

Entwurf

**Bundesgesetz, mit dem das Bauern-Sozialversicherungsgesetz geändert wird
(24. Novelle zum BSVG)**

Der Nationalrat hat beschlossen:

Das Bauern-Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 559/1978, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 101/2000 in der Fassung der Kundmachung BGBl. I Nr. 102/2000, wird wie folgt geändert:

1. *Der bisherige Text des § 41 erhält die Bezeichnung „(1)“; folgender Abs. 2 wird angefügt:*

„(2) Zulässig ist auch die Errichtung (Gründung) von oder die Beteiligung an Stiftungen, Vereinen, Fonds und Gesellschaften mit beschränkter Haftung im Rahmen von Finanzierungs- und Betreibermodellen, wenn sie der Verbesserung der Servicequalität oder der Erzielung von Einsparungen dient. Unter den gleichen Voraussetzungen ist die Beteiligung von juristischen Personen an Stiftungen, Vereinen, Fonds und Gesellschaften mit beschränkter Haftung, die vom Versicherungsträger errichtet (gegründet) wurden, zulässig.“

2. *Im § 74 Abs. 3 wird nach dem Ausdruck „Vertragsärzten“ der Klammerausdruck „(Vertrags-Gruppenpraxen)“ eingefügt.*

3. *Im § 78 Abs. 4 wird der Punkt am Ende der Z 2 durch einen Strichpunkt ersetzt; folgende Z 3 wird eingefügt:*

„3. an einem Programm der Europäischen Gemeinschaften zur Förderung der Mobilität junger Menschen teilnehmen, längstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres.“

4. *Im § 78 Abs. 8 wird der Ausdruck „Abs. 2 Z 1“ durch den Ausdruck „Abs. 2 Z 1, Abs. 4 Z 3“ ersetzt.*

5. *Im § 80 Abs. 2 dritter Satz wird der Ausdruck „freiberuflich tätige Ärzte und Dentisten“ durch den Ausdruck „niedergelassene Ärzte, Dentisten und Gruppenpraxen“ ersetzt.*

6. *Im § 81 Abs. 1 zweiter Satz wird nach dem Ausdruck „Vertragspartner“ der Ausdruck „, Vertrags-Gruppenpraxen“ eingefügt.*

7. *§ 85 Abs. 1 erster Satz lautet:*

„Die ärztliche Hilfe wird durch Vertragsärzte und Vertrags-Gruppenpraxen, durch Wahlärzte und Wahl-Gruppenpraxen (§ 88 Abs. 1) sowie durch Ärzte in eigenen Einrichtungen des Versicherungsträgers und in Vertragseinrichtungen (§ 80) gewährt.“

8. *Im § 85 Abs. 1 Z 3 wird der Klammerausdruck „(§ 1 Abs. 2 Z 1 des Ärztegesetzes 1984, BGBl. Nr. 373)“ durch den Klammerausdruck „(§ 2 Abs. 2 Z 1 des Ärztegesetzes 1998)“ ersetzt.*

9. *Im § 85 Abs. 2 erster Satz wird nach dem Ausdruck „Ärzten“ der Ausdruck „oder Gruppenpraxen“ eingefügt.*

10. *Im § 85 Abs. 2 zweiter Satz wird nach dem Ausdruck „Vertragsärzten“ der Ausdruck „(Wahlärzten) bzw. einer oder mehreren Vertrags-Gruppenpraxen (Wahl-Gruppenpraxen)“ eingefügt.*

11. *§ 85 Abs. 2 dritter Satz lautet:*

„Insoweit Zuzahlungen zu den Leistungen vorgesehen sind, müssen diese in den Ambulatorien, bei den freiberuflich tätigen Vertragsärzten und in den Vertrags-Gruppenpraxen gleich hoch sein.“

12. *Im § 85 Abs. 3 wird nach dem Ausdruck „Vertragsarzt“ der Ausdruck „, in einer Vertrags-Gruppenpraxis“ eingefügt.*

13. *§ 88 Abs. 3 erster Satz lautet:*

„Bei im Inland eingetretenen Unfällen, plötzlichen Erkrankungen und ähnlichen Ereignissen kann der nächsterreichbare Arzt (Dentist) oder die nächsterreichbare Gruppenpraxis, erforderlichenfalls auch die nächsterreichbare Krankenanstalt in Anspruch genommen werden, falls ein Vertragsarzt (Vertragsdentist), eine Vertrags-Gruppenpraxis, eine Vertragskrankenanstalt oder eine eigenen Einrichtung des Versicherungsträgers für die ärztliche Hilfe (Anstaltspflege) nicht rechtzeitig die notwendige Hilfe leisten kann.“

14. *Im § 88 Abs. 5 wird der Klammerausdruck „(§ 3c des Ärztegesetzes 1984)“ durch den Klammerausdruck „(§ 44 Abs. 1 des Ärztegesetzes 1998)“ und der Ausdruck „praktischer Arzt“ durch den Ausdruck „Arzt für Allgemeinmedizin“ ersetzt.*

15. *Im § 95 Abs. 2 erster Satz lautet:*

„Chirurgische und konservierende Zahnbehandlungen, Kieferregulierungen und der unentbehrliche Zahnersatz werden durch Vertragsärzte oder Vertrags-Gruppenpraxen, Wahlärzte oder Wahl-Gruppenpraxen (§ 88 Abs. 1), Vertragsdentisten, Wahldentisten (§ 88 Abs. 1) sowie in eigenen Einrichtungen (Ambulatorien) des Versicherungsträgers und in Vertragseinrichtungen (§ 80) gewährt.“

16. Im § 95 Abs. 4 erster Satz wird der Ausdruck „und bei den Vertragsärzten und Vertragsdentisten“ durch den Ausdruck „, bei den Vertragsärzten und Vertragsdentisten sowie bei den Vertrags-Gruppenpraxen“ ersetzt.

17. § 95 Abs. 5 lautet:

„(5) Bei der Inanspruchnahme eines Vertragszahnarztes, Vertragsdentisten, einer Gruppenpraxis, einer eigenen Einrichtung des Versicherungsträgers sowie einer Vertragseinrichtung ist ein Zahnbehandlungsschein im Sinne des § 153 Abs. 4 erster und zweiter Satz ASVG vorzulegen.“

18. Nach dem § 140 Abs. 2 wird folgender Abs. 2a eingefügt:

„(2a) Abweichend von den Abs. 1 und 2 sind bei Feststellung des Anspruches auf Ausgleichszulage weitere Pensionsansprüche des (der) Pensionsberechtigten sowie Pensionsansprüche des (der) im gemeinsamen Haushalt lebenden Ehegatten (Ehegattin) im Bruttowert zu berücksichtigen.“

19. § 142 Abs. 1 und 2 lauten:

„(1) Bei Anwendung des § 140 werden Unterhaltsansprüche des Pensionsberechtigten gegen

- a) den Ehegatten (die Ehegattin), sofern er (sie) mit dem Pensionsberechtigten nicht im gemeinsamen Haushalt lebt,
- b) den geschiedenen Ehegatten (die geschiedene Ehegattin),
- c) die Eltern, sofern sie mit dem Pensionsberechtigten im gemeinsamen Haushalt leben,

gleichviel, ob und in welcher Höhe die Unterhaltsleistung tatsächlich erbracht wird, dadurch berücksichtigt, dass dem Nettoeinkommen des Pensionsberechtigten in den Fällen der lit. a und b 40% der Summe der monatlichen Nettoeinkommen des Unterhaltsberechtigten und des Unterhaltsverpflichteten abzüglich des monatlichen Nettoeinkommens des Unterhaltsberechtigten und in den Fällen der lit. c 12,5% des monatlichen Nettoeinkommens der dort genannten Personen zugerechnet werden. Der so festgestellte Betrag vermindert sich jedoch in dem Ausmaß, in dem das dem Verpflichteten verbleibende Nettoeinkommen den Richtsatz nach § 141 Abs. 1 lit. b unterschreitet.

