungsstätte (Z 1) zu einem Kindergarten * (Kindertagesstätte) bzw. zu einer Schule, um das Kind * bzw. den Schüler (die Schülerin) (§ 8 Abs. 1 Z 3 lit. h) * des (der) Versicherten (§ 252 Abs. 1) dorthin zu bringen * oder von dort abzuholen.

(3) bis (6) unverändert.

Neufeststellung der Rente

§ 183. (1) unverändert.

(2) Sind zwei Jahre nach Eintritt des Versicherungsfalles abgelaufen oder ist innerhalb dieser

ASVG-Geltende Fassung

Frist die Dauerrente (§ 209) festgestellt worden, so kann die Rente immer nur in Zeiträumen von mindestens einem Jahr nach der letzten Feststellung neu festgestellt werden. Diese Frist gilt nicht, wenn in der Zwischenzeit eine neue Heilbehandlung abgeschlossen oder eine vorübergehende Verschlimmerung der Folgen des Arbeitsunfalles oder der Berufskrankheit wieder behoben wurde.

Übergangsgeld

§ 199. (1) und (2) unverändert.

(3) Auf das Übergangsgeld sind ein dem Versehrten gebührendes Erwerbseinkommen, eine sonst gebührende Geldleistung aus der Unfallversicherung bzw. eine Barleistung nach dem Arbeitsmarktförderungsgesetz anzurechnen. Hinsichtlich der Ermittlung des Erwerbseinkommens aus einem land(forst)wirtschaftlichen Betrieb ist § 292 Abs. 5 und 7 entsprechend anzuwenden.

(4) unverändert.

Beitragszeiten nach dem 31. Dezember 1955

§ 225. (1) Als Beitragszeiten aus der Zeit nach dem 31. Dezember 1955 sind anzusehen:

1. und 2. unverändert.

3. a) unverändert.

b) Zeiten der Selbstversicherung gemäß § 18 a sowie Zeiten einer sonstigen freiwilligen Versicherung, wenn die Beiträge innerhalb von zwei Jahren nach Ablauf des Beitragszeitraumes, für den sie gelten sollen, wirksam (§ 230) entrichtet worden sind.

4. unverändert.

5. Zeiten, für die ein Überweisungsbetrag oder erstattete Beiträge nach § 311 dieses Bundesgesetzes, nach § 175 des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes bzw. nach § 167 des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes zurückgezahlt worden sind, sofern diese Zeiten in dem Überweisungsbetrag bzw. bei der Erstattung der Beiträge als Beitragszeiten im Sinne dieses Bundesgesetzes

ASVG-Vorgeschlagene Fassung

Frist die Dauerrente (§ 209) festgestellt worden, so kann die Rente immer nur in Zeiträumen von mindestens einem Jahr nach der letzten Feststellung neu festgestellt werden. Diese Frist gilt nicht, wenn in der Zwischenzeit eine Heilbehandlung abgeschlossen oder eine vorübergehende Verschlimmerung der Folgen des Arbeitsunfalles oder der Berufskrankheit wieder behoben wurde.

Übergangsgeld

§ 199. (1) und (2) unverändert.

(3) Auf das Übergangsgeld sind ein dem Versehrten gebührendes Erwerbseinkommen, eine sonst gebührende Geldleistung aus der Unfallversicherung, eine Pension aus dem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit bzw. eine Barleistung nach dem Arbeitsmarktförderungsgesetz anzurechnen. Hinsichtlich der Ermittlung des Erwerbseinkommens aus einem land(forst)wirtschaftlichen Betrieb ist § 292 Abs. 5 und 7 entsprechend anzuwenden.

(4) unverändert.

Beitragszeiten nach dem 31. Dezember 1955

§ 225. (1) Als Beitragszeiten aus der Zeit nach dem 31. Dezember 1955 sind anzusehen:

1. und 2. unverändert.

3. a) unverändert.

b) Zeiten der Selbstversicherung gemäß § 18 a sowie Zeiten einer sonstigen freiwilligen Versicherung, wenn die Beiträge innerhalb von zwei Jahren, in den Fällen des § 16 a innerhalb von zwei Monaten, nach Ablauf des Beitragszeitraumes, für den sie gelten sollen, wirksam (§ 230) entrichtet worden sind.

4. unverändert.

5. Zeiten, für die ein Überweisungsbetrag oder erstattete Beiträge nach § 311 dieses Bundesgesetzes, nach § 175 des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes bzw. nach § 167 des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes zurückgezahlt worden sind, sofern diese Zeiten in dem Überweisungsbetrag bzw. bei der Erstattung der Beiträge als Beitragszeiten im Sinne dieses Bundesgesetzes

ASVG-Geltende Fassung

berücksichtigt worden waren;

6. unverändert.

(2) bis (4) unverändert.

Beitragszeiten vor dem 1. Jänner 1956

§ 226. (1) unverändert.

(2) Als Beitragszeiten aus der Zeit vor dem 1. Jänner 1956 gelten auch

a) und b) unverändert.

c) Zeiten, für die ein Überweisungsbetrag zurückgezahlt worden ist oder als zurückgezahlt gilt, sofern diese Zeiten in dem Überweisungsbetrag als Beitragszeiten im Sinne dieses Bundesgesetzes berücksichtigt worden waren,

d) und e) unverändert.

§ 225 Abs. 4 gilt entsprechend.

(3) und (4) unverändert.

Ersatzzeiten nach dem 31. Dezember 1955

§ 227. (1) Als Ersatzzeiten aus der Zeit nach dem 31. Dezember 1955 gelten

1. bis 5. unverändert.

6. in dem Zweig der Pensionsversicherung, in dem die letzte vorangegangene Beitragszeit vorliegt, die Zeiten, während derer der Versicherte nach dem 31. Dezember 1970 Krankengeld bezog oder der Anspruch darauf ausschließlich gemäß § 143 Abs. 1 Z. 2 ruhte;

ASVG-Vorgeschlagene Fassung

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

6. unverändert.

(2) bis (4) unverändert.

Beitragszeiten vor dem 1. Jänner 1956

§ 226. (1) unverändert.

(2) Als Beitragszeiten aus der Zeit vor dem 1. Jänner 1956 gelten auch

a) und b) unverändert.

c) Zeiten, für die ein Überweisungsbetrag zurückgezahlt worden ist oder als zurückgezahlt gilt, sofern diese Zeiten in dem Überweisungsbetrag als Beitragszeiten im Sinne dieses Bundesgesetzes berücksichtigt worden waren, sowie Zeiten, für die aus Anlaß der Aufnahme in das pensionsversicherungsfreie Dienstverhältnis vom Dienstnehmer an den Dienstgeber ein besonderer Pensionsbeitrag geleistet worden ist, sofern für diese Zeiten ein Überweisungsbetrag nach § 311 geleistet worden ist,

d) und e) unverändert.

§ 225 Abs. 4 gilt entsprechend.

(3) und (4) unverändert.

Ersatzzeiten nach dem 31. Dezember 1955

§ 227. (1) Als Ersatzzeiten aus der Zeit nach dem 31. Dezember 1955 gelten

1. bis 5. unverändert.

6. in dem Zweig der Pensionsversicherung, in dem die letzte vorangegangene Beitragszeit vorliegt, die Zeiten, während derer der Versicherte nach dem 31. Dezember 1970 Krankengeld bezog;

ASVG-Geltende Fassung

7. bis 11. unverändert.

(2) bis (4) unverändert.

(5) Für jeden Ersatzmonat nach Abs. 1 Z 4 lit. b und d ist aus Mitteln des Ausgleichsfonds für Familienbeihilfen ein Beitrag in der Höhe von 22,8 vH zu entrichten. Als Beitragsgrundlage für den Kalendertag gilt der Tageswert der Lohnstufe, in die das 1,5fache des für die im § 44 Abs. 6 lit. b genannten Personen als täglicher Arbeitsverdienst in Betracht kommenden Betrages fällt.

Ersatzzeiten allgemeiner Art aus der Zeit vor dem 1. Jänner 1956

§ 228. (1) unverändert.

(2) Zur Kriegsgefangenschaft im Sinne des Abs. 1 Z. 1 lit. a zählt auch die Heimkehr aus ihr, soweit die Zeit nicht überschritten ist, die der Einberufene bei Berücksichtigung aller Zwischenfälle benötigte, um an seinen letzten Wohnort vor der Einberufung zurückzukehren. Eine Zivilinternierung im Zusammenhang mit dem ersten oder zweiten Weltkrieg ist der Kriegsgefangenschaft gleichzuhalten.

Bemessungsgrundlage

§ 238. (1) bis (3) unverändert.

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

1. Beitragsmonate der freiwilligen Versicherung, die auch Zeiten enthalten, während welcher Krankengeld, Arbeitslosengeld, Notstandshilfe oder Karenzurlaubsgeld

ASVG-Vorgeschlagene Fassung

7. bis 11. unverändert.

(2) bis (4) unverändert.

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

* (6) Für jeden Ersatzmonat nach Abs. 1 Z 4 lit. b
* und d ist aus Mitteln des Ausgleichsfonds für
* Familienbeihilfen ein Beitrag in der Höhe von 22,8 vH zu
* entrichten. Als Beitragsgrundlage für den Kalendertag
* gilt der Tageswert der Lohnstufe, in die das 1,5fache
* des für die im § 44 Abs. 6 lit. b genannten Personen als
* täglicher Arbeitsverdienst in Betracht kommenden
* Betrages fällt.
*

Ersatzzeiten allgemeiner Art aus der Zeit vor dem 1. Jänner 1956

§ 228. (1) unverändert.

(2) Zur Kriegsgefangenschaft im Sinne des Abs. 1 Z. 1 lit. a zählt auch die Heimkehr aus ihr, soweit die Zeit nicht überschritten ist, die der Einberufene bei Berücksichtigung aller Zwischenfälle benötigte, um an seinen letzten Wohnort vor der Einberufung zurückzukehren. Eine Zivilinternierung im Zusammenhang mit dem ersten oder zweiten Weltkrieg ist der Kriegsgefangenschaft gleichzuhalten. Für Personen, die am 13. März 1938 die österreichische Staatsbürgerschaft besessen haben, ist Abs. 1 Z 1 mit der Maßgabe anzuwenden, daß das Erfordernis der österreichischen Staatsbürgerschaft entfällt.
*
*
*

Bemessungsgrundlage

§ 238. (1) bis (3) unverändert.