(2) Wird die Unterhaltspflicht einer der im Abs. 1 angeführten Personen auch gegenüber anderen Angehörigen als dem Pensionsberechtigten nachgewiesen, so wird das nach Abs. 1 in Betracht kommende monatliche Nettoeinkommen (lit. a und b) bzw. der Prozentsatz des monatlichen Nettoeinkommens (lit. c) des Unterhaltspflichtigen für jeden dieser Unterhaltsberechtigten um 4% vermindert.“

20. Im § 181 Einleitung wird nach dem Ausdruck „Psychotherapeuten,“ der Ausdruck „Gruppenpraxen,“ eingefügt.

21. Im § 181 Z 1 wird nach dem Ausdruck „Ärzten“ der Ausdruck „und zu den Gruppenpraxen“ eingefügt.

22. Dem § 206a wird folgender Satz angefügt:

„Das Gleiche gilt für Beschlüsse der Verwaltungskörper über Finanzierungs- und Betreibermodelle im Sinne des § 41 Abs. 2.“

23. Im § 215 erster Satz wird der Ausdruck „binnen vier Monaten“ durch den Ausdruck „unverzüglich“ und der Ausdruck „in der Fachzeitschrift „Soziale Sicherheit““ durch den Ausdruck „im Internet“ ersetzt.

24. Im § 215a Abs. 3 zweiter Satz wird der Ausdruck „in der Fachzeitschrift „Soziale Sicherheit““ durch den Ausdruck „im Internet“ ersetzt.

25. Im § 263 Abs. 1a wird der Ausdruck „2002“ durch den Ausdruck „2003“ ersetzt.

26. Im § 270 Abs. 1 Z 1a wird der Ausdruck „2002“ durch den Ausdruck „2003“ ersetzt.

27. Im § 270 Abs. 5 Z 1 wird der Ausdruck „§ 121 Abs. 2“ durch den Ausdruck „§ 121 Abs. 3“ ersetzt.

28. § 272 lautet:

„§ 272. § 80a samt Überschrift in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 2/2000 tritt mit 1. Jänner 2000 in Kraft und mit Ablauf des 31. Dezember 2002 außer Kraft.“

29. Nach § 276 wird folgender § 277 samt Überschrift angefügt:

„Schlussbestimmungen zum Bundesgesetz BGBl. I Nr. xxx/2000

§ 277. (1) Es treten in Kraft:

1. mit 1. Jänner 2001 die §§ 41, 74 Abs. 3, 78 Abs. 4 Z 2 und 3 sowie Abs. 8, 80 Abs. 2, 81 Abs. 1, 85 Abs. 1, 2 und 3, 88 Abs. 3 und 5, 95 Abs. 2, 4 und 5, 140 Abs. 2a, 142 Abs. 1 und 2, 181 Einleitung und Z 1, 206a, 215, 215a Abs. 3, 263 Abs. 1a sowie 270 Abs. 1 Z 1a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2000;
2. rückwirkend mit 1. Jänner 2000 § 272 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2000;
3. rückwirkend mit 20. August 1999 § 270 Abs. 5 Z 1 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2000.

(2) Auf weibliche Versicherte, die am 1. September 1996 das 50. Lebensjahr bereits vollendet haben, ist zur Erfüllung der Wartezeit für eine Erwerbsunfähigkeitspension (§ 124 Abs. 2) § 111 in der am 31. August 1996 geltenden Fassung weiterhin anzuwenden.

(3) § 140 Abs. 2a ist nur auf Versicherungsfälle anzuwenden, in denen der Stichtag nach dem 31. Dezember 2000 liegt.“

Vorblatt

Probleme:

Erforderlichkeit der Aktualisierung verschiedener Bereiche des Sozialversicherungsrechtes.

Lösung:

Vornahme notwendiger Anpassungen und Rechtsbereinigungen, Schaffung eines besseren Rechtszuganges.

Alternativen:

Beibehaltung des gegenwärtigen Rechtszustandes.

Auswirkungen auf die Beschäftigung und den Wirtschaftsstandort Österreich:

Keine.

Finanzielle Auswirkungen:

Auf die finanziellen Bewertungen im Rahmen der Erläuterungen wird verwiesen.

EU-Konformität:

Gegeben.

Erläuterungen

Allgemeiner Teil

Im Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen sind zahlreiche Änderungen und Ergänzungen des Sozialversicherungsrechtes, die großteils der Rechtsbereinigung, der Verbesserung der Praxis oder der Anpassung an die Rechtsentwicklung innerhalb und außerhalb der Sozialversicherung dienen sollen, vorgemerkt. Diese konnten im Rahmen der letzten Änderungen der Sozialversicherungsgesetze angesichts dringender sozialpolitischer und budgetärer Anliegen, wie sie insbesondere in das Budgetbegleitgesetz 2001 Eingang gefunden haben, nicht realisiert werden.

Im Einzelnen sind - abgesehen von der Übernahme der entsprechenden Parallelbestimmungen im Entwurf einer 24. BSVG-Novelle - lediglich redaktionelle Bereinigungen vorgesehen:

In kompetenzrechtlicher Hinsicht stützt sich das im Entwurf vorliegende Bundesgesetz auf Art. 10 Abs. 1 Z 11 B-VG („Sozialversicherungswesen“).

Besonderer Teil

Zu Z 1 bis 26 (§§ 41, 74 Abs. 3, 78 Abs. 4 und 8, 80 Abs. 2, 81 Abs. 1, 85 Abs. 1 bis 3, 88 Abs. 3 und 5, 95 Abs. 2, 4 und 5, 140 Abs. 2a, 142 Abs. 1 und 2, 181, 206a, 215, 215a Abs. 3, 263 Abs. 1a und 270 Abs. 1 Z 1a und 277 Abs. 2 BSVG):

Diese Änderungen entsprechen den gleichartigen Änderungen des ASVG, wie sie im Rahmen des Entwurfes einer 58. ASVG-Novelle vorgeschlagen wurden, weshalb auf eine gesonderte Erläuterung dieser Änderungen verzichtet werden kann. Analoges gilt auch für die finanzielle Bewertung der Maßnahmen. Um im Einzelfall das Auffinden der gewünschten Erläuterung im ASVG-Novellenentwurf zu erleichtern, werden im Folgenden die in beiden Gesetzen einander entsprechenden Vorschriften gegenübergestellt:

ASVG	BSVG
§ 81	§ 41
§ 116 Abs. 3	§ 74 Abs. 3
§ 123 Abs. 4 und 10	§ 78 Abs. 4 und 8
§ 131 Abs. 3 und 5	§ 88 Abs. 3 und 5
§ 131a erster Satz	§ 80 Abs. 2
§ 132a Abs. 1	§ 81 Abs. 1
§ 135 Abs. 1 bis 3	§ 85 Abs. 1 bis 3
§ 153 Abs. 3 und 4	§ 95 Abs. 2, 4 und 5
§ 292 Abs. 2a	§ 140 Abs. 2a
§ 294 Abs. 1 und 2	§ 142 Abs. 1 und 2
Sechster Teil	§ 181
§ 446a	§ 206a
§ 455	§ 215
§ 456a Abs. 3	§ 215a Abs. 3
§ 572 Abs. 1 Z 4a und 5	§ 263 Abs. 1a
§ 581 Abs. 1 Z 3	§ 270 Abs. 1 Z 1a
§ 590 Abs. 4	§ 277 Abs. 2
§ 590 Abs. 5	§ 277 Abs. 3

Zu Z 27 (§ 270 Abs. 5 Z 1 BSVG):

Im Zuge der 23. BSVG-Novelle, BGBl. I Nr. 176/1999, wurde im § 270 Abs. 5 Z 1 BSVG im Hinblick auf § 121 BSVG anstatt des Abs. 3 der Abs. 2 angeführt. Dieses Redaktionsversehen soll durch die vorliegende Änderung behoben werden; daraus ergeben sich keine finanziellen Auswirkungen.

Zu Z 25, 26 und 28 (§§ 263 Abs. 1a, 270 Abs. 1 Z 1a und 272 BSVG):

Im Zuge des Sozialversicherungs-Änderungsgesetzes 1999, BGBl. I Nr. 2/2000, wurde beziehungsweise auf den § 80a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 2/2000 das Inkrafttreten mit 1. Jänner 2002 und das Außerkrafttreten mit 31. Dezember 2001 festgelegt. Richtigerweise müsste der Wirksamkeitsbeginn des § 80a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 2/2000 mit 1. Jänner 2000 festgelegt werden. Dieses redaktionelle Versehen soll nunmehr beseitigt werden. Gleichzeitig soll im Hinblick auf die vorgesehene Aussetzung der Neuregelung der Sachleistungszuständigkeit bei mehrfacher Krankenversicherung bis zum Ablauf des Jahres 2002 das Außerkrafttreten des § 80a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 2/2000 entsprechend angepasst werden.

Mit dieser Beseitigung eines Redaktionsversehens sind keine finanziellen Auswirkungen verbunden.

Zu Z 29 (§ 277 Abs. 2 BSVG):

Die Übergangsbestimmung des § 255 Abs. 21 BSVG zu § 122c BSVG verfolgt den Zweck, dass Frauen, die das Anfallsalter für eine vorzeitige Alterspension wegen dauernder Erwerbsunfähigkeit zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verschärfung der Anspruchsvoraussetzungen durch die Verlängerung der Wartezeit im Zuge des Strukturanpassungsgesetzes 1996 für diese Pension bereits erreicht haben, von dieser Verschärfung nicht betroffen sein sollten. Durch diese Übergangsbestimmung sollte lediglich bewirkt werden, dass für den gegenständlichen Personenkreis die Wartezeitbestimmung in der am 31. August 1996 geltenden Fassung weiterhin anzuwenden sind. Durch das Sozialversicherungs-Änderungsgesetz 2000, BGBl. I Nr. 43/2000 wurde mit Wirkung ab 1. Juli 2000 die vorzeitige Alterspension wegen Erwerbsunfähigkeit gemäß § 122c BSVG aufgehoben, sodass für die Anwendung dieser Übergangsbestimmung kein Raum mehr bleibt. Es wird daher vorgeschlagen, dass bei bisher vom § 255 Abs. 21 BSVG umfasst gewesenen Fällen für künftige Erwerbsunfähigkeitspensionen gemäß § 124 Abs. 2 BSVG die Wartezeitbestimmungen, wie sie für die vorzeitige Alterspension wegen Erwerbsunfähigkeit in der am 31. August 1996 geltenden Fassung anzuwenden waren, gelten.

Von dieser Maßnahme sind rund 400 bis 600 Frauen betroffen: Es entstehen jährliche Mehraufwendungen von maximal 30 Millionen Schilling über einen Zeitraum von maximal fünf Jahren.

T e x t g e g e n ü b e r s t e l l u n g

Änderung des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes

Geltende Fassung:

Verwendung der Mittel

§ 41. Die Mittel der Versicherung dürfen nur für die gesetzlich vorgeschriebenen oder zulässigen Zwecke verwendet werden. Zu den zulässigen Zwecken gehören im Rahmen der Zuständigkeit des Versicherungsträgers auch die Aufklärung, Information und sonstige Formen der Öffentlichkeitsarbeit sowie die Mitgliedschaft zu gemeinnützigen Einrichtungen, die der Forschung nach den wirksamsten Methoden und Mitteln zur Erfüllung der Aufgaben der Sozialversicherung dienen.

Aufgaben

§ 74. (1) und (2) unverändert.

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

(4) und (5) unverändert.

Vorgeschlagene Fassung:

Verwendung der Mittel

§ 41. (1) Die Mittel der Versicherung dürfen nur für die gesetzlich vorgeschriebenen oder zulässigen Zwecke verwendet werden. Zu den zulässigen Zwecken gehören im Rahmen der Zuständigkeit des Versicherungsträgers auch die Aufklärung, Information und sonstige Formen der Öffentlichkeitsarbeit sowie die Mitgliedschaft zu gemeinnützigen Einrichtungen, die der Forschung nach den wirksamsten Methoden und Mitteln zur Erfüllung der Aufgaben der Sozialversicherung dienen.

(2) Zulässig ist auch die Errichtung (Gründung) von oder die Beteiligung an Stiftungen, Vereinen, Fonds und Gesellschaften mit beschränkter Haftung im Rahmen von Finanzierungs- und Betreibermodellen, wenn sie der Verbesserung der Servicequalität oder der Erzielung von Einsparungen dient. Unter den gleichen Voraussetzungen ist die Beteiligung von juristischen Personen an Stiftungen, Vereinen, Fonds und Gesellschaften mit beschränkter Haftung, die vom Versicherungsträger errichtet (gegründet) wurden, zulässig.

Aufgaben

§ 74. (1) und (2) unverändert.

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

(4) und (5) unverändert.