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

1. Beitragsmonate der freiwilligen Versicherung, die auch Zeiten enthalten, während welcher Krankengeld, Arbeitslosengeld, Notstandshilfe oder Karenzurlaubsgeld

ASVG-Geltende Fassung

aus gesetzlicher Versicherung bezogen wurde oder während welcher der Anspruch auf Krankengeld ausschließlich nach § 143 Abs. 1 Z 2 ruhte, wenn es für den Versicherten günstiger ist; dies gilt entsprechend auch für Beitragsmonate der Pflichtversicherung, welche Zeiten enthalten, während welcher berufliche Maßnahmen der Rehabilitation (§§ 198 bzw. 303 dieses Bundesgesetzes sowie § 161 des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes und § 153 des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes) gewährt wurden bzw. Zeiten einer Beschäftigung enthalten, zu deren Ausübung ihn diese Maßnahmen befähigt haben;

2. Beitragsmonate der Pflichtversicherung, die Zeiten enthalten, während welcher der Versicherte eine Beihilfe zur Deckung des Lebensunterhaltes gemäß § 20 Abs. 2 lit. c in Verbindung mit § 25 Abs. 1 des Arbeitsmarktförderungsgesetzes, BGBI. Nr. 31/1969, bezogen hat.

Berücksichtigung der Beitragsgrundlagen
in der Bemessungsgrundlage

§ 242. (1) unverändert.

(2) Die durchschnittliche monatliche Beitragsgrundlage eines Versicherungsmonates (Monatsbeitragsgrundlage) ist aus den nach den §§ 243, 244, 244a und 251 Abs. 4 ermittelten Beitragsgrundlagen eines Beitragsjahres (Abs. 6) unter Bedachtnahme auf Abs. 3 wie folgt zu bilden:

1. bis 4. unverändert.

5. Soweit Beitragsgrundlagen von Ersatzzeiten nach § 243 Z. 3 zu berücksichtigen sind, sind unter entsprechender Anwendung der Z. 1 und 3 für jedes der in Betracht kommenden Beitrags- bzw. Kalenderjahre eine Tagesbeitragsgrundlage und eine Monatsbeitragsgrundlage für diese Ersatzzeiten zu ermitteln.

6. und 7. unverändert.

(3) Folgende Beitragsgrundlagen nach den §§ 243, 244 und 251 Abs. 4, die zur Bildung der durchschnittlichen monatlichen Beitragsgrundlage eines Versicherungsmonates heranzuziehen sind, sind zu vervielfachen, und zwar

a) Beitragsgrundlagen nach § 243 Z. 3 lit. a mit

ASVG-Vorgeschlagene Fassung

* aus gesetzlicher Versicherung bezogen wurde, wenn es für
* den Versicherten günstiger ist; dies gilt entsprechend
* auch für Beitragsmonate der Pflichtversicherung, welche
* Zeiten enthalten, während welcher berufliche Maßnahmen
* der Rehabilitation (§§ 198 bzw. 303 dieses
* Bundesgesetzes sowie § 161 des Gewerblichen
* Sozialversicherungsgesetzes und § 153 des
* Bauern-Sozialversicherungsgesetzes) gewährt wurden bzw.
* Zeiten einer Beschäftigung enthalten, zu deren Ausübung
* ihn diese Maßnahmen befähigt haben;
*

2. Beitragsmonate der Pflichtversicherung, die Zeiten enthalten, während welcher der Versicherte eine Beihilfe zur Deckung des Lebensunterhaltes gemäß § 20 Abs. 2 lit. c in Verbindung mit § 25 Abs. 1 des Arbeitsmarktförderungsgesetzes, BGBI. Nr. 31/1969, bezogen hat;

* 3. Beitragszeiten nach den §§ 225 Abs. 1 Z 5 zweiter
* Halbsatz und 226 Abs. 2 lit. c zweiter Halbsatz.

Berücksichtigung der Beitragsgrundlagen
in der Bemessungsgrundlage

§ 242. (1) unverändert.

(2) Die durchschnittliche monatliche Beitragsgrundlage eines Versicherungsmonates (Monatsbeitragsgrundlage) ist aus den nach den §§ 243, 244, 244a und 251 Abs. 4 ermittelten Beitragsgrundlagen eines Beitragsjahres (Abs. 6) unter Bedachtnahme auf Abs. 3 wie folgt zu bilden:

1. bis 4. unverändert.

* 5. Soweit Beitragsgrundlagen von Ersatzzeiten nach § 243 Abs. 1 Z 3 zu berücksichtigen sind, sind unter entsprechender Anwendung der Z. 1 und 3 für jedes der in Betracht kommenden Beitrags- bzw. Kalenderjahre eine Tagesbeitragsgrundlage und eine Monatsbeitragsgrundlage für diese Ersatzzeiten zu ermitteln.

6. und 7. unverändert.

(3) Folgende Beitragsgrundlagen nach den §§ 243, 244 und 251 Abs. 4, die zur Bildung der durchschnittlichen monatlichen Beitragsgrundlage eines Versicherungsmonates heranzuziehen sind, sind zu vervielfachen, und zwar

* a) Beitragsgrundlagen nach § 243 Abs. 1 Z 3 lit. a

ASVG-Geltende Fassung

dem Faktor, der sich aus der Teilung des für das Jahr 1946 geltenden Aufwertungsfaktors (§ 108 c) durch den der zeitlichen Lagerung der Beitragsgrundlagen entsprechenden Aufwertungsfaktor (§ 108 c) ergibt;

- b) Beitragsgrundlagen nach § 243 Z. 2 lit. b und d sowie Z. 3 lit. c, nach § 244 Abs. 1 letzter Satz und Abs. 2 sowie nach § 250 Abs. 3 aus der Zeit vor dem 1. Jänner 1947 mit dem Faktor, der sich aus der Teilung des für das Jahr 1951 geltenden Aufwertungsfaktors (§ 108 c) durch den der zeitlichen Lagerung der Beitragsgrundlagen entsprechenden Aufwertungsfaktor (§ 108 c) ergibt, aus der Zeit ab 1. Jänner 1951 mit dem Faktor, der sich aus der Teilung des für das Jahr 1954 geltenden Aufwertungsfaktors (§ 108 c) durch den der zeitlichen Lagerung der Beitragsgrundlagen entsprechenden Aufwertungsfaktor ergibt;

c) unverändert.

Die Faktoren nach lit. a bis c sind auf drei Dezimalstellen zu runden.

(4) bis (7) unverändert.

Beitragsgrundlage in normalen Fällen

§ 243. Beitragsgrundlage ist

1. für Beitragszeiten nach § 225 Abs. 1 Z. 1 und 2 die allgemeine Beitragsgrundlage nach den §§ 44 bis 47, für Beitragszeiten nach § 225 Abs. 1 Z. 3 die Beitragsgrundlage nach § 76 a oder § 76 b, für die Beitragszeiten nach § 225 Abs. 1 Z. 4 das Entgelt, auf das der Dienstnehmer im pensionsversicherungsfreien Dienstverhältnis jeweils Anspruch hatte, für die Beitragszeiten nach § 225 Abs. 1 Z. 6 in den Fällen des § 314 Abs. 4 ein Betrag in der Höhe des in der betreffenden Zeit üblichen Arbeitsverdienstes eines körperlich und geistig gesunden Versicherten von ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten, in den Fällen des § 314 a Abs. 5 der danach als Entgelt geltende Betrag, für Beitragszeiten in der Versicherung der unständig beschäftigten Arbeiter in der Land- und Forstwirtschaft die Beitragsgrundlage nach § 470 Abs. 3, für gemäß § 96 des Notarversicherungsgesetzes 1972 als Beitragszeiten nach § 225 geltende Zeiten die für die Ermittlung des Überweisungsbetrages nach dem

ASVG-Vorgeschlagene Fassung

mit dem Faktor, der sich aus der Teilung des für das Jahr 1946 geltenden Aufwertungsfaktors (§ 108 c) durch den der zeitlichen Lagerung der Beitragsgrundlagen entsprechenden Aufwertungsfaktor (§ 108 c) ergibt;

- b) Beitragsgrundlagen nach § 243 Abs. 1 Z. 2 lit. b und d sowie Z. 3 lit. c, nach § 244 Abs. 1 letzter Satz und Abs. 2 sowie nach § 250 Abs. 3 aus der Zeit vor dem 1. Jänner 1947 mit dem Faktor, der sich aus der Teilung des für das Jahr 1951 geltenden Aufwertungsfaktors (§ 108 c) durch den der zeitlichen Lagerung der Beitragsgrundlagen entsprechenden Aufwertungsfaktor (§ 108 c) ergibt, aus der Zeit ab 1. Jänner 1951 mit dem Faktor, der sich aus der Teilung des für das Jahr 1954 geltenden Aufwertungsfaktors (§ 108 c) durch den der zeitlichen Lagerung der Beitragsgrundlagen entsprechenden Aufwertungsfaktor ergibt;

c) unverändert.

Die Faktoren nach lit. a bis c sind auf drei Dezimalstellen zu runden.

(4) bis (7) unverändert.