Anspruchsberechtigung für Angehörige

§ 78. (1) bis (3) unverändert.

(4) Kinder und Enkel (Abs. 2 Z 2 bis 6) gelten als Angehörige bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Nach diesem Zeitpunkt gelten sie als Angehörige, wenn und solange sie

1. unverändert.
2. seit der Vollendung des 18. Lebensjahres oder seit dem Ablauf des in Z 1 genannten Zeitraumes
 - a) unverändert.
 - b) erwerbslos sind.

Die Angehörigeneigenschaft bleibt in den Fällen der Z 2 lit. b längstens für die Dauer von 24 Monaten ab den in Z 2 genannten Zeitpunkten gewahrt.

(5) bis (7) unverändert.

(8) Eine im Abs. 2 Z 1 sowie im Abs. 7 genannte Person gilt nicht als Angehöriger, wenn sie im Ausland eine Erwerbstätigkeit ausübt, die, würde sie im Inland ausgeübt werden, nach den Bestimmungen dieses oder eines anderen Bundesgesetzes die Versicherungspflicht in der Krankenversicherung begründet.

(9) und (10) unverändert.

Anspruchsberechtigung für Angehörige

§ 78. (1) bis (3) unverändert.

(4) Kinder und Enkel (Abs. 2 Z 2 bis 6) gelten als Angehörige bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Nach diesem Zeitpunkt gelten sie als Angehörige, wenn und solange sie

1. unverändert.
2. seit der Vollendung des 18. Lebensjahres oder seit dem Ablauf des in Z 1 genannten Zeitraumes
 - a) unverändert.
 - b) erwerbslos sind;
 3. an einem Programm der Europäischen Gemeinschaften zur Förderung der Mobilität junger Menschen teilnehmen, längstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres.

Die Angehörigeneigenschaft bleibt in den Fällen der Z 2 lit. b längstens für die Dauer von 24 Monaten ab den in Z 2 genannten Zeitpunkten gewahrt.

(5) bis (7) unverändert.

(8) Eine im Abs. 2 Z 1, Abs. 4 Z 3 sowie im Abs. 7 genannte Person gilt nicht als Angehöriger, wenn sie im Ausland eine Erwerbstätigkeit ausübt, die, würde sie im Inland ausgeübt werden, nach den Bestimmungen dieses oder eines anderen Bundesgesetzes die Versicherungspflicht in der Krankenversicherung begründet.

(9) und (10) unverändert.

Arten der Erbringung der Leistungen, Kostenbeteiligung

§ 80. (1) unverändert.

(2) Bei Sachleistungen, mit Ausnahme der Anstaltspflege, hat der Versicherte, soweit in diesem Bundesgesetz nichts anderes bestimmt wird, 20 vH der dem Versicherungsträger erwachsenden Kosten als Kostenanteil zu ersetzen. Für ambulante Leistungen, die durch Zahlungen der Landesfonds abgegolten werden, ist der Kostenanteil in der Höhe von 20 vH von einem Pauschalbetrag zu ermitteln, dessen Höhe in der Satzung bestimmt wird. Für ärztliche Hilfe und chirurgisch konservierende Zahnbehandlung durch freiberuflich tätige Ärzte und Dentisten beträgt der Kostenanteil (Behandlungsbeitrag) einheitlich S 90 pro Behandlungsfall. Als Behandlungsfall gilt die einmalige bzw. kausal zusammenhängende mehrmalige Leistungsinanspruchnahme auf Basis eines durch den Krankenversicherungsträger ausgefolgten und an den Arzt übergebenen Kranken- bzw. Zahnbehandlungsscheines. An die Stelle des Betrages von S 90 tritt ab 1. Jänner jeden Jahres, erstmals ab 1. Jänner 1999, der unter Bedachtnahme auf § 47 mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 45) vervielfachte Betrag, gerundet auf volle Schilling. Die Satzung kann, soweit dies für die Sicherstellung der finanziellen Leistungsfähigkeit des Versicherungsträgers erforderlich ist, den Behandlungsbeitrag mit einem über die jeweils geltende Höhe hinaus gehenden Betrag festsetzen. Für die Anstaltspflege hat der Versicherte statt eines Kostenanteiles den Kostenbeitrag gemäß § 447f Abs. 6 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes zu entrichten. Die Satzung kann bei der Erbringung der Leistungen für Kieferregulierungen und des unentbehrlichen Zahnersatzes an Stelle des 20%igen Kostenanteiles höhere Zuzahlungen durch den Versicherten vorsehen. Bei Kostenerstattung werden dem Versicherten 80 v. H. der Kosten erstattet, die ihm auf Grund der mit den Vertragspartnern vereinbarten Tarife erwachsen sind. Kostenzuschüsse werden, sofern dieses Bundesgesetz nichts anderes bestimmt, bei Fehlen vertraglicher Regelungen über die Vergütung der Leistungen der Vertragspartner gewährt; sie dürfen den Betrag nicht übersteigen, der nach den zuletzt in Geltung gestandenen vertraglichen Bestimmungen über die Vergütung der Leistungen der Vertragspartner zu zahlen gewesen wäre. Diese Kostenzuschüsse können durch die unter Bedachtnahme auf die finanzielle Leistungsfähigkeit der Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz erhöht werden; sie dürfen jedoch 80 v.H. der dem Versicherten tatsächlich

Arten der Erbringung der Leistungen, Kostenbeteiligung

§ 80. (1) unverändert.

(2) Bei Sachleistungen, mit Ausnahme der Anstaltspflege, hat der Versicherte, soweit in diesem Bundesgesetz nichts anderes bestimmt wird, 20 vH der dem Versicherungsträger erwachsenden Kosten als Kostenanteil zu ersetzen. Für ambulante Leistungen, die durch Zahlungen der Landesfonds abgegolten werden, ist der Kostenanteil in der Höhe von 20 vH von einem Pauschalbetrag zu ermitteln, dessen Höhe in der Satzung bestimmt wird. Für ärztliche Hilfe und chirurgisch konservierende Zahnbehandlung durch niedergelassene Ärzte, Dentisten und Gruppenpraxen beträgt der Kostenanteil (Behandlungsbeitrag) einheitlich S 90 pro Behandlungsfall. Als Behandlungsfall gilt die einmalige bzw. kausal zusammenhängende mehrmalige Leistungsinanspruchnahme auf Basis eines durch den Krankenversicherungsträger ausgefolgten und an den Arzt übergebenen Kranken- bzw. Zahnbehandlungsscheines. An die Stelle des Betrages von S 90 tritt ab 1. Jänner jeden Jahres, erstmals ab 1. Jänner 1999, der unter Bedachtnahme auf § 47 mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 45) vervielfachte Betrag, gerundet auf volle Schilling. Die Satzung kann, soweit dies für die Sicherstellung der finanziellen Leistungsfähigkeit des Versicherungsträgers erforderlich ist, den Behandlungsbeitrag mit einem über die jeweils geltende Höhe hinaus gehenden Betrag festsetzen. Für die Anstaltspflege hat der Versicherte statt eines Kostenanteiles den Kostenbeitrag gemäß § 447f Abs. 6 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes zu entrichten. Die Satzung kann bei der Erbringung der Leistungen für Kieferregulierungen und des unentbehrlichen Zahnersatzes an Stelle des 20%igen Kostenanteiles höhere Zuzahlungen durch den Versicherten vorsehen. Bei Kostenerstattung werden dem Versicherten 80 v. H. der Kosten erstattet, die ihm auf Grund der mit den Vertragspartnern vereinbarten Tarife erwachsen sind. Kostenzuschüsse werden, sofern dieses Bundesgesetz nichts anderes bestimmt, bei Fehlen vertraglicher Regelungen über die Vergütung der Leistungen der Vertragspartner gewährt; sie dürfen den Betrag nicht übersteigen, der nach den zuletzt in Geltung gestandenen vertraglichen Bestimmungen über die Vergütung der Leistungen der Vertragspartner zu zahlen gewesen wäre. Diese Kostenzuschüsse können durch die unter Bedachtnahme auf die finanzielle Leistungsfähigkeit der Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz erhöht werden; sie dürfen jedoch 80 v.H. der dem Versicherten tatsächlich

erwachsenden Kosten nicht übersteigen. An die Stelle des Versicherten tritt der Ehegatte des Versicherten, an den die Pension gemäß § 71 Abs. 4 ausbezahlt ist, sofern dies von einem der Ehegatten beantragt wird.

(3) bis (7) unverändert.

Jugendlichenuntersuchungen

§ 81. (1) Der Versicherungsträger hat die bei ihm pflichtversicherten Jugendlichen, zwecks Überwachung ihres Gesundheitszustandes jährlich mindestens einmal einer ärztlichen Untersuchung zu unterziehen. Für die Durchführung der Untersuchungen kommen insbesondere Vertragsärzte, Einrichtungen der Vertragsärzte und sonstiger Vertragspartner sowie eigene Einrichtungen in Betracht.

(2) bis (4) unverändert.

Ärztliche Hilfe

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

1. und 2. unverändert.

3. eine psychotherapeutische Behandlung durch Personen, die gemäß § 11 des Psychotherapiegesetzes, BGBl. Nr. 361/1990, zur selbständigen Ausübung der Psychotherapie berechtigt sind, wenn nachweislich vor oder nach der ersten, jedenfalls vor der zweiten psychotherapeutischen Behandlung innerhalb desselben Abrechnungszeitraumes eine ärztliche Untersuchung (§ 1 Abs. 2 Z1 des Ärztegesetzes 1984, BGBl. Nr. 373) stattgefunden hat.

(2) In der Regel soll die Auswahl zwischen mindestens zwei zur Behandlung berufenen, für den Erkrankten in angemessener Zeit erreichbaren Ärzten freigestellt sein. Hat der Versicherungsträger eigene Einrichtungen für

erwachsenden Kosten nicht übersteigen. An die Stelle des Versicherten tritt der Ehegatte des Versicherten, an den die Pension gemäß § 71 Abs. 4 ausbezahlt ist, sofern dies von einem der Ehegatten beantragt wird.

(3) bis (7) unverändert.

Jugendlichenuntersuchungen

§ 81. (1) Der Versicherungsträger hat die bei ihm pflichtversicherten Jugendlichen, zwecks Überwachung ihres Gesundheitszustandes jährlich mindestens einmal einer ärztlichen Untersuchung zu unterziehen. Für die Durchführung der Untersuchungen kommen insbesondere Vertragsärzte, Einrichtungen der Vertragsärzte und sonstiger Vertragspartner, Vertragsgruppenpraxen sowie eigene Einrichtungen in Betracht.

(2) bis (4) unverändert.

Ärztliche Hilfe

§ 85. (1) Die ärztliche Hilfe wird durch Vertragsärzte und Vertragsgruppenpraxen, durch Wahlärzte und Wahl-Gruppenpraxen (§ 88 Abs. 1) sowie durch Ärzte in eigenen Einrichtungen des Versicherungsträgers und in Vertragseinrichtungen (§ 80) gewährt. Die Satzung kann unter Bedachtnahme auf die finanzielle Leistungsfähigkeit des Versicherungsträgers und das wirtschaftliche Bedürfnis der Versicherten für alle oder bestimmte Gruppen von Versicherten an Stelle der Sachleistungen eine Kostenerstattung vorsehen. Im Rahmen der Krankenbehandlung (§ 83 Abs. 2) ist der ärztlichen Hilfe gleichgestellt:

1. und 2. unverändert.

3. eine psychotherapeutische Behandlung durch Personen, die gemäß § 11 des Psychotherapiegesetzes, BGBl. Nr. 361/1990, zur selbständigen Ausübung der Psychotherapie berechtigt sind, wenn nachweislich vor oder nach der ersten, jedenfalls vor der zweiten psychotherapeutischen Behandlung innerhalb desselben Abrechnungszeitraumes eine ärztliche Untersuchung (§ 2 Abs. 2 Z1 des Ärztegesetzes 1998) stattgefunden hat.

(2) In der Regel soll die Auswahl zwischen mindestens zwei zur Behandlung berufenen, für den Erkrankten in angemessener Zeit erreichbaren

die Gewährung der ärztlichen Hilfe oder wird diese durch Vertragseinrichtungen gewährt, muß die Wahl der Behandlung zwischen einer dieser Einrichtungen und einem oder mehreren Vertragsärzten unter gleichen Bedingungen freigestellt sein. Insoweit Zuzahlungen zu den Leistungen vorgesehen sind, müssen diese in den Ambulatorien und bei den freiberuflich tätigen Vertragsärzten gleich hoch sein.

(3) Bei der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe durch einen Vertragsarzt oder in eigenen Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) der Bauernkrankenversicherung hat der Erkrankte einen Krankenschein im Sinne des § 135 Abs. 3 erster und zweiter Satz ASVG vorzulegen.

(4) bis (5) unverändert.

Zuschüsse zu den Kosten der Krankenbehandlung

§ 88. (1) und (2) unverändert.

(3) Bei im Inland eintretenden Unfällen, plötzlichen Erkrankungen und ähnlichen Ereignissen kann der nächst erreichbare Arzt, erforderlichenfalls auch die nächst erreichbare Krankenanstalt in Anspruch genommen werden, falls ein Vertragsarzt bzw. eine Vertragskrankenanstalt oder eine Einrichtung der Bauernkrankenversicherung für die ärztliche Hilfe (Anstaltspflege) nicht rechtzeitig die notwendige Hilfe leisten kann. Der Versicherungsträger hat in solchen Fällen zu den dem Versicherten tatsächlich erwachsenden Kosten (Arztkosten, Heilmittelkosten, Kosten der Anstaltspflege und Transportkosten) den in der Satzung festgesetzten Zuschuß zu leisten. Darüber hinaus können nach Maßgabe der Satzung auch die notwendigen Reise(Fahrt)kosten übernommen werden. Für die weitere Behandlung ist, sofern der Versicherte nicht eine anderweitige Krankenbehandlung im Sinne des Abs. 1 in Anspruch nimmt, so bald wie möglich ein Vertragspartner oder eine eigene Einrichtung (Vertragseinrichtung) der Bauernkrankenversicherung heranzuziehen, wenn der Zustand des Erkrankten (Verletzten) dies ohne Gefahr einer Verschlimmerung zuläßt.