Beitragsgrundlage in normalen Fällen

§ 243. (1) Beitragsgrundlage ist

1. für Beitragszeiten nach § 225 Abs. 1 Z. 1 und 2 die allgemeine Beitragsgrundlage nach den §§ 44 bis 47, für Beitragszeiten nach § 225 Abs. 1 Z. 3 die Beitragsgrundlage nach § 76 a oder § 76 b, für die Beitragszeiten nach § 225 Abs. 1 Z. 4 das Entgelt, auf das der Dienstnehmer im pensionsversicherungsfreien Dienstverhältnis jeweils Anspruch hatte, für die Beitragszeiten nach § 225 Abs. 1 Z. 6 in den Fällen des § 314 Abs. 4 ein Betrag in der Höhe des in der betreffenden Zeit üblichen Arbeitsverdienstes eines körperlich und geistig gesunden Versicherten von ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten, in den Fällen des § 314 a Abs. 5 der danach als Entgelt geltende Betrag, für Beitragszeiten in der Versicherung der unständig beschäftigten Arbeiter in der Land- und Forstwirtschaft die Beitragsgrundlage nach § 470 Abs. 3, für gemäß § 96 des Notarversicherungsgesetzes 1972 als Beitragszeiten nach § 225 geltende Zeiten die für die Ermittlung des Überweisungsbetrages nach dem

ASVG-Geltende Fassung

Notarversicherungsgesetz 1972 maßgebende Beitragsgrundlage;

2. für vor dem 1. Jänner 1956 gelegene Beitragszeiten

- a) wenn in den Unterlagen für die Bemessung der Steigerungsbeträge nach den vor dem 1. Jänner 1956 in Geltung gestandenen Rechtsvorschriften ein Arbeitsverdienst vorgemerkt ist, dieser Arbeitsverdienst;
- b) wenn in den Unterlagen für die Bemessung der Steigerungsbeträge nach den vor dem 1. Jänner 1956 in Geltung gestandenen Rechtsvorschriften eine Beitrags(Gehalts)klasse vorgemerkt ist, der in der Anlage 2 angegebene Betrag;
- c) abweichend von lit. a in der Pensionsversicherung der Angestellten für Beitragszeiten vor dem 1. Juli 1927 allgemein bei männlichen Versicherten 8,33 S, bei weiblichen Versicherten 6,66 S für den Kalendertag (250 S bzw. 200 S für den Kalendermonat);
- d) ebenfalls abweichend von lit. a in der knappschaftlichen Pensionsversicherung für Beitragszeiten der Arbeiter vor dem 1. April 1939 der in Anlage 2 angegebene Betrag, und zwar für Vollhauer der Beitragsklasse IX, sonstige Arbeiter unter Tag der Beitragsklasse VII, Arbeiter ober Tag der Beitragsklasse VI, weibliche Versicherte der Beitragsklasse IV;
- e) gleichfalls abweichend von lit. a in der Pensionsversicherung der Arbeiter für Beitragszeiten, für die nach den Bestimmungen des § 80 a SV-UG. 1953, BGBI. Nr. 99, ein Mindestbeitrag zu leisten war, das Zehnfache des Mindestbeitrages;
- f) nach § 226 Abs.2 lit.a und e das Entgelt, auf das der Dienstnehmer im pensionsversicherungsfreien Dienstverhältnis jeweils Anspruch hatte;
- g) nach § 226 Abs. 2 lit. d der nach § 314 Abs. 4 bzw. nach § 314 a Abs. 5 als Entgelt geltende Betrag;

ASVG-Vorgeschlagene Fassung

Notarversicherungsgesetz 1972 maßgebende Beitragsgrundlage;

2. für vor dem 1. Jänner 1956 gelegene Beitragszeiten

- a) wenn in den Unterlagen für die Bemessung der Steigerungsbeträge nach den vor dem 1. Jänner 1956 in Geltung gestandenen Rechtsvorschriften ein Arbeitsverdienst vorgemerkt ist, dieser Arbeitsverdienst;
- b) wenn in den Unterlagen für die Bemessung der Steigerungsbeträge nach den vor dem 1. Jänner 1956 in Geltung gestandenen Rechtsvorschriften eine Beitrags(Gehalts)klasse vorgemerkt ist, der in der Anlage 2 angegebene Betrag;
- c) abweichend von lit. a in der Pensionsversicherung der Angestellten für Beitragszeiten vor dem 1. Juli 1927 allgemein bei männlichen Versicherten 8,33 S, bei weiblichen Versicherten 6,66 S für den Kalendertag (250 S bzw. 200 S für den Kalendermonat);
- d) ebenfalls abweichend von lit. a in der knappschaftlichen Pensionsversicherung für Beitragszeiten der Arbeiter vor dem 1. April 1939 der in Anlage 2 angegebene Betrag, und zwar für Vollhauer der Beitragsklasse IX, sonstige Arbeiter unter Tag der Beitragsklasse VII, Arbeiter ober Tag der Beitragsklasse VI, weibliche Versicherte der Beitragsklasse IV;
- e) gleichfalls abweichend von lit. a in der Pensionsversicherung der Arbeiter für Beitragszeiten, für die nach den Bestimmungen des § 80 a SV-UG. 1953, BGBI. Nr. 99, ein Mindestbeitrag zu leisten war, das Zehnfache des Mindestbeitrages;
- f) nach § 226 Abs.2 lit.a und e das Entgelt, auf das der Dienstnehmer im pensionsversicherungsfreien Dienstverhältnis jeweils Anspruch hatte;
- g) nach § 226 Abs. 2 lit. d der nach § 314 Abs. 4 bzw. nach § 314 a Abs. 5 als Entgelt geltende Betrag;

ASVG-Geltende Fassung

- h) für gemäß § 96 des
Notarversicherungsgesetzes 1972 als
Beitragszeiten nach § 226 geltende Zeiten die
für die Ermittlung des Überweisungsbetrages
nach dem Notarversicherungsgesetz 1972
maßgebende Beitragsgrundlage;

3. für Ersatzzeiten

- a) nach § 229 Abs. 1 Z. 1 und 4 die in § 9 Abs. 1
Z. 1 und 2 des
Auslandsrenten-Übernahmegesetzes,
BGBl.Nr.290/1961, in der Fassung des
Bundesgesetzes vom 5. April 1962,
BGBl. Nr. 114/1962, angeführten und nach der
Art der zurückgelegten Zeiten in Betracht
kommenden Beträge;
- b) nach § 229 Abs. 1 Z. 2 der in Z. 2 lit. c
angegebene Betrag;
- c) nach § 229 Abs. 1 Z. 3 der in Z. 2 lit. d
angegebene Betrag.

Beitragsgrundlage in besonderen Fällen

§ 244. (1) Falls für eine vor dem 1. Jänner 1956
gelegene Versicherungszeit die Unterlagen für die
Bemessung der Steigerungsbeträge nach bisherigem Recht
nicht vorhanden sind, hat der Versicherungsträger die
Beitragsgrundlagen für Zeiten der Pflichtversicherung
nach § 243 Z. 2 lit. a unter Bedachtnahme auf die damals
übliche Höhe der Arbeitsverdienste gleichartig
Beschäftigter festzusetzen. Für Zeiten freiwilliger
Versicherung gilt in solchen Fällen als
Beitragsgrundlage für den Kalendertag 7 S.

(2) bis (5) unverändert.

ASVG-Vorgeschlagene Fassung

- h) für gemäß § 96 des
Notarversicherungsgesetzes 1972 als
Beitragszeiten nach § 226 geltende Zeiten die
für die Ermittlung des Überweisungsbetrages
nach dem Notarversicherungsgesetz 1972
maßgebende Beitragsgrundlage;

3. für Ersatzzeiten

- a) nach § 229 Abs. 1 Z. 1 und 4 die in § 9 Abs. 1
Z. 1 und 2 des
Auslandsrenten-Übernahmegesetzes,
BGBl.Nr.290/1961, in der Fassung des
Bundesgesetzes vom 5. April 1962,
BGBl. Nr. 114/1962, angeführten und nach der
Art der zurückgelegten Zeiten in Betracht
kommenden Beträge;
- b) nach § 229 Abs. 1 Z. 2 der in Z. 2 lit. c
angegebene Betrag;
- c) nach § 229 Abs. 1 Z. 3 der in Z. 2 lit. d
angegebene Betrag.

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

Beitragsgrundlage in besonderen Fällen

§ 244. (1) Falls für eine vor dem 1. Jänner 1956
gelegene Versicherungszeit die Unterlagen für die
Bemessung der Steigerungsbeträge nach bisherigem Recht
nicht vorhanden sind, hat der Versicherungsträger die
Beitragsgrundlagen für Zeiten der Pflichtversicherung
nach § 243 Abs. 1 Z 2 lit. a unter Bedachtnahme auf die
damals übliche Höhe der Arbeitsverdienste gleichartig
Beschäftigter festzusetzen. Für Zeiten freiwilliger
Versicherung gilt in solchen Fällen als
Beitragsgrundlage für den Kalendertag 7 S.

(2) bis (5) unverändert.

ASVG-Geltende Fassung

Sonderbestimmungen für ehemalige Versicherte
der Sondernversicherungsanstalten und der
Pensionsinstitute für Verkehr und öffentliche
Einrichtungen

§ 250. (1) und (2) unverändert.

(3) Für Beitragsmonate der Pflichtversicherung in der Beitragsklasse J gilt als Beitragsgrundlage nach § 243 Z. 2 lit. b der Betrag von 1800 S.

(4) unverändert.

Vorzeitige Alterspension bei Arbeitslosigkeit

§ 253a. (1) Anspruch auf vorzeitige Alterspension bei Arbeitslosigkeit hat der Versicherte nach Vollendung des 60. Lebensjahres, die Versicherte nach Vollendung des 55. Lebensjahres, wenn die Wartezeit erfüllt ist (§ 236) und der (die) Versicherte innerhalb der letzten fünfzehn Monate vor dem Stichtag (§ 223 Abs. 2) mindestens 52 Wochen wegen Arbeitslosigkeit eine Geldleistung aus der Arbeitslosenversicherung bezogen hat, für die weitere Dauer der Arbeitslosigkeit. Dem Bezug von Geldleistungen aus der Arbeitslosenversicherung stehen gleich

1. bis 3. unverändert.

4. Zeiten der Arbeitslosigkeit, für die Kündigungsentschädigung gebührt,

5. und 6. unverändert.

Bei der Feststellung der Voraussetzungen für einen solchen Anspruch haben jedoch Beitragsmonate der freiwilligen Versicherung für die Erfüllung der Wartezeit außer Ansatz zu bleiben.

(2) unverändert.

Knappschaftsalterspension

§ 276. (1) und (2) unverändert.

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

ASVG-Vorgeschlagene Fassung

Sonderbestimmungen für ehemalige Versicherte
der Sondernversicherungsanstalten und der
Pensionsinstitute für Verkehr und öffentliche
Einrichtungen

§ 250. (1) und (2) unverändert.

(3) Für Beitragsmonate der Pflichtversicherung in der Beitragsklasse J gilt als Beitragsgrundlage nach § 243 Abs. 1 Z 2 lit. b der Betrag von 1800 S.

(4) unverändert.