Ärzten oder Gruppenpraxen freigestellt sein. Hat der Versicherungsträger eigene Einrichtungen für die Gewährung der ärztlichen Hilfe oder wird diese durch Vertragseinrichtungen gewährt, muß die Wahl der Behandlung zwischen einer dieser Einrichtungen und einem oder mehreren Vertragsärzten (Wahlärzten) bzw. einer oder mehreren Vertrags-Gruppenpraxen (Wahl-Gruppenpraxen) unter gleichen Bedingungen freigestellt sein. Insoweit Zuzahlungen zu den Leistungen vorgesehen sind, müssen diese in den Ambulatorien, bei den freiberuflich tätigen Vertragsärzten und in den Vertrags-Gruppenpraxen gleich hoch sein.

(3) Bei der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe durch einen Vertragsarzt, in einer Vertrags-Gruppenpraxis oder in eigenen Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) der Bauernkrankenversicherung hat der Erkrankte einen Krankenschein im Sinne des § 135 Abs. 3 erster und zweiter Satz ASVG vorzulegen.

(4) bis (5) unverändert.

Zuschüsse zu den Kosten der Krankenbehandlung

§ 88. (1) und (2) unverändert.

(3) Bei im Inland eingetretenen Unfällen, plötzlichen Erkrankungen und ähnlichen Ereignissen kann der nächsterreichbare Arzt (Dentist) oder die nächsterreichbare Gruppenpraxis, erforderlichenfalls auch die nächsterreichbare Krankenanstalt in Anspruch genommen werden, falls ein Vertragsarzt (Vertragsdentist), eine Vertrags-Gruppenpraxis, eine Vertragskrankenanstalt oder eine eigene Einrichtung des Versicherungsträgers für die ärztliche Hilfe (Anstaltspflege) nicht rechtzeitig die notwendige Hilfe leisten kann. Der Versicherungsträger hat in solchen Fällen zu den dem Versicherten tatsächlich erwachsenden Kosten (Arztkosten, Heilmittelkosten, Kosten der Anstaltspflege und Transportkosten) den in der Satzung festgesetzten Zuschuß zu leisten. Darüber hinaus können nach Maßgabe der Satzung auch die notwendigen Reise(Fahrt)kosten übernommen werden. Für die weitere Behandlung ist, sofern der Versicherte nicht eine anderweitige Krankenbehandlung im Sinne des Abs. 1 in Anspruch nimmt, so bald wie möglich ein Vertragspartner oder eine eigene Einrichtung (Vertragseinrichtung) der Bauernkrankenversicherung heranzuziehen, wenn der Zustand des Erkrankten (Verletzten) dies ohne Gefahr einer Verschlimmerung zuläßt.

(4) unverändert.

(5) Ein Kostenzuschuß für die Hilfe eines selbständig tätigen approbierten Arztes (§ 3 c des Ärztegesetzes 1984), der nicht gemäß Artikel 36 Abs. 2 der Richtlinie 93/16/EWG das Recht erworben hat, den ärztlichen Beruf als praktischer Arzt im Rahmen eines Sozialversicherungssystems auszuüben, ist ausgeschlossen.

Zahnbehandlung und Zahnersatz

§ 95. (1) unverändert.

(2) Chirurgische und konservierende Zahnbehandlung, Kieferregulierungen und der unentbehrliche Zahnersatz werden durch Vertragsärzte, nach den Bestimmungen des Dentistengesetzes, BGBl. Nr. 90/1949, auch durch Vertragsdentisten, in eigenen hierfür ausgestatteten Einrichtungen der Bauernkrankenversicherung oder in Vertragseinrichtungen gemäß den Bestimmungen des § 80 gewährt. Die Satzung kann unter Bedachtnahme auf die finanzielle Leistungsfähigkeit des Versicherungsträgers und das wirtschaftliche Bedürfnis der Versicherten für alle oder bestimmte Gruppen von Versicherten an Stelle der Sachleistungen eine Kostenerstattung vorsehen. § 85 Abs. 2 gilt entsprechend.

(3) unverändert.

(4) Die Kostenerstattung und die Kostenzuschüsse müssen für die entsprechenden Leistungen in den eigenen Einrichtungen, den Vertragseinrichtungen und bei den Vertragsärzten und Vertragsdentisten gleich hoch sein. In der Satzung und im Vertrag nicht vorgesehene Leistungen dürfen in den Zahnambulatorien nicht erbracht werden; in den Zahnambulatorien dürfen aber jedenfalls jene Leistungen erbracht werden, die auf Grund der Bestimmungen des § 153 Abs. 3 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes in den Zahnambulatorien der nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz eingerichteten Krankenversicherungsträger erbracht werden. In gesamtvertraglichen Vereinbarungen (§§ 341, 343c Abs. 1 Z 1 ASVG) nicht vorgesehene Leistungen dürfen in den Zahnambulatorien nicht erbracht werden; in den Zahnambulatorien dürfen aber jedenfalls jene Leistungen erbracht werden, die Gegenstand des letztgültigen Vertrages gemäß § 341 bzw. § 343c Abs. 1 Z 1 ASVG sind oder waren.

(4) unverändert.

(5) Ein Kostenzuschuß für die Hilfe eines selbständig tätigen approbierten Arztes (§ 44 Abs. 1 des Ärztegesetzes 1998), der nicht gemäß Artikel 36 Abs. 2 der Richtlinie 93/16/EWG das Recht erworben hat, den ärztlichen Beruf als Arzt für Allgemeinmedizin im Rahmen eines Sozialversicherungssystems auszuüben, ist ausgeschlossen.

Zahnbehandlung und Zahnersatz

§ 95. (1) unverändert.

(2) Chirurgische und konservierende Zahnbehandlungen, Kieferregulierungen und der unentbehrliche Zahnersatz werden durch Vertragsärzte oder Vertrags-Gruppenpraxen, Wahlärzte oder Wahl-Gruppenpraxen (§ 88 Abs. 1), Vertragsdentisten, Wahldentisten (§ 88 Abs. 1) sowie in eigenen Einrichtungen (Ambulatorien) des Versicherungsträgers und in Vertragseinrichtungen (§ 80) gewährt. Die Satzung kann unter Bedachtnahme auf die finanzielle Leistungsfähigkeit des Versicherungsträgers und das wirtschaftliche Bedürfnis der Versicherten für alle oder bestimmte Gruppen von Versicherten an Stelle der Sachleistungen eine Kostenerstattung vorsehen. § 85 Abs. 2 gilt entsprechend.

(3) unverändert.

(4) Die Kostenerstattung und die Kostenzuschüsse müssen für die entsprechenden Leistungen in den eigenen Einrichtungen, den Vertragseinrichtungen, bei den Vertragsärzten und Vertragsdentisten sowie bei den Vertrags-Gruppenpraxen gleich hoch sein. In der Satzung und im Vertrag nicht vorgesehene Leistungen dürfen in den Zahnambulatorien nicht erbracht werden; in den Zahnambulatorien dürfen aber jedenfalls jene Leistungen erbracht werden, die auf Grund der Bestimmungen des § 153 Abs. 3 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes in den Zahnambulatorien der nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz eingerichteten Krankenversicherungsträger erbracht werden. In gesamtvertraglichen Vereinbarungen (§§ 341, 343c Abs. 1 Z 1 ASVG) nicht vorgesehene Leistungen dürfen in den Zahnambulatorien nicht erbracht werden; in den Zahnambulatorien dürfen aber jedenfalls jene Leistungen erbracht werden, die Gegenstand des letztgültigen Vertrages gemäß § 341 bzw. § 343c Abs. 1 Z 1 ASVG sind oder waren.

(5) Bei der Inanspruchnahme eines Vertragszahnarztes, Vertragsdentisten, einer eigenen Einrichtung oder Vertragseinrichtung ist ein Zahnbehandlungsschein im Sinne des § 153 Abs. 4 erster und zweiter Satz ASVG vorzulegen.

(6) und (7) unverändert.

Voraussetzungen für den Anspruch auf Ausgleichszulage

§ 140. (1) und (2) unverändert.

(3) bis (12) unverändert.

Unterhaltsansprüche und Nettoeinkommen

§ 142. (1) Bei Anwendung des § 140 sind Unterhaltsansprüche des Pensionsberechtigten gegen

a) bis c) unverändert.

gleichviel ob und in welcher Höhe die Unterhaltsleistung tatsächlich erbracht wird, dadurch zu berücksichtigen, daß dem Nettoeinkommen des Pensionsberechtigten in den Fällen der lit. a 25 vH und in den Fällen der lit. b und c 12,5 vH des monatlichen Nettoeinkommens der dort genannten Personen zuzurechnen sind. Der so festgestellte Betrag vermindert sich jedoch in dem Ausmaß, in dem das dem Verpflichteten verbleibende Nettoeinkommen den Richtsatz gemäß § 141 Abs.1 lit.b unterschreitet.

(2) Ist eine der im Abs. 1 angeführten Personen auch gegenüber anderen

(5) Bei der Inanspruchnahme eines Vertragszahnarztes, Vertragsdentisten, einer Gruppenpraxis, einer eigenen Einrichtung des Versicherungsträgers sowie einer Vertragseinrichtung ist ein Zahnbehandlungsschein im Sinne des § 153 Abs. 4 erster und zweiter Satz ASVG vorzulegen.

(6) und (7) unverändert.

Voraussetzungen für den Anspruch auf Ausgleichszulage

§ 140. (1) und (2) unverändert.

(2a) Abweichend von den Abs.1 und 2 sind bei Feststellung des Anspruches auf Ausgleichszulage weitere Pensionsansprüche des (der) Pensionsberechtigten sowie Pensionsansprüche des (der) im gemeinsamen Haushalt lebenden Ehegatten (Ehegattin) im Bruttowert zu berücksichtigen.

(3) bis (12) unverändert.

Unterhaltsansprüche und Nettoeinkommen

§ 142. (1) Bei Anwendung des § 140 werden Unterhaltsansprüche des Pensionsberechtigten gegen

- a) den Ehegatten (die Ehegattin), sofern er (sie) mit dem Pensionsberechtigten nicht im gemeinsamen Haushalt lebt,
- b) den geschiedenen Ehegatten (die geschiedene Ehegattin),
- c) die Eltern, sofern sie mit dem Pensionsberechtigten im gemeinsamen Haushalt leben,

gleichviel, ob und in welcher Höhe die Unterhaltsleistung tatsächlich erbracht wird, dadurch berücksichtigt, dass dem Nettoeinkommen des Pensionsberechtigten in den Fällen der lit. a und b 40% der Summe der monatlichen Nettoeinkommen des Unterhaltsberechtigten und des Unterhaltsverpflichteten abzüglich des monatlichen Nettoeinkommens des Unterhaltsberechtigten und in den Fällen der lit. c 12,5% des monatlichen Nettoeinkommens der dort genannten Personen zugerechnet werden. Der so festgestellte Betrag vermindert sich jedoch in dem Ausmaß, in dem das dem Verpflichteten verbleibende Nettoeinkommen den Richtsatz nach § 141 Abs. 1 lit. b unterschreitet.

Angehörigen als dem Pensionsberechtigten unterhaltspflichtig, so ist der gemäß Abs.1 in Betracht kommende Hundertsatz des monatlichen Nettoeinkommens für jeden dieser Unterhaltsberechtigten um 2 v.H. zu vermindern.

(3) bis (5) unverändert.

Beziehungen zu den Vertragspartnern

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

1. für die Beziehungen des Versicherungsträgers zu den freiberuflich tätigen Ärzten ein zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger namens einer Gebietskrankenkasse (§ 26 Abs.1 Z1 ASVG) und der örtlich zuständigen Ärztekammer abgeschlossener Gesamtvertrag bindend ist und der Versicherungsträger kraft Gesetzes zur Vertragspartei wird;

2. bis 6. unverändert.

Genehmigung der Beteiligung an fremden Einrichtungen

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

Genehmigungspflicht

§ 215. Die Satzung und jede ihrer Änderungen bedürfen zu ihrer

(2) Wird die Unterhaltspflicht einer der im Abs. 1 angeführten Personen auch gegenüber anderen Angehörigen als dem Pensionsberechtigten nachgewiesen, so wird das nach Abs. 1 in Betracht kommende monatliche Nettoeinkommen (lit.a und b) bzw. der Prozentsatz des monatlichen Nettoeinkommens (lit.c) des Unterhaltspflichtigen für jeden dieser Unterhaltsberechtigten um 4% vermindert.

(3) bis (5) unverändert.

Beziehungen zu den Vertragspartnern

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

1. für die Beziehungen des Versicherungsträgers zu den freiberuflich tätigen Ärzten und zu den Gruppenpraxen ein zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger namens einer Gebietskrankenkasse (§ 26 Abs. 1 Z 1 ASVG) und der örtlich zuständigen Ärztekammer abgeschlossener Gesamtvertrag bindend ist und der Versicherungsträger kraft Gesetzes zur Vertragspartei wird;

2. bis 6. unverändert.

Genehmigung der Beteiligung an fremden Einrichtungen

§ 206a. Beschlüsse der Verwaltungskörper über eine Beteiligung an fremden Einrichtungen gemäß § 13 Abs. 2 bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Genehmigung durch den Bundesminister für Arbeit, Gesundheit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen. Das Gleiche gilt für Beschlüsse der Verwaltungskörper über Finanzierungs- und Betreibermodelle im Sinne des § 41 Abs. 2.