Vorzeitige Alterspension bei Arbeitslosigkeit

§ 253a. (1) Anspruch auf vorzeitige Alterspension bei Arbeitslosigkeit hat der Versicherte nach Vollendung des 60. Lebensjahres, die Versicherte nach Vollendung des 55. Lebensjahres, wenn die Wartezeit erfüllt ist (§ 236) und der (die) Versicherte innerhalb der letzten fünfzehn Monate vor dem Stichtag (§ 223 Abs. 2) mindestens 52 Wochen wegen Arbeitslosigkeit eine Geldleistung aus der Arbeitslosenversicherung bezogen hat, für die weitere Dauer der Arbeitslosigkeit. Dem Bezug von Geldleistungen aus der Arbeitslosenversicherung stehen gleich

1. bis 3. unverändert.

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

5. und 6. unverändert.

Bei der Feststellung der Voraussetzungen für einen solchen Anspruch haben jedoch Beitragsmonate der freiwilligen Versicherung für die Erfüllung der Wartezeit außer Ansatz zu bleiben.

(2) unverändert.

Knappschaftsalterspension

§ 276. (1) und (2) unverändert.

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

1. und 2. unverändert.

Eine Pflichtversicherung auf Grund einer Beschäftigung als Hausbesorger im Sinne des Hausbesorgergesetzes und eine Pflichtversicherung auf Grund eines am Stichtag bereits beendeten Beschäftigungsverhältnisses, aus dem dem Versicherten noch ein Anspruch auf Kündigungsentschädigung oder ein Anspruch auf Insolvenz-Ausfallgeld anstelle von Kündigungsentschädigung zusteht, haben hiebei außer Betracht zu bleiben.

(4) und (5) unverändert.

Richtsätze

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

- | | |
|--|----------|
| a) für Pensionsberechtigte aus eigener Pensionsversicherung, | |
| aa) wenn sie mit dem Ehegatten (der Ehegattin) im gemeinsamen Haushalt leben | 8 600 S, |
| bb) wenn die Voraussetzungen nach aa) nicht zutreffen | 6 000 S, |
| b) für Pensionsberechtigte auf Witwen(Witwer)pension | 6 000 S, |
| c) für Pensionsberechtigte auf Waisenpension: | |
| aa) bis zur Vollendung des 24. Lebensjahres | 2 240 S, |
| falls beide Elternteile verstorben sind | 3 366 S, |
| bb) nach Vollendung des 24. Lebensjahres | 3 980 S, |
| falls beide Elternteile verstorben sind | 6 000 S. |

Der Richtsatz nach lit. a erhöht sich um 640 S für jedes Kind (§ 252), dessen Nettoeinkommen den Richtsatz für einfach verwaiste Kinder bis zur Vollendung des 24. Lebensjahres nicht erreicht.

(2) An die Stelle der Richtsätze und der Richtsaterhöhung nach Abs. 1 treten ab 1. Jänner eines jeden Jahres, erstmals ab 1. Jänner 1992, die unter Bedachtnahme auf § 108 i mit dem Anpassungsfaktor (§ 108 f) vervielfachten Beträge.

1. und 2. unverändert.

Eine Pflichtversicherung auf Grund einer Beschäftigung als Hausbesorger im Sinne des Hausbesorgergesetzes und eine Pflichtversicherung auf Grund eines am Stichtag bereits beendeten Beschäftigungsverhältnisses, aus dem dem Versicherten noch ein Anspruch auf Kündigungsentschädigung oder ein Anspruch auf Insolvenz-Ausfallgeld anstelle von Kündigungsentschädigung zusteht, haben hiebei außer Betracht zu bleiben.

(4) und (5) unverändert.

Richtsätze

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

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

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

(2) An die Stelle der Richtsätze und der Richtsaterhöhung nach Abs. 1 treten ab 1. Jänner eines jeden Jahres, erstmals ab 1. Jänner 1993, die unter Bedachtnahme auf § 108 i mit dem Anpassungsfaktor (§ 108 f) vervielfachten Beträge.

(3) bis (5) unverändert.

Medizinische Maßnahmen

§ 302. (1) unverändert.

(2) Die Maßnahmen nach Abs. 1 werden vom Pensionsversicherungsträger gewährt, wenn und soweit der Versicherte nicht auf sie aus einer gesetzlichen Krankenversicherung Anspruch hat. Der Pensionsversicherungsträger kann die Gewährung der sonst vom Krankenversicherungsträger zu erbringenden Maßnahmen der in Abs. 1 bezeichneten Art jederzeit an sich ziehen. Er tritt hinsichtlich dieser Maßnahmen dem Versicherten gegenüber in alle Pflichten und Rechte des Krankenversicherungsträgers ein, soweit die zu gewährenden Leistungen mit den medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation in Zusammenhang stehen. Der Pensionsversicherungsträger hat in diesen Fällen dem Krankenversicherungsträger anzuzeigen, daß er von einem bestimmten Tag an die Gewährung übernimmt; von diesem Zeitpunkt an hat der Versicherte gegen den Krankenversicherungsträger keinen Anspruch auf die entsprechenden Leistungen der Krankenversicherung.

(3) unverändert.

Übergangsgeld

§ 306. (1) bis (3) unverändert.

(4) Auf das Übergangsgeld sind ein dem Versicherten gebührendes Erwerbseinkommen eine Barleistung nach dem Arbeitsmarktförderungsgesetz anzurechnen. Hinsichtlich der Ermittlung des Erwerbseinkommens aus einem land(forst)wirtschaftlichen Betrieb ist § 292 Abs. 5 und 7 entsprechend anzuwenden.

(5) und (6) unverändert.

Geldleistungen während der Gewährung von Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge durch den Pensionsversicherungsträger

§ 307e. (1) unverändert.

(2) Bezüglich der Höhe des Familiengeldes bzw. des Taggeldes gilt § 152 Abs. 2 bzw. Abs. 3 entsprechend. Bei in der Pensionsversicherung Weiterversicherten sowie

(3) bis (5) unverändert.

Medizinische Maßnahmen

§ 302. (1) unverändert.

(2) Die Maßnahmen nach Abs. 1 werden vom Pensionsversicherungsträger gewährt, wenn und soweit sie nicht aus einer gesetzlichen Krankenversicherung gewährt werden. Der Pensionsversicherungsträger kann die Gewährung der von einem Krankenversicherungsträger nach Maßgabe des § 137 a zu erbringenden medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation jederzeit an sich ziehen. Er tritt hinsichtlich dieser Maßnahmen dem Versicherten gegenüber in alle Pflichten und Rechte des Krankenversicherungsträgers ein, soweit die zu gewährenden Leistungen mit den medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation in Zusammenhang stehen. Der Pensionsversicherungsträger hat in diesen Fällen dem Krankenversicherungsträger anzuzeigen, daß er von einem bestimmten Tag an die Gewährung übernimmt; von diesem Zeitpunkt an hat der Versicherte gegen den Krankenversicherungsträger keinen Anspruch auf die entsprechenden Leistungen der Krankenversicherung.

(3) unverändert.

Übergangsgeld

§ 306. (1) bis (3) unverändert.

(4) Auf das Übergangsgeld sind ein dem Versicherten gebührendes Erwerbseinkommen bzw. eine Barleistung nach dem Arbeitsmarktförderungsgesetz anzurechnen. Hinsichtlich der Ermittlung des Erwerbseinkommens aus einem land(forst)wirtschaftlichen Betrieb ist § 292 Abs. 5 und 7 entsprechend anzuwenden.

(5) und (6) unverändert.

Geldleistungen während der Gewährung von Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge durch den Pensionsversicherungsträger

§ 307e. (1) unverändert.

(2) Bezüglich der Höhe des Familiengeldes bzw. des Taggeldes gilt § 195 Abs. 2 bis 6 entsprechend. Bei in der Pensionsversicherung Weiterversicherten sowie bei

ASVG-Geltende Fassung

bei Personen, die aus der Weiterversicherung gemäß § 17 ausgeschlossen sind, bzw. bei gemäß § 18 Selbstversicherten bzw. § 18 a Selbstversicherten ist hierbei die Beitragsgrundlage (§ 76 a Abs. 1) als Bemessungsgrundlage heranzuziehen, jedoch höchstens im Ausmaß des Tageswertes der Lohnstufe (§ 46 Abs. 4), in welche die um ein Sechstel ihres Betrages erhöhte Höchstbeitragsgrundlage in der Krankenversicherung (§ 45 Abs. 1) fällt.

(3) unverändert.

Wirkung der Zahlung der Überweisungsbeträge und der Rückzahlung der erstatteten Beiträge

§ 313. Die in den an einen Versicherungsträger nach § 311 dieses Bundesgesetzes, nach § 175 des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes bzw. nach § 166 des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes geleisteten bzw. zurückgezahlten Überweisungsbeträgen und Beiträgen berücksichtigten vollen Monate gelten als Versicherungsmonate im Sinne dieses Bundesgesetzes, sofern diese Monate in dem Überweisungsbetrag bzw. bei der Erstattung der Beiträge als Versicherungsmonate im Sinne dieses Bundesgesetzes berücksichtigt worden waren.

Ersatzanspruch des Trägers der Sozialhilfe

§ 324. (1) und (2) unverändert.

(3) Wird ein Renten(Pensions)berechtigter auf Kosten eines Trägers der Sozialhilfe in einem Alters(Siechen)heim oder Fürsorgeerziehungsheim, einer Heil- und Pflegeanstalt für Nerven- und Geisteskranke, einer Trinkerheilstätte oder einer ähnlichen Einrichtung bzw. außerhalb einer dieser Einrichtungen im Rahmen eines Familienverbandes oder auf einer von einem Träger der öffentlichen Wohlfahrtspflege oder von einer kirchlichen oder anderen karitativen Vereinigung geführten Pflegestelle verpflegt, so geht für die Zeit dieser Pflege der Anspruch auf Rente bzw. Pension (einschließlich allfälliger Zulagen und Zuschläge) bis zur Höhe der Verpflegskosten, höchstens jedoch bis zu 80 vH, wenn der Renten(Pensions)berechtigte aufgrund einer gesetzlichen Verpflichtung für den Unterhalt eines Angehörigen zu sorgen hat, bis zu 50 vH dieses

ASVG-Vorgeschlagene Fassung

* Personen, die aus der Weiterversicherung gemäß § 17 * ausgeschlossen sind, bzw. bei gemäß §§ 16 a, 18, 18 a * Selbstversicherten ist hierbei das Dreißigfache der * Beitragsgrundlage (§ 76 a Abs. 1 bzw. Abs. 5) als * Bemessungsgrundlage heranzuziehen, jedoch höchstens im * Ausmaß des Dreißigfachen des Tageswertes der Lohnstufe * (§ 46 Abs. 4), in welche die um ein Sechstel ihres * Betrages erhöhte Höchstbeitragsgrundlage (§ 45 Abs. 1) * fällt.

(3) unverändert.

Wirkung der Zahlung der Überweisungsbeträge und der Rückzahlung der erstatteten Beiträge

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

Ersatzanspruch des Trägers der Sozialhilfe

§ 324. (1) und (2) unverändert.

(3) Wird ein Renten(Pensions)berechtigter auf Kosten eines Trägers der Sozialhilfe in einem Alters(Siechen)heim oder Fürsorgeerziehungsheim, einer Heil- und Pflegeanstalt für Nerven- und Geisteskranke, einer Trinkerheilstätte oder einer ähnlichen Einrichtung bzw. außerhalb einer dieser Einrichtungen im Rahmen eines Familienverbandes oder auf einer von einem Träger der öffentlichen Wohlfahrtspflege oder von einer kirchlichen oder anderen karitativen Vereinigung geführten Pflegestelle verpflegt, so geht für die Zeit dieser Pflege der Anspruch auf Rente bzw. Pension (einschließlich allfälliger Zulagen und Zuschläge) bis zur Höhe der Verpflegskosten, höchstens jedoch bis zu 80 vH, wenn der Renten(Pensions)berechtigte aufgrund einer gesetzlichen Verpflichtung für den Unterhalt eines Angehörigen zu sorgen hat, bis zu 50 vH dieses

ASVG-Geltende Fassung

Anspruches auf den Träger der Sozialhilfe über; das gleiche gilt in Fällen, in denen ein Renten(Pensions)berechtigter auf Kosten eines Landes im Rahmen der Behindertenhilfe in einer der genannten Einrichtungen oder auf einer der genannten Pflegestellen untergebracht wird, mit der Maßgabe, daß der vom Anspruchsübergang erfaßte Teil der Rente (Pension) auf das jeweilige Land übergeht. Der vom Anspruchsübergang erfaßte Betrag vermindert sich für jeden weiteren unterhaltsberechtigten Angehörigen um je 10 v. H. dieses Anspruches. Wenn und soweit die Verpflegskosten durch den vom Anspruchsübergang erfaßten Betrag noch nicht gedeckt sind, geht auch ein allfälliger Anspruch auf Hilfenzuschuß höchstens bis zu 80 v. H. auf den Träger der Sozialhilfe über. Die dem Renten(Pensions)berechtigten für seine Angehörigen zu belassenden Beträge können vom Versicherungsträger unmittelbar an die Angehörigen ausgezahlt werden.

(4) unverändert.

Regelung durch Verträge

§ 338. (1) Die Beziehungen der Träger der Sozialversicherung (des Hauptverbandes) zu den freiberuflich tätigen Ärzten, Dentisten, Hebammen, Apothekern und anderen Vertragspartnern werden durch privatrechtliche Verträge nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen geregelt. Diese Verträge bedürfen zu ihrer Rechtsgültigkeit der schriftlichen Form.

(2) bis (4) unverändert.

Inhalt der Gesamtverträge

§ 342. (1) Die zwischen dem Hauptverband und den Ärztekammern abzuschließenden Gesamtverträge haben nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen insbesondere folgende Gegenstände zu regeln:

1. bis 5. unverändert.

6. die Zusammenarbeit der Vertragsärzte mit dem beim

ASVG-Vorgeschlagene Fassung

Anspruches auf den Träger der Sozialhilfe über; das gleiche gilt in Fällen, in denen ein Renten(Pensions)berechtigter auf Kosten eines Landes im Rahmen der Behindertenhilfe in einer der genannten Einrichtungen oder auf einer der genannten Pflegestellen untergebracht wird, mit der Maßgabe, daß der vom Anspruchsübergang erfaßte Teil der Rente (Pension) auf das jeweilige Land übergeht. Der vom Anspruchsübergang erfaßte Betrag vermindert sich für jeden weiteren unterhaltsberechtigten Angehörigen um je 10 v. H. dieses Anspruches. Wenn und soweit die Verpflegskosten durch den vom Anspruchsübergang erfaßten Betrag noch nicht gedeckt sind, geht auch ein allfälliger Anspruch auf Hilfenzuschuß höchstens bis zu 80 v. H. auf den Träger der Sozialhilfe über. Der Übergang von bis zu * 50 vH des Anspruches auf Pension einschließlich * allfälliger Zulagen und Zuschläge hat so lange zu * unterbleiben, solange das Nettoeinkommen (§ 292 Abs. 3) * des unterhaltsberechtigten Ehegatten des * Pensionsberechtigten den Richtsatz gemäß § 293 Abs. 1 * lit. a bb nicht erreicht. Die dem * Renten(Pensions)berechtigten für seine Angehörigen zu * belassenden Beträge können vom Versicherungsträger * unmittelbar an die Angehörigen ausgezahlt werden.

(4) unverändert.

Regelung durch Verträge

§ 338. (1) Die Beziehungen der Träger der Sozialversicherung (des Hauptverbandes) zu den freiberuflich tätigen Ärzten, Dentisten, Hebammen, Apothekern, Psychologen, Psychotherapeuten, * Pflegepersonen, die medizinische Hauskrankenpflege gemäß * § 151 erbringen, und anderen Vertragspartnern werden * durch privatrechtliche Verträge nach Maßgabe der * folgenden Bestimmungen geregelt. Diese Verträge bedürfen * zu ihrer Rechtsgültigkeit der schriftlichen Form.

(2) bis (4) unverändert.

Inhalt der Gesamtverträge

§ 342. (1) Die zwischen dem Hauptverband und den Ärztekammern abzuschließenden Gesamtverträge haben nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen insbesondere folgende Gegenstände zu regeln:

1. bis 5. unverändert.

6. die Zusammenarbeit der Vertragsärzte mit dem beim

ASVG-Geltende Fassung

Versicherungsträger eingerichteten chef- und kontrollärztlichen Dienst;

7. und 8. unverändert.

(2) unverändert.

Gesamtvertrag für die Durchführung
der Untersuchungen nach den
§§ 132 a und 132 b sowie der sonstigen Maßnahmen
zur Erhaltung der Volksgesundheit nach
§ 132 c Abs. 1 Z 1

§ 343a. (1) Zwischen dem Hauptverband und der Österreichischen Ärztekammer ist ein für die Vertragsparteien verbindlicher Gesamtvertrag abzuschließen, der die Durchführung der Untersuchungen nach den §§ 132 a und 132 b sowie der sonstigen Maßnahmen zur Erhaltung der Volksgesundheit nach § 132 c Abs. 1 Z 1 regelt und der die Vergütung der ärztlichen Leistungen vorsieht; dieser Gesamtvertrag bedarf der Zustimmung der beteiligten Träger der Krankenversicherung und der beteiligten Ärztekammern.

(2) und (3) unverändert.

Gesamtverträge

§ 349. (1) unverändert.

(2) Die Beziehungen zwischen den Sozialversicherungsträgern und anderen Vertragspartnern als Ärzten, Dentisten, Apothekern und Krankenanstalten können durch Gesamtverträge geregelt werden. Hierbei finden die Bestimmungen des § 341 mit der Maßgabe sinngemäß Anwendung, daß an die Stelle der Ärztekammer die zuständige gesetzliche berufliche Vertretung tritt.

(3) Sieht ein gemäß Abs. 2 abgeschlossener Gesamtvertrag vor, daß ohne Abschluß von Einzelverträgen die im Gesamtvertrag angeführten Verbandsangehörigen die Sachleistungen für Rechnung der Träger der

ASVG-Vorgeschlagene Fassung

Versicherungsträger eingerichteten chef- und kontrollärztlichen Dienst, insbesondere bezüglich der Einhaltung der Bestimmungen der §§ 31 Abs. 3 Z 11 und 118;

7. und 8. unverändert.

(2) unverändert.

Gesamtvertrag für die Durchführung
der Untersuchungen nach den
§§ 132 a und 132 b sowie der sonstigen Maßnahmen
zur Erhaltung der Volksgesundheit nach
§ 132 d Abs. 1 Z 1

§ 343a. (1) Zwischen dem Hauptverband und der Österreichischen Ärztekammer ist ein für die Vertragsparteien verbindlicher Gesamtvertrag abzuschließen, der die Durchführung der Untersuchungen nach den §§ 132 a und 132 b sowie der sonstigen Maßnahmen zur Erhaltung der Volksgesundheit nach § 132 d Abs. 1 Z 1 regelt und der die Vergütung der ärztlichen Leistungen vorsieht; dieser Gesamtvertrag bedarf der Zustimmung der beteiligten Träger der Krankenversicherung und der beteiligten Ärztekammern.

(2) und (3) unverändert.

Gesamtverträge

§ 349. (1) unverändert.

(2) Die Beziehungen zwischen den Trägern der Krankenversicherung und den freiberuflich tätigen Psychologen bzw. den freiberuflich tätigen Psychotherapeuten werden durch je einen Gesamtvertrag mit einer durch den Psychologenbeirat (§ 19 des Psychologengesetzes) bzw. durch den Psychotherapiebeirat (§ 20 des Psychotherapiegesetzes) auf ihre Leistungsfähigkeit bezüglich der psychosozialen Versorgung positiv begutachteten freiwilligen beruflichen Interessenvertretung geregelt. Hierbei finden die Bestimmungen der §§ 340 Abs. 1, 341 bis 343 mit der Maßgabe sinngemäß Anwendung, daß an die Stelle der Ärztekammer die jeweilige freiwillige berufliche Interessenvertretung tritt.

(3) Die Beziehungen zwischen den Sozialversicherungsträgern und anderen Vertragspartnern als Ärzten, Dentisten, Apothekern, freiberuflich tätigen Psychologen bzw. freiberuflich tätigen Psychotherapeuten

ASVG-Geltende Fassung

Krankenversicherung zu erbringen haben, dann regelt der Gesamtvertrag selbst mit verbindlicher Wirkung die Beziehungen zwischen den Verbandsangehörigen und den Versicherungsträgern.