Genehmigungspflicht

§ 215. Die Satzung und jede ihrer Änderungen bedürfen zu ihrer

Wirksamkeit der Genehmigung durch den Bundesminister für Arbeit, Gesundheit und Soziales und sind binnen vier Monaten nach der Genehmigung in der Fachzeitschrift "Soziale Sicherheit" zu verlautbaren. Nach jeder fünften Änderung der Satzung, frühestens am Beginn der Amtsdauer (§ 190), ist diese unverzüglich neu zu beschließen.

Geschäftsordnungen der Verwaltungskörper

§ 215a. (1) und (2) unverändert.

(3) Die Geschäftsordnung des Vorstandes hat einen Anhang zu enthalten, in dem Zeitpunkt und Wortlaut der Beschlüsse dieses Verwaltungskörpers anzuführen sind, mit denen dieser einzelne seiner Obliegenheiten Ausschüssen oder dem Obmann oder die Besorgung bestimmter laufender Angelegenheiten dem Büro des Versicherungsträgers übertragen hat. Dieser Anhang ist in seiner jeweils gültigen Form unverzüglich allen Versicherungsvertretern und dem Vorsitzenden des Beirates des Versicherungsträgers sowie dem Bundesminister für Arbeit, Gesundheit und Soziales als Aufsichtsbehörde zur Kenntnis zu bringen und außerdem in der Fachzeitschrift "Soziale Sicherheit" zu verlautbaren.

Schlußbestimmungen zu Art. 10, Abschnitt II des Arbeits- und Sozialrechts-Änderungs-gesetzes 1997, BGBl. I Nr. 139

§ 263. (1) unverändert.

(1a) § 80a samt Überschrift in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 139/1997 tritt mit 1. Jänner 2002 in Kraft.

(2) bis (6) unverändert.

Schlußbestimmungen zum Bundesgesetz BGBl. I Nr. 176/1999

§ 270. (1) Es treten in Kraft:

1. unverändert.

1a. mit 1. Jänner 2002 § 80a Abs. 1 und 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 176/1999;

2. bis 5. unverändert.

(2) bis (4) unverändert.

Wirksamkeit der Genehmigung durch den Bundesminister für Arbeit, Gesundheit und Soziales und sind unverzüglich nach der Genehmigung im Internet zu verlautbaren. Nach jeder fünften Änderung der Satzung, frühestens am Beginn der Amtsdauer (§ 190), ist diese unverzüglich neu zu beschließen.

Geschäftsordnungen der Verwaltungskörper

§ 215a. (1) und (2) unverändert.

(3) Die Geschäftsordnung des Vorstandes hat einen Anhang zu enthalten, in dem Zeitpunkt und Wortlaut der Beschlüsse dieses Verwaltungskörpers anzuführen sind, mit denen dieser einzelne seiner Obliegenheiten Ausschüssen oder dem Obmann oder die Besorgung bestimmter laufender Angelegenheiten dem Büro des Versicherungsträgers übertragen hat. Dieser Anhang ist in seiner jeweils gültigen Form unverzüglich allen Versicherungsvertretern und dem Vorsitzenden des Beirates des Versicherungsträgers sowie dem Bundesminister für Arbeit, Gesundheit und Soziales als Aufsichtsbehörde zur Kenntnis zu bringen und außerdem im Internet zu verlautbaren.

Schlußbestimmungen zu Art. 10, Abschnitt II des Arbeits- und Sozialrechts-Änderungs-gesetzes 1997, BGBl. I Nr. 139

§ 263. (1) unverändert.

(1a) § 80a samt Überschrift in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 139/1997 tritt mit 1. Jänner 2003 in Kraft.

(2) bis (6) unverändert.

Schlußbestimmungen zum Bundesgesetz BGBl. I Nr. 176/1999

§ 270. (1) Es treten in Kraft:

1. unverändert.

1a. mit 1. Jänner 2003 § 80a Abs. 1 und 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 176/1999;

2. bis 5. unverändert.

(2) bis (4) unverändert.

(5) § 247 Abs. 9 ist ab 1. Jänner 2000 mit folgenden Maßgaben anzuwenden:

1. § 121 Abs. 2 in der am 30. Juni 1993 geltenden Fassung ist weiterhin maßgebend, sofern nach dem Stichtag der weggefallenen Leistung kein weiterer Beitragsmonat der Pflichtversicherung erworben worden ist.
2. bis 6. unverändert.

(6) unverändert.

**Schlussbestimmung zu Art. 3 des Sozialversicherungs-
Änderungsgesetzes 1999, BGBl. I Nr. 2/2000**

§ 272. § 80a samt Überschrift in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 2/2000 tritt mit 1. Jänner 2002 in Kraft und mit Ablauf des 31. Dezember 2001 außer Kraft.

(5) § 247 Abs. 9 ist ab 1. Jänner 2000 mit folgenden Maßgaben anzuwenden:

1. § 121 Abs. 3 in der am 30. Juni 1993 geltenden Fassung ist weiterhin maßgebend, sofern nach dem Stichtag der weggefallenen Leistung kein weiterer Beitragsmonat der Pflichtversicherung erworben worden ist.
2. bis 6. unverändert.

(6) unverändert.

**Schlussbestimmung zu Art. 3 des Sozialversicherungs-
Änderungsgesetzes 1999, BGBl. I Nr. 2/2000**

§ 272. § 80a samt Überschrift in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 2/2000 tritt mit 1. Jänner 2000 in Kraft und mit Ablauf des 31. Dezember 2002 außer Kraft.

Schlussbestimmungen zum Bundesgesetz BGBl. I Nr. xxx/2000

§ 277. (1) Es treten in Kraft:

1. mit 1. Jänner 2001 die §§ 41, 74 Abs. 3, 78 Abs. 4 Z 2 und 3 sowie Abs. 8, 80 Abs. 2, 81 Abs. 1, 85 Abs. 1, 2 und 3, 88 Abs. 3 und 5, 95 Abs. 2, 4 und 5, 140 Abs. 2a, 142 Abs. 1 und 2, 181 Einleitung und Z 1, 206a, 215, 215a Abs. 3, 263 Abs. 1a sowie 270 Abs. 1 Z 1a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2000;
2. rückwirkend mit 1. Jänner 2000 § 272 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2000;
3. rückwirkend mit 20. August 1999 § 270 Abs. 5 Z 1 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2000.

(2) Auf weibliche Versicherte, die am 1. September 1996 das 50. Lebensjahr bereits vollendet haben, ist zur Erfüllung der Wartezeit für eine Erwerbsunfähigkeitspension (§ 124 Abs. 2) § 111 in der am 31. August 1996 geltenden Fassung weiterhin anzuwenden.

(3) § 140 Abs. 2a ist nur auf Versicherungsfälle anzuwenden, in denen der Stichtag nach dem 31. Dezember 2000 liegt.