Abgabe von Heilmitteln

§ 350. (1) Heilmittel (§ 136) und Heilbehelfe (§ 137) usw. dürfen für Rechnung der Krankenversicherungsträger von Apothekern und Hausapotheken führenden Ärzten nur unter folgenden Voraussetzungen abgegeben werden:

1. und 2. unverändert.

3. freie Verschreibbarkeit nach den Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise (§ 31 Abs. 3 Z 11) oder - soweit eine chef- oder kontrollärztliche Bewilligung in diesen Richtlinien vorgesehen ist - Vorliegen einer Abgabebewilligung des Chef- oder Kontrollarztes.

(2) unverändert.

Rechts- und Verwaltungshilfe

§ 360. (1) und (2) unverändert.

ASVG-Vorgeschlagene Fassung

* und Krankenanstalten können durch Gesamtverträge
* geregelt werden. Hiebei finden die Bestimmungen des
* § 341 mit der Maßgabe sinngemäß Anwendung, daß an die
* Stelle der Ärztekammer die zuständige gesetzliche
* berufliche Vertretung tritt.

* (4) Sieht ein gemäß Abs. 3 abgeschlossener
* Gesamtvertrag vor, daß ohne Abschluß von Einzelverträgen
* die im Gesamtvertrag angeführten Verbandsangehörigen die
* Sachleistungen für Rechnung der Träger der
* Krankenversicherung zu erbringen haben, dann regelt der
* Gesamtvertrag selbst mit verbindlicher Wirkung die
* Beziehungen zwischen den Verbandsangehörigen und den
* Versicherungsträgern.

Abgabe von Heilmitteln

§ 350. (1) Heilmittel (§ 136) und Heilbehelfe (§ 137) usw. dürfen für Rechnung der Krankenversicherungsträger von Apothekern und Hausapotheken führenden Ärzten nur unter folgenden Voraussetzungen abgegeben werden:

1. und 2. unverändert.

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

(2) unverändert.

Rechts- und Verwaltungshilfe

§ 360. (1) und (2) unverändert.

* (3) Die Sozialversicherungsträger und der
* Hauptverband sind berechtigt, im Rahmen der für sie
* geltenden Amtshilfebestimmungen Einsicht in
* automationsunterstützt geführte Datenbanken zu nehmen,
* soweit dies zur Erfüllung der ihnen gesetzlich
* übertragenen Aufgaben notwendig ist. Diese Berechtigung
* umfaßt auch die Einsichtnahme in Hilfsverzeichnisse,
* insbesondere in das Personenverzeichnis des Grundbuchs
* und des Firmenbuchs.

Bescheide der Versicherungsträger in Leistungssachen

§ 367. (1) Über den Antrag auf Zuerkennung einer Leistung aus der Krankenversicherung oder auf Gewährung von Unfallheilbehandlung, von Familien-, Tag-, Versehrten- und Übergangsgeld oder von Körperersatzstücken, orthopädischen Behelfen und anderen Hilfsmitteln aus der Unfallversicherung, ferner bei amtswegiger Feststellung der angeführten Leistungen der Unfallversicherung sowie über den Antrag auf Gewährung von Übergangsgeld aus der Pensionsversicherung ist ein Bescheid zu erlassen, wenn

- 1. und 2. unverändert.

Über den Antrag auf Zuerkennung oder über die amtswegige Feststellung einer sonstigen Leistung aus der Unfallversicherung, ausgenommen eine Leistung nach § 173 Z 1 lit. c sowie die Feststellung, daß eine Gesundheitsstörung Folge eines Arbeitsunfalls beziehungsweise einer Berufskrankheit ist, auch wenn nach Eintritt einer Gesundheitsstörung eine Leistung aus der Unfallversicherung nicht anfällt, ferner über den Antrag auf eine Leistung gemäß § 222 Abs. 1 und 2 aus der Pensionsversicherung sowie auf Feststellung von Versicherungszeiten der Pensionsversicherung außerhalb des Leistungsfeststellungsverfahrens (§ 247) ist jedenfalls ein Bescheid zu erlassen.

- (2) und (3) unverändert.

Einspruch gegen Bescheide der Versicherungsträger

§ 412. (1) Bescheide der Versicherungsträger in Verwaltungssachen können binnen einem Monat nach der Zustellung durch Einspruch an den zuständigen Landeshauptmann angefochten werden. Der Einspruch hat den Bescheid zu bezeichnen, gegen den er sich richtet, und einen begründeten Entscheidungsantrag zu enthalten. Der Einspruch ist beim Versicherungsträger, der den Bescheid erlassen hat, einzubringen. Der Versicherungsträger hat den Einspruch ungesäumt, längstens jedoch binnen zwei Wochen, unter Anschluß der Akten und seiner Stellungnahme dem Landeshauptmann vorzulegen.

(2) Der Einspruch hat keine aufschiebende Wirkung; der Landeshauptmann kann dem Einspruch auf Antrag aufschiebende Wirkung zuerkennen, wenn durch die vorzeitige Vollstreckung ein nicht wiedergutzumachender

Bescheide der Versicherungsträger in Leistungssachen

§ 367. (1) Über den Antrag auf Zuerkennung einer Leistung aus der Krankenversicherung oder auf Gewährung von Unfallheilbehandlung, von Familien-, Tag-, Versehrten- und Übergangsgeld oder von Körperersatzstücken, orthopädischen Behelfen und anderen Hilfsmitteln aus der Unfallversicherung sowie auf *
* Gewährung einer Integritätsabgeltung, ferner bei *
* amtswegiger Feststellung der angeführten Leistungen der *
* Unfallversicherung sowie über den Antrag auf Gewährung *
* von Übergangsgeld aus der Pensionsversicherung ist ein *
* Bescheid zu erlassen, wenn

- 1. und 2. unverändert.

Über den Antrag auf Zuerkennung oder über die amtswegige Feststellung einer sonstigen Leistung aus der Unfallversicherung, ausgenommen eine Leistung nach § 173 Z 1 lit. c sowie die Feststellung, daß eine Gesundheitsstörung Folge eines Arbeitsunfalls beziehungsweise einer Berufskrankheit ist, auch wenn nach Eintritt einer Gesundheitsstörung eine Leistung aus der Unfallversicherung nicht anfällt, ferner über den Antrag auf eine Leistung gemäß § 222 Abs. 1 und 2 aus der Pensionsversicherung sowie auf Feststellung von Versicherungszeiten der Pensionsversicherung außerhalb des Leistungsfeststellungsverfahrens (§ 247) ist jedenfalls ein Bescheid zu erlassen.

- (2) und (3) unverändert.

Einspruch gegen Bescheide der Versicherungsträger

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

(2) Der Versicherungsträger kann auf Grund des *
* Einspruches und allfälliger weiterer Ermittlungen binnen *
* zwei Monaten nach Einbringung des Einspruches den *
* Bescheid im Sinne des Einspruchsbegehrens abändern, *

ASVG-Geltende Fassung

Schaden einträge und nicht öffentliche Interessen die sofortige Vollstreckung gebieten. Der Antrag auf Zuerkennung der aufschiebenden Wirkung ist innerhalb der für die Einbringung des Einspruches vorgesehenen Frist (Abs. 1) beim Versicherungsträger zu stellen.

ASVG-Vorgeschlagene Fassung

* ergänzen oder aufheben (Einspruchsvorentscheidung).

*
*
*
*
*

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

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

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

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

Sachliche Zuständigkeit des Landeshauptmannes

§ 413. (1) Der Landeshauptmann entscheidet

1. über die bei ihm nach § 412 eingebrachten Einsprüche,

(2) bis (6) unverändert.

Ablehnung des Amtes

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

Haftung der Versicherungsvertreter

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

Sachliche Zuständigkeit des Landeshauptmannes

§ 413. (1) Der Landeshauptmann entscheidet

* 1. über die bei ihm eingebrachten Einsprüche und
* Vorlageanträge,

(2) bis (6) unverändert.

* Ablehnung des Amtes und Recht zur Amtsausübung

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

* (2) Der Versicherungsvertreter (Stellvertreter) hat
* von der Annahme seiner Bestellung (§ 421) den
* Versicherungsträger nachweislich in Kenntnis zu setzen
* und ist unbeschadet des § 425 zweiter Satz ab dem
* Zeitpunkt des Einlangens dieser Mitteilung beim
* Versicherungsträger zur Ausübung seines Amtes ab dem
* Zeitpunkt, ab dem er bestellt ist, berechtigt.

* Pflichten und Haftung der Versicherungsvertreter

* § 424. Die Mitglieder der Verwaltungskörper der
* Sozialversicherungsträger und des Hauptverbandes haben
* bei der Ausübung ihres Amtes die Gesetze der Republik
* Österreich, die Satzungen der Versicherungsträger (des
* Hauptverbandes) und die darauf beruhenden sonstigen
* Rechtsvorschriften zu beachten. Sie sind zur
* Amtsverschwiegenheit sowie zur gewissenhaften und
* unparteiischen Ausübung ihres Amtes verpflichtet. Sie
* haften unbeschadet der Bestimmungen des
* Amtshaftungsgesetzes für jeden Schaden, der dem
* Versicherungsträger aus der Vernachlässigung ihrer
* Pflichten erwächst. Die Versicherungsträger können auf
* Ansprüche aus der Haftung nur mit Genehmigung der
* Aufsichtsbehörde verzichten. Macht ein
* Versicherungsträger trotz mangelnder Genehmigung der
* Aufsichtsbehörde die Haftung nicht geltend, so kann
* diese die Haftung an Stelle und auf Kosten des
* Versicherungsträgers geltend machen.

Vorsitz in den Verwaltungskörpern

§ 431. (1) bis (4) unverändert.

(5) Scheidet der Vorsitzende (Stellvertreter des Vorsitzenden) eines Verwaltungskörpers infolge einer Enthebung von seinem Amt als Versicherungsvertreter (§ 423) aus und tritt nachträglich die Entscheidung über diese Enthebung außer Kraft, so erlöschen mit dem gleichen Zeitpunkt die rechtlichen Wirkungen einer bereits erfolgten Wahl seines Nachfolgers und es ist neuerlich eine entsprechende Wahl durchzuführen.

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

Angelobung der Versicherungsvertreter

§ 432. (1) Die Obmänner der Versicherungsträger, die Vorsitzenden des Überwachungsausschusses sowie der Landesstellenausschüsse und deren Stellvertreter sind bei Antritt ihres Amtes von der Aufsichtsbehörde in Eid und Pflicht zu nehmen.

(2) Die übrigen Versicherungsvertreter hat der Obmann beziehungsweise der vorläufige Verwalter (§ 451) beim Antritt ihres Amtes auf Gehorsam gegen die Gesetze der Republik Österreich, Amtsverschwiegenheit sowie gewissenhafte und unparteiische Ausübung ihres Amtes zu verpflichten.

Arten und Zusammensetzung der Verwaltungskörper

§ 433. (1) bis (5) unverändert.

(6) Die Vertreter in der Hauptversammlung und in den Sektionsausschüssen sind von den Vorständen, die Vertreter im Überwachungsausschuß von den

Vorsitz in den Verwaltungskörpern

§ 431. (1) bis (4) unverändert.

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

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

* (7) Den Vorsitz im Renten(Pensions)ausschuß und im
* Rehabilitationsausschuß haben abwechselnd der Vertreter
* der Dienstgeber und der Dienstnehmer zu führen.

Angelobung der Versicherungsvertreter

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

Arten und Zusammensetzung der Verwaltungskörper

§ 433. (1) bis (5) unverändert.

(6) Die Vertreter in der Hauptversammlung und in den Sektionsausschüssen sind von den Vorständen, die Vertreter im Überwachungsausschuß von den

ASVG-Geltende Fassung

Überwachungsausschüssen der in Betracht kommenden Versicherungsträger aus ihrer Mitte oder aus der Mitte der Hauptversammlung des betreffenden Versicherungsträgers zu wählen. Der Bundesminister für Arbeit und Soziales hat die auf die einzelnen entsendeberechtigten Verwaltungskörper entfallenden Zahlen der Dienstnehmer- und der Dienstgebervertreter und unter Bedachtnahme auf die durchschnittliche Zahl der Versicherten in den einzelnen Berufsgruppen (§ 421 Abs. 1) die Gruppen zu bestimmen, aus denen die Vertreter zu wählen sind. In der Hauptversammlung soll auf jedes Land mindestens ein Vertreter entfallen. Die Vertreter der Träger der Selbständigen-Pensionsversicherungen und der Träger der Selbständigen-Krankenversicherungen zählen auf die Gruppe der Dienstgeber.

(7) unverändert.

Vorsitz im Hauptverband; Angelobung

§ 434. (1) Den Vorsitz in der Hauptversammlung sowie im Vorstand des Hauptverbandes hat der Präsident nebst zwei Stellvertretern zu führen. Der Präsident und seine Stellvertreter sind vom Bundesminister für Arbeit und Soziales für die Amtsdauer der genannten Verwaltungskörper nach Anhörung des Österreichischen Arbeiterkammertages, der Bundeskammer der gewerblichen Wirtschaft und der Präsidentenkonferenz der Landwirtschaftskammern Österreichs zu ernennen. Der Präsident muß weder als Dienstgeber noch als Versicherter einem der dem Hauptverband angeschlossenen Versicherungsträger angehören. Sein erster Stellvertreter ist der Gruppe der Dienstnehmer, sein zweiter der Gruppe der Dienstgeber zu entnehmen. Soweit sich aus diesem Bundesgesetz nichts anderes ergibt, gelten die für die Obmänner vorgesehenen Bestimmungen auch für den Präsidenten und die Vizepräsidenten des Hauptverbandes.

(2) Den Vorsitzenden des Überwachungsausschusses, ferner die Vorsitzenden der Sektionsausschüsse hat der betreffende Ausschuß aus seiner Mitte zu wählen. Gleichzeitig ist ein Stellvertreter des Vorsitzenden, in

ASVG-Vorgeschlagene Fassung

Überwachungsausschüssen der in Betracht kommenden Versicherungsträger aus ihrer Mitte oder aus der Mitte der Hauptversammlung des betreffenden Versicherungsträgers zu wählen. Der Bundesminister für Arbeit und Soziales hat die auf die einzelnen entsendeberechtigten Verwaltungskörper entfallenden Zahlen der Dienstnehmer- und der Dienstgebervertreter und unter Bedachtnahme auf die durchschnittliche Zahl der Versicherten in den einzelnen Berufsgruppen (§ 421 Abs. 1) die Gruppen zu bestimmen, aus denen die Vertreter zu wählen sind. In der Hauptversammlung soll auf jedes Land mindestens ein Vertreter entfallen. Die Vertreter der Träger der Selbständigen-Pensionsversicherungen und der Träger der Selbständigen-Krankenversicherungen zählen auf die Gruppe der Dienstgeber. Die gewählten Versicherungsvertreter haben den Hauptverband von der Annahme ihrer Wahl nachweislich in Kenntnis zu setzen und sind ab dem Zeitpunkt des Einlangens dieser Mitteilung beim Hauptverband zur Ausübung ihres Amtes berechtigt.

(7) unverändert.

Vorsitz im Hauptverband; Angelobung

§ 434. (1) Den Vorsitz in der Hauptversammlung sowie im Vorstand des Hauptverbandes hat der Präsident nebst zwei Stellvertretern zu führen. Der Präsident und seine Stellvertreter sind vom Bundesminister für Arbeit und Soziales für die Amtsdauer der genannten Verwaltungskörper nach Anhörung des Österreichischen Arbeiterkammertages, der Bundeskammer der gewerblichen Wirtschaft und der Präsidentenkonferenz der Landwirtschaftskammern Österreichs zu ernennen. Sie sind zur Ausübung ihrer Funktionen berechtigt, sobald sie die Annahme ihrer Ernennung gegenüber dem Bundesminister für Arbeit und Soziales ausdrücklich erklärt haben. Der Präsident muß weder als Dienstgeber noch als Versicherter einem der dem Hauptverband angeschlossenen Versicherungsträger angehören. Sein erster Stellvertreter ist der Gruppe der Dienstnehmer, sein zweiter der Gruppe der Dienstgeber zu entnehmen. Soweit sich aus diesem Bundesgesetz nichts anderes ergibt, gelten die für die Obmänner vorgesehenen Bestimmungen auch für den Präsidenten und die Vizepräsidenten des Hauptverbandes.

(2) Den Vorsitzenden des Überwachungsausschusses, ferner die Vorsitzenden der Sektionsausschüsse hat der betreffende Ausschuß aus seiner Mitte zu wählen. Gleichzeitig ist ein Stellvertreter des Vorsitzenden, in

ASVG-Geltende Fassung

den Sektionsausschüssen auch ein zweiter Stellvertreter zu wählen. § 431 Abs. 2 vorletzter und letzter Satz und Abs. 5 sind entsprechend anzuwenden.

(3) Der Präsident und die Vizepräsidenten, ferner der Vorsitzende des Überwachungsausschusses und die Vorsitzenden der Sektionsausschüsse samt deren Stellvertreter sind vom Bundesminister für Arbeit und Soziales bei Antritt ihres Amtes in Eid und Pflicht zu nehmen. Die übrigen Versicherungsvertreter in den Verwaltungskörpern hat der Präsident beim Antritt ihres Amtes auf Gehorsam gegen die Gesetze der Republik Österreich, Amtsverschwiegenheit sowie gewissenhafte und unparteiische Ausübung ihres Amtes zu verpflichten.

Vermögensanlage

§ 446. (1) Die zur Anlage verfügbaren Mittel der Versicherungsträger (des Hauptverbandes) sind zinsbringend anzulegen. Sie dürfen unbeschadet der Bestimmungen des § 447 nur angelegt werden:

1. bis 4. unverändert.

(2) unverändert.

(3) Im übrigen kann eine von den Vorschriften der Abs. 1 und 2 abweichende Veranlagungsart nur für jeden einzelnen Fall gesondert vom Bundesminister für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen gestattet werden.

Genehmigung der Beteiligung an fremden Einrichtungen

§ 446 a. Jede Beteiligung der Träger der Sozialversicherung an fremden Einrichtungen gemäß den §§ 23 Abs. 6, 24 Abs. 2 und 25 Abs. 2 ist nur mit Genehmigung des Bundesministers für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen zulässig.

Vorläufiger Verwalter

§ 451. (1) Die oberste Aufsichtsbehörde ist berechtigt, die Verwaltungskörper, wenn sie ungeachtet zweimaliger schriftlicher Verwarnung gesetzliche oder satzungsmäßige Bestimmungen außer acht lassen,

ASVG-Vorgeschlagene Fassung

den Sektionsausschüssen auch ein zweiter Stellvertreter zu wählen. § 431 Abs. 2 vorletzter und letzter Satz, * Abs. 5 und Abs. 6 sind entsprechend anzuwenden. *

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

Vermögensanlage

§ 446. (1) Die zur Anlage verfügbaren Mittel der Versicherungsträger (des Hauptverbandes) sind zinsbringend anzulegen. Sie dürfen unbeschadet des Abs. 3, des § 446 a und des § 447 nur angelegt werden: * * * * *

1. bis 4. unverändert.

(2) unverändert.

(3) Im übrigen sind von den Vorschriften der Abs. 1 und 2 abweichende Veranlagungsarten dann zulässig, wenn sie in jedem einzelnen Anlagefall auf Grund von Verwaltungskörperbeschlüssen erfolgen, die zu ihrer Wirksamkeit der Genehmigung durch den Bundesminister für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen bedürfen. * * * * *

Genehmigung der Beteiligung an fremden Einrichtungen

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

Vorläufiger Verwalter

§ 451. (1) Die oberste Aufsichtsbehörde ist berechtigt, die Verwaltungskörper, wenn sie ungeachtet zweimaliger schriftlicher Verwarnung gesetzliche oder satzungsmäßige Bestimmungen außer acht lassen,

ASVG-Geltende Fassung

aufzulösen und die vorläufige Geschäftsführung und Vertretung vorübergehend einem vorläufigen Verwalter zu übertragen. Diesem ist ein Beirat zur Seite zu stellen, der im gleichen Verhältnis wie der aufgelöste Verwaltungskörper aus Vertretern der Dienstgeber und der Dienstnehmer bestehen soll und dessen Aufgaben und Befugnisse von der Aufsichtsbehörde bestimmt werden; die Vorschriften der §§ 420 Abs. 2 bis 7 und 432 Abs. 2 sind auf die Mitglieder des Beirates entsprechend anzuwenden. Der vorläufige Verwalter hat binnen acht Wochen vom Zeitpunkt seiner Bestellung an die nötigen Verfügungen wegen Neubestellung des Verwaltungskörpers nach den Vorschriften des § 421 zu treffen. Ihm obliegt die erstmalige Einberufung der Verwaltungskörper.

(2) und (3) unverändert.

ASVG-Vorgeschlagene Fassung

aufzulösen und die vorläufige Geschäftsführung und Vertretung vorübergehend einem vorläufigen Verwalter zu übertragen. Diesem ist ein Beirat zur Seite zu stellen, der im gleichen Verhältnis wie der aufgelöste Verwaltungskörper aus Vertretern der Dienstgeber und der Dienstnehmer bestehen soll und dessen Aufgaben und Befugnisse von der Aufsichtsbehörde bestimmt werden; die Vorschriften der §§ 420 Abs. 2 bis 7 und 432 sind auf die Mitglieder des Beirates entsprechend anzuwenden. Der vorläufige Verwalter hat binnen acht Wochen vom Zeitpunkt seiner Bestellung an die nötigen Verfügungen wegen Neubestellung des Verwaltungskörpers nach den Vorschriften des § 421 zu treffen. Ihm obliegt die erstmalige Einberufung der Verwaltungskörper.

(2) und (3) unverändert.

* Mitwirkung der Abgabenbehörden des Bundes

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

* 1. Ordnungsbegriff und Lagebeschreibung der
* wirtschaftlichen Einheit,

* 2. Name (Familiennamen und Vorname) des Eigentümers
* der wirtschaftlichen Einheit mit Geburtsdatum und
* Anschrift sowie dessen Eigentumsanteil an der
* wirtschaftlichen Einheit,

* 3. Ausmaß des Einheitswertes und die im Bescheid
* ausgewiesenen Berechnungsgrundlagen,

* 4. Art und Rechtsgrundlage der Änderung des
* Einheitswertes, Stichtag der Rechtswirksamkeit sowie
* Ausfertigungsdatum des Bescheides,

* 5. Name und Anschrift eines allfälligen
* Zustellungsbevollmächtigten.

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

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

Berechtigung zur Datenverarbeitung

§ 460c. Die Versicherungsträger sind insoweit zur Ermittlung, Verarbeitung und Übermittlung von personenbezogenen Daten im Sinne des Datenschutzgesetzes, BGBl.Nr.565/78, ermächtigt, als dies zur Erfüllung der ihnen gesetzlich übertragenen Aufgaben eine wesentliche Voraussetzung ist. Zu den ihnen gesetzlich übertragenen Aufgaben zählt auch die Übermittlung der bei der Einhebung der im § 27 a des Krankenanstaltengesetzes vorgesehenen Kostenbeiträge notwendigen Daten.

Leistungen aus der Krankenversicherung

§ 468. (1) unverändert.

(2) Kranken- und Familiengeld werden, wenn die Wartezeit nach Abs. 1 erfüllt ist, nur gewährt, wenn der unständig Beschäftigte innerhalb der letzten zwei Kalendermonate vor dem Beginn der mit Arbeitsunfähigkeit verbundenen Erkrankung mindestens 20 anrechenbare Arbeitstage oder innerhalb der letzten 52 Wochen vor diesem Zeitpunkt eine Versicherungszeit von mindestens 26 Wochen aufweist.

(3) bis (6) unverändert.

Leistungen in der allgemeinen Krankenversicherung der Eisenbahnbediensteten

§ 474. (1) Auf die bei der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen Versicherten, die nicht zu den im § 472 bezeichneten Personen gehören, sind die Bestimmungen der §§ 55 Abs.1 und 2, 59 bis 61, 62 bis 70a, 71, 72, 74 Abs.1, 76 bis 78, 82 und 83 des Bundesgesetzes über die Kranken- und Unfallversicherung öffentlich Bediensteter mit den sich aus § 472 Abs.2 Z.1 bis 2 ergebenden Änderungen entsprechend anzuwenden, die Bestimmung des § 70 jedoch nur hinsichtlich der Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit und die Bestimmungen des § 74 Abs.1 nur hinsichtlich der Leistungen des ärztlichen Beistandes und des Hebammenbeistandes, der Heilmittel und Heilbehelfe und Pflege in einer Krankenanstalt. Die Bestimmungen des § 51 Abs. 1 Z. 1 sind auf die im ersten Satz genannten Versicherten, soweit es sich um Personen handelt, die im Erkrankungsfall Anspruch auf Weiterzahlung ihrer Dienstbezüge durch mindestens sechs Wochen haben, mit der Maßgabe anzuwenden, daß der Beitragssatz 5,7 v. H. beträgt; für alle übrigen im ersten Satz genannten Versicherten gilt der im § 51 Abs. 1 Z. 1 lit. b bzw. d bezeichnete Beitragssatz. Der Beitragssatz in der Krankenversicherung für Selbstversicherte mit Ausnahme der Selbstversicherten nach § 19 a beträgt 5,7 v. H. der Beitragsgrundlage.

(2) unverändert.

Berechtigung zur Datenverarbeitung

* § 460c. Die Versicherungsträger und der Hauptverband
* dürfen Daten im Sinne des Datenschutzgesetzes in seiner
* jeweils geltenden Fassung insoweit verwenden, als dies
* für sie wesentliche Voraussetzung zur Erfüllung
* gesetzlich übertragenen Aufgaben ist. Zu den ihnen
* gesetzlich übertragenen Aufgaben zählt auch die
* Übermittlung der bei der Einhebung der im § 27 a des
* Krankenanstaltengesetzes vorgesehenen Kostenbeiträge
* notwendigen Daten.
*

Leistungen aus der Krankenversicherung

§ 468. (1) unverändert.

* (2) Krankengeld werden, wenn die Wartezeit nach
* Abs. 1 erfüllt ist, nur gewährt, wenn der unständig
* Beschäftigte innerhalb der letzten zwei Kalendermonate
* vor dem Beginn der mit Arbeitsunfähigkeit verbundenen
* Erkrankung mindestens 20 anrechenbare Arbeitstage oder
* innerhalb der letzten 52 Wochen vor diesem Zeitpunkt
* eine Versicherungszeit von mindestens 26 Wochen
* aufweist.

(3) bis (6) unverändert.

Leistungen in der allgemeinen Krankenversicherung der Eisenbahnbediensteten

* § 474. (1) Auf die bei der Versicherungsanstalt der
* österreichischen Eisenbahnen Versicherten, die nicht zu
* den im § 472 bezeichneten Personen gehören, sind die
* Bestimmungen der §§ 55 Abs.1 und 2, 59 bis 61, 61 b
* 62 bis 70 a, 71, 74 Abs.1, 76 bis 78, 82 und 83 des
* Bundesgesetzes über die Kranken- und Unfallversicherung
* öffentlich Bediensteter mit den sich aus § 472 Abs.2 Z.1
* bis 3 ergebenden Änderungen entsprechend anzuwenden, die
* Bestimmung des § 70 jedoch nur hinsichtlich der
* Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit und die
* Bestimmungen des § 74 Abs.1 nur hinsichtlich der
* Leistungen des ärztlichen Beistandes und des
* Hebammenbeistandes, der Heilmittel und Heilbehelfe und
* Pflege in einer Krankenanstalt. Die Bestimmungen des
* § 51 Abs. 1 Z. 1 sind auf die im ersten Satz genannten
* Versicherten, soweit es sich um Personen handelt, die im
* Erkrankungsfall Anspruch auf Weiterzahlung ihrer
* Dienstbezüge durch mindestens sechs Wochen haben, mit
* der Maßgabe anzuwenden, daß der Beitragssatz 5,7 v. H.
* beträgt; für alle übrigen im ersten Satz genannten
* Versicherten gilt der im § 51 Abs. 1 Z. 1 lit. b bzw. d
* bezeichnete Beitragssatz. Der Beitragssatz in der
* Krankenversicherung für Selbstversicherte mit Ausnahme
* der Selbstversicherten nach § 19 a beträgt 5,7 v. H. der
* Beitragsgrundlage.

(2) unverändert.

Anlage 1

Liste der Berufskrankheiten (§ 177)

Lfd. Nr.	Berufskrankheiten	Unternehmen
1 bis 25	unverändert.	
25	Meniskusschäden bei Bergleuten nach mindestens dreijähriger regelmäßiger Tätigkeit unter Tag und bei anderen Personen nach mindestens dreijähriger regelmäßiger die Kniegelenke in gleicher Weise in Anspruch nehmender Tätigkeit	Unternehmen des Bergbaues, Stollen- oder Tunnelbau
26 bis 29	unverändert.	
30	Erkrankungen an allergischem Asthma bronchiale, wenn und solange sie zur Aufgabe schädigender Tätigkeiten zwingen	Alle Unternehmen
31 bis 44	unverändert.	

Anlage 1

Liste der Berufskrankheiten (§ 177)

Lfd. Nr.	Berufskrankheiten	Unternehmen
1 bis 25	unverändert.	
25	Meniskusschäden nach mindestens dreijähriger regelmäßiger Tätigkeit in kniender oder hockender Stellung	Alle Unternehmen
26 bis 29	unverändert.	
30	Durch allergisierende Stoffe verursachte Erkrankungen an Asthma bronchiale, wenn und solange sie zur Aufgabe schädigender Erwerbsarbeit zwingen	Alle Unternehmen
31 bis 44	unverändert.	
45	Adenokarzinome der Nasenhaupt- und Nasennebenhöhlen durch Staub von Buchen- oder Eichenholz	Holzverarbeitende Betriebe
46	Erkrankungen durch Überlastung der Sehnenscheiden, des Sehnenleitgewebes oder der Sehnen- und Muskelansätze, wenn und solange sie zur Aufgabe schädigender Tätigkeiten zwingen	Alle Unternehmen
47	Durch Zeckenbiß Übertragene Krankheiten (zB Frühsommermeningoencephalitis oder Borreliose)	Alle Unternehmen